



Beschäftigte in der Pflege von Menschen mit Demenz entlasten und unterstützen

Check: Arbeitsplatz Pflegeheim

DemOS



Impressum

Modellprojekt DemOS –
Demenz | Organisation | Selbstpflege

Gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und
Soziales (BMAS) im Rahmen des „Modellprogramms
zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“
im Förderschwerpunkt „Demografischer Wandel in der
Pflege – Modelle für den Erhalt und die Förderung der
Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften“

Herausgeber	Demenz Support Stuttgart gGmbH
Fachliche Begleitung	Hanka Jarisch, Dr. Ulrike Rösler
Projektträger	gsub – Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung mbH Kronenstraße 6, 10117 Berlin www.gsub.de
Projektdurchführung	Demenz Support Stuttgart gGmbH Zentrum für Informationstransfer Hölderlinstraße 4, 70174 Stuttgart www.demenz-support.de
Autoren	Christina Kuhn, Thomas Herrmann
Redaktion	Dr. Gabriele Kreuzner
Korrektorat	Rebecca Giebler
Gestaltung	L_Design. Agentur, Bettina Löffler www.l-design-agentur.de
Fotografie	Klaus Mellenthin www.my-photographer.com
Herstellung	Undercover GmbH, Druck & Medien, Leinfelden-Echterdingen

1. Auflage, Dezember 2012

Sie können diese Broschüre bestellen bei:

Demenz Support Stuttgart gGmbH
Hölderlinstraße 4, 70174 Stuttgart
redaktion@demenz-support.de

Oder bei:

Initiative Neue Qualität der Arbeit
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Nöldnerstraße 40–42, 10317 Berlin
info@inqa.de

Beschäftigte in der Pflege von Menschen mit Demenz entlasten und unterstützen

Check: Arbeitsplatz Pflegeheim



Inhalt

9	Vorwort
11	Einleitung
12	Aufbau des Leitfadens
14	Wie lässt sich der Leitfaden einsetzen?
15	Was Ihnen sonst noch hilfreich sein kann ...
17	Teil 1: Checklisten
20	Umweltstressoren für Menschen mit Demenz
26	Arbeitsspitzen im Pflegealltag
28	Organisatorische Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz
32	Fachkompetenz Pflegenden stärken
34	Achtsamkeit oder: Wer pflegt die Pflegenden?
36	Partizipation
39	Teil 2: Praxishilfe
43	Umweltstressoren für Menschen mit Demenz
59	Arbeitsspitzen im Pflegealltag
69	Organisatorische Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz
81	Fachkompetenz Pflegenden stärken
91	Achtsamkeit oder: Wer pflegt die Pflegenden?
101	Partizipation
108	Literatur
112	Anhang

Vorwort

Das Thema Demenz steht bei Demenz Support Stuttgart gGmbH seit vielen Jahren im Mittelpunkt der Arbeit. Ziel unserer Bemühungen ist, denjenigen, die Menschen mit Demenz umsorgen und sie begleiten, wissensbezogenes Werkzeug an die Hand zu geben, das sie in ihrer tagtäglichen Arbeit unterstützt. Diesem Zweck diene auch die Arbeit des Modellprojekts DemOS (Demenz – Organisation – Selbstpflege), das im Rahmen des Förderschwerpunkts „Demografischer Wandel in der Pflege“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert, von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin fachlich unterstützt und durch die Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung begleitet wurde.

Im Rahmen unserer Arbeit stellt DemOS eine Art Perspektivenerweiterung dar: Von der Orientierung am Wohlergehen von Menschen mit Demenz ausgehend nimmt das Projekt diejenigen verstärkt in den Blick, deren Bemühungen für dieses Wohlergehen von maßgeblicher Bedeutung sind. Anders gesagt: Mit DemOS rücken die komplexen Wechselwirkungen zwischen Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen und Pflegenden und deren Belastungssituation ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Zentral ist dabei die Einsicht, dass die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden und das Wohlergehen der Bewohner/-innen miteinander in enger Beziehung stehen.

DemOS hat einen Ansatz entwickelt, der zur Verbesserung der Arbeits- bzw. Belastungssituation von Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeitern in stationären Einrichtungen beitragen kann. Wenn man in einer Einrichtung möglichst nachhaltige Veränderungsprozesse in Gang setzen möchte, dann muss das gesamte „System“ (z.B. Führung, Team, Umweltbedingungen etc.) einbezogen werden. Mit Blick auf die Pflegenden und deren Belastungen müssen sich Maßnahmen gegen Stress und Burnout an den konkreten Bedingungen der jeweiligen Einrichtung und den Bedürfnissen der Beteiligten orientieren.

DemOS hat deshalb ein „maßgeschneidertes“, d.h. jeweils auf die konkrete Situation zugeschnittenes Interventionskonzept für stationäre Altenhilfeeinrichtungen angeboten und in acht Einrichtungen erprobt und evaluiert.

Die Intervention umfasste drei Bausteine:

1. eine Analyse der Ausgangssituation. Diese liefert markante Hinweise auf spezifische Stärken und Schwächen und ermöglicht damit einen adäquaten Zuschnitt der Intervention.
2. eine Lernbegleitung. Sie orientiert sich an den Interessen der Pflegenden und geht auf deren Bedürfnisse ein.
3. eine Prozessbegleitung vor Ort, in deren Rahmen neu Gelerntes vertieft und Veränderungen umgesetzt werden.

Der vorliegende Leitfaden nimmt insbesondere Erkenntnisse aus der IST-Analyse und Projektevaluation auf. Er soll die Belastungen Pflegenden in den Blick nehmen und Möglichkeiten zu deren Verminderung aufzeigen. Dabei konzentriert er sich auf jene Problembereiche, die im Zusammenhang mit der Demenzthematik bedeutsam sind.

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Zusammenstellung verschiedener Problembereiche und Themenfelder, mit deren Hilfe ein kontinuierlicher Veränderungs- und Verbesserungsprozess beginnen kann. Die Durcharbeitung der angebotenen Checklisten hilft dabei, auf das Thema Demenz bezogene zentrale Problem- bzw. Schwachstellen Ihrer Einrichtung zu identifizieren. Damit verbunden werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie sich Verbesserungen erreichen lassen.

Weiterentwicklungsprozesse in der Pflege scheitern oftmals daran, dass zu viel zu schnell gewollt wird. Deshalb möchten wir Sie ermuntern, die verschiedenen Themen und Aspekte in einem ruhigen Tempo aufzunehmen. Vielleicht machen Sie sich einen Merksatz zu eigen, den wir aus einem gut aufgestellten Team einer Demenzwohngruppe mitgenommen haben: „Macht langsam, damit wir fertig werden!“



Einleitung

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz stellt an Pflegende höchste Ansprüche. Sie sind mit ihrer ganzen Persönlichkeit und mit ihrem Hintergrundwissen zum Thema Demenz gefordert. Zudem benötigen sie Erklärungsansätze für Verhaltensweisen, Handlungskompetenzen und unterstützende Arbeitsbedingungen, die sich sowohl in organisatorischen Anpassungen als auch in gesundheitsfördernden Angeboten ausdrücken. Es ist eine Führungsaufgabe, hier unterstützend tätig zu sein. Im Zentrum einer erfolgreichen Pflege steht das gelingende Wechselspiel zwischen dem Wohlbefinden der Bewohner/-innen und der Zufriedenheit Pflegenden mit ihrer Arbeit.

Ungünstige Umgebungsfaktoren können das Verhalten der Bewohner/-innen negativ beeinflussen und Pflegende mitunter vor große Herausforderungen stellen. Der Leitfaden hilft Ihnen, solche Umgebungsfaktoren zu identifizieren und thematisiert Möglichkeiten, die eine Verbesserung bewirken und zur Entlastung Pflegenden beitragen können. In enger Verbindung mit der Demenzthematik befasst sich der Leitfaden mit Mängeln in der Arbeitsorganisation, die den Arbeitsalltag zusätzlich erschweren. Drittens nimmt er Kompetenzen in den Blick, die Pflegende besitzen müssen, um die täglichen Herausforderungen der Pflege von Menschen mit Demenz bewältigen zu können. Ein weiterer Schwerpunkt der Aufmerksamkeit liegt auf der Bedeutung des Teams, dem in der Betreuung von Menschen mit Demenz ebenfalls eine wichtige Rolle zukommt. Und schließlich soll die Sorge für die Pflegenden und das Thema Achtsamkeit insbesondere als Verpflichtung der Leitungsebene ins Zentrum des Interesses gerückt werden. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass Pflegende sich selbst ernst nehmen und ihre Selbstpflegekompetenzen entfalten können. Den Rahmen für all diese Aspekte bildet eine Einrichtungskultur, die eine aktive Beteiligung Pflegenden wünscht und fördert.

Entlastungen für Mitarbeiter/-innen zu schaffen und Verbesserungen einzuführen, ist zunächst einmal eine Aufgabe für Leitungskräfte. Aus diesem Grund richtet sich der Leitfaden in erster Linie an diese Zielgruppe.

Dieser Leitfaden ist als Hilfestellung gedacht. Seine Einsatzmöglichkeiten reichen von der Selbstanalyse der Einrichtung oder eines Wohnbereichs über eine gemeinsame Bearbeitung in Arbeitsgruppen bis zu hausinternen Fortbildungseinheiten, die von gerontopsychiatrischen Fachkräften durchgeführt werden können. Er kann Leitungskräfte und Arbeitsgruppen dabei unterstützen, Entlastungsmöglichkeiten bzw. Verbesserungspotenziale zu identifizieren und einzelne Aspekte zu bearbeiten. Er lässt sich sowohl für Einrichtungen mit einem integrativen Versorgungskonzept wie auch von Einrichtungen mit spezialisierten Konzepten nutzen. Wie weit seine Unterstützungspotenziale jeweils reichen, hängt sehr stark von der besonderen Ausgangssituation der jeweiligen Einrichtung ab.

1

Aufbau des Leitfadens Teil 1: Checklisten

1 | Umweltstressoren für Menschen mit Demenz

Die Checkliste **Umweltstressoren für Menschen mit Demenz** untergliedert sich in drei Themenbereiche: **Stimulation, Wohnlichkeit und Autonomie**. Hier finden Sie Hinweise, wie Umweltstressoren erkannt und reduziert werden können. Damit verbunden ist eine Verbesserung des Wohlbefindens der Bewohner/-innen mit Demenz und in der Wechselwirkung eine Entlastung für Pflegendende.

2 | Arbeitsspitzen im Pflegealltag

Die Checkliste **Arbeitsspitzen im Pflegealltag** nimmt eingespielte Arbeitsabläufe in den Blick, die Teil der bestehenden Pflegekultur sind. Eine Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner/-innen schafft nicht nur Entlastung, sondern kann auch zur Vermeidung herausfordernder Verhaltensweisen beitragen, die Pflegenden viel Energie und Zeit abverlangen.

3 | Organisatorische Rahmenbedingungen

Die Checkliste **Organisatorische Rahmenbedingungen** für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz verweist auf hilfreiche Ansätze, die Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag unterstützen und entlasten.

4 | Kompetenz Pflegenden stärken

Die Checkliste **Kompetenz Pflegenden stärken** zeigt Wissens- und Handlungsaspekte auf, die für Pflegenden in der Bewältigung des Alltags bedeutsam sind.

5 | Achtsamkeit oder: Wer pflegt die Pflegenden?

Die Checkliste **Achtsamkeit** bietet Impulse, die Leitungskräfte und Pflegenden für das Thema Selbstpflege sensibilisieren sollen und gibt spezielle Anregungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

6 | Partizipation

Die Checkliste **Partizipation** gibt einige Anregungen, um eine aktive Beteiligung Pflegenden zu fördern.

2

Teil 2: Praxishilfe

Hintergrundwissen und Tipps zu allen Fragen, die in den Checklisten gestellt werden.

Checkliste

Über-/Unterstimulation – eine anregende Umgebung schaffen

1. Besteht ein Beleuchtungskonzept, das den Anforderungen einer gleichmäßigen, indirekten Beleuchtung mit mindestens 500 Lux in Augenhöhe entspricht? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:
In allen öffentlichen und halböffentlichen Räumen, speziell in den Gemeinschaftsräumen und im Flurbereich, sollte die Beleuchtungsstärke von mind. 500 Lux gewährleistet sein. Mit einem Helligkeitsmessgerät (Luxmeter) kann eine schnelle und genaue Lichtmessung (0 bis 40.000 lx) durchgeführt werden. Ein entsprechendes Gerät kann im Fachhandel oder im Internet (ca. 70 bis 100 €) bestellt werden. Die Messwerte geben Ihnen rasch Auskunft über die Beleuchtungsstärke in den Innenräumen.
» „nein“ oder „weiß nicht!“ Informationen finden Sie auf Seite 44 unter dem Stichwort „Beleuchtungskonzept“.

Verweis auf Praxishilfe

Praxishilfe

1 | Umweltstressoren für Menschen mit Demenz

Beleuchtungskonzept

1 **Hauptproblem:** Eine schlechte Beleuchtung der Innenräume wirkt sich bei Menschen mit Demenz besonders beeinträchtigend aus. Schlechte Lichtverhältnisse erhöhen das Sturzrisiko, fördern die Antriebsarmut und können zu Fehlwahrnehmungen bis hin zu Wahnvorstellungen führen.

2 Licht ist ein zentrales Qualitätsmerkmal in der Gestaltung von Alzheimereinrichtungen. **Gutes Licht wirkt in drei Bereichen:**

1. **Verbesserung der Sehfähigkeit:** Dadurch werden die vorhandenen Kompetenzen und das Sicherheitsgefühl gestärkt.

2. **Einfluss auf das Wohlbefinden:** Licht wirkt wie ein Stimmungsaufheller.

3. **Biologische Wirkung:** Natürliches Licht ist der Taktgeber für den Tag-Nacht-Rhythmus und wichtig für den Knochenaufbau.

Bei Personen mit einer Alzheimer-Demenz verschlechtern sich im Zuge der Krankheit die Farberkennung und Kontrastwahrnehmung. Als Folge werden Raumdimensionen falsch eingeschätzt und Gegenstände nicht richtig erkannt. Durch deutliche Farbkontraste (z. B. weißes Geschirr auf dunkler Tischplatte, farbiges Getränk in Trinkglas etc.) und eine hohe, gleichmäßige und blendfreie Beleuchtungsstärke (mind. 500 Lux) können die Seh- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie die Orientierung unterstützt werden. Da sich die Augen im Alter nur langsam an Helligkeitsunterschiede anpassen, sollte der Raum gleichmäßig ausgeleuchtet sein. Um angenehme Lichtverhältnisse zu schaffen, ist besonders auf Blendfreiheit zu achten. Direkte Lichtquellen im Blickfeld des Bewohners wie Deckenleuchten, die ihr Licht direkt nach unten abgeben, müssen vermieden oder kaschiert werden. Vorteilhaft ist eine Mischung von direkten und indirekten Lichtquellen mit einem hohen Anteil an indirektem Licht, das über Wand oder Decke reflektiert wird. Auch der Lichteinfall von Tageslicht sollte durch Gardinen oder Rollläden gefiltert werden, wenn sich das Fenster z. B. direkt im Blickfeld der liegenden Person befindet.

Eine dauerhaft zu geringe Tageslichtexposition kann zu einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus führen. Deshalb sind für die Lichtgestaltung besonders die Bereiche relevant, in denen sich die Personen lange aufhalten. Der Aufenthalt im Freien ist in dieser Hinsicht kaum zu übertreffen, denn die Lichtexposition entspricht an einem hellen Sommertag ca. 100.000 Lux (zum Vergleich: in Innenräumen werden 500 Lux empfohlen). Das Thema Licht ist sehr komplex. Deshalb ist für ein gutes Beleuchtungskonzept das Fachwissen eines Lichtplaners einzubeziehen. Besonders für den Flur als Bewegungsraum und für die Gemeinschafts- und Aufenthaltsbereiche, die nicht nur bei den gemeinsamen Mahlzeiten frequentiert werden, muss die Beleuchtung in angemessener Weise an die besonderen Bedürfnisse demenziell veränderter und älterer Menschen angepasst werden.

3 **Belastungen und Beanspruchungen**

Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Pflegenden sind stark gefordert, Gegenstände zur Antriebsarmut und zur depressiven Gemütsverfassung von Bewohner/-innen und Bewohnern zu setzen, wenn Licht als „Stimmungsaufheller“ fehlt. Nachaktive Bewohner/-innen stellen für die Nacht eine hohe Belastung dar. 	<ul style="list-style-type: none"> Eine schlechte Beleuchtung im Speisezimmer kann den Appetit negativ beeinflussen, weil schlechte Lichtverhältnisse die Speisen grau erscheinen lassen. Eine Veränderung des Biorhythmus hat eine erhöhte Schläfrigkeit und Antriebsarmut am Tag zur Folge. Eine geringe Lichtexposition wirkt sich nachteilig auf den normalen Tag-Nacht-Rhythmus aus.

5 **Hilfreiches zum Weiterlesen:**
Demenz Support Stuttgart gGmbH (2013): DeSS orientiert: Licht und Demenz. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2013_korr_Licht.pdf
Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2016): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
Heeg, S. (2007): Architektur als Therapie: Wohngruppe für Demenzzranke. In: barrierefrei 7 (2), 12–16.
ProAlter (2009): Home, sweet Home? Innenarchitektur für mehr Lebensqualität: 3/2009.
Radzey, B.; Heeg, S. (2013): Planungshilfe: Licht (in Vorbereitung).

44 | Leitfaden – Check: Arbeitsplatz Pflegeheim

Jede **Checkliste** besteht aus einer Reihe ausgearbeiteter Fragen, die Sie beantworten sollen. Jede dieser Fragen ist von einer Bewertungshilfe begleitet, die Anhaltspunkte für die Beantwortung gibt. Wenn Sie bei einer Frage „nein“ oder „weiß nicht“ ankreuzen, dann werden Sie auf die entsprechende Seite der **Praxishilfe** verwiesen (siehe Bsp. links)

In der **Praxishilfe** finden Sie Grundlagenwissen und Hinweise zu den Fragen der Checklisten. Dieses Basiswissen soll Ihnen dabei helfen, Lösungen auf den Weg zu bringen.

Die **Praxishilfe** ist wie folgt aufbereitet:

- 1 Nennung der Hauptproblematik des jeweiligen Themas
- 2 Vertiefung des Themas durch allgemeine Ausführungen
- 3 Beschreibung von Belastungen und Beanspruchungen für Pflegenden und Bewohner/-innen
- 4 Tipps zur Problemlösung
- 5 Hilfreiches zum Weiterlesen

Wie lässt sich der Leitfaden einsetzen?

Der Leitfaden kann auf unterschiedliche Weisen verwendet werden:

1. Eigenständige Bearbeitung

Sie können die Checklisten selbständig durcharbeiten und sich so einen Überblick zu Verbesserungsmöglichkeiten und Handlungsbedarfen verschaffen. Gehen Sie wie folgt vor:

- Wählen Sie eine Checkliste aus.
- Jede Checkliste besteht aus einer Anzahl von Fragen, die entweder mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ beantwortet werden können.
- Eine Bewertungshilfe unterstützt Sie bei der Beantwortung der Frage.
- Wird eine Frage mit „ja“ beantwortet, dann können Sie sich der nächsten Frage zuwenden.
- Wird eine Frage mit „nein“ beantwortet, dann finden Sie unter dem Stichwort und der angegebenen Seitenzahl im Teil 2 weitere Hintergrundinformationen.
- Wird eine Frage mit „weiß nicht“ beantwortet, dann ziehen Sie eine weitere Person oder eine Arbeitsgruppe zu Rate oder gehen Sie wie bei einer „Nein“-Antwort vor.

2. Bearbeitung in Gruppen

2.1 Einsatz in einer Arbeitsgruppe

Die Checklisten 1 bis 4 eignen sich für Reflexionsprozesse in Arbeitsgruppen (z. B. WBL-Team, Qualitätszirkel, Mitarbeitervertreter/-innen oder eine dafür initiierte Arbeitsgruppe aus Pflegenden und Leitungskräften). Hierbei können Sie wie folgt vorgehen:

- Eine Auswertungsmatrix zur Checkliste ist vorbereitet (siehe beispielhaft S. 112).
- Allen Beteiligten liegt die Checkliste vor (Kopie).
- In Einzelarbeit werden die Fragen der Checkliste beantwortet.
- Die Antworten der Beteiligten werden in die Auswertungsmatrix übertragen (Strich für jede Antwort in der jeweiligen Antwortkategorie).
- Ergibt eine Auswertung viele „weiß nicht“-Antworten, dann sollte dies als Impuls für eine weitere Fundierung des Fachwissens wahrgenommen werden.
- Streuen die Antworten sehr, dann dürfte das Wissen an einzelne Personen gebunden und Arbeit am Informationstransfer geboten sein.
- Viele „nein“-Antworten machen Mängel sichtbar. Hier können konkrete Verbesserungsmaßnahmen ansetzen.
Aber Vorsicht: Nicht alles gleichzeitig in Angriff nehmen! Einigen Sie sich in der Arbeitsgruppe auf eine Prioritätenliste, um Maßnahmen konzentriert anzugehen.
- Sie haben alle Fragen mit „ja“ beantwortet?
Herzlichen Glückwunsch!

2.2 Interne Kurzfortbildung

Mit den Checklisten 1 bis 4 kann Grundlagenwissen aufgefrischt werden. Sie können aber auch für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter/-innen eingesetzt werden. Eine Checkliste kann in einer Zeiteinheit von 45 Minuten bearbeitet werden. Eine gerontopsychiatrische Fachkraft sichert den Austausch zwischen den Teilnehmern/Teilnehmerinnen mit ihrem fachlichen Hintergrundwissen ab. Der Ablauf der Kurzfortbildung gestaltet sich wie folgt:

- Eine Auswertungsmatrix zur Checkliste ist vorbereitet (siehe beispielhaft S. 112).
- Alle Beteiligten erhalten eine Checkliste (Kopie).
- In Einzelarbeit werden die Fragen der Checkliste beantwortet.
- Die Antworten der Beteiligten werden in die Auswertungsmatrix übertragen (siehe oben). Die Auswertung ergibt einen Überblick zum aktuellen Wissenstand.
- Eine Kurzfortbildung entfaltet das im Team vorhandene Wissen in Form eines Gesprächs. Von einem solchen Austausch profitieren nicht nur diejenigen, denen dieses Wissen bislang fehlt. Diejenigen, die über Wissen verfügen, festigen dieses durch die Kommunikation.
- Zeigt sich bei der Auswertung, dass ein großes Wissensdefizit besteht, dann kann dies als Hinweis aufgegriffen werden, in Tagesfortbildungen Grundlagen zu vermitteln.

2.3 Impulse für ein Pflorgeteam

Eine Checkliste oder eine einzelne Frage wie beispielsweise der Umgang mit Fixierung (Seite 88) kann auch für eine Reflexion innerhalb eines Pflorgeteams eingesetzt werden.

- Aus einer Checkliste wird eine Frage herausgegriffen und im Pflorgeteam zur Diskussion gestellt. Die Wohnbereichsleitung oder eine andere qualifizierte Person aus dem Team übernimmt die Moderation. Antworten, Gedanken oder Ideen werden methodisch erfasst (z. B. über Metaplankarten, Flipchart) und visualisiert.
- Die Mitglieder eines Pflorgeteams bearbeiten während einer Teambesprechung eine Checkliste wie in einer Kurzfortbildung (siehe oben).



Was Ihnen sonst noch hilfreich sein kann ...

- Das Durcharbeiten der Checklisten hilft Ihnen dabei, sich über besondere Schwachstellen klar zu werden, die den Arbeitsalltag für die Mitarbeiter/-innen Ihrer Einrichtung belasten. Aus unserer Erfahrung wissen wir, dass hier zu meist verschiedene Faktoren aufeinandertreffen. Es muss entschieden werden, welche Schwierigkeiten mit höchster Priorität angegangen werden sollen. Prioritäten zu setzen bedeutet auch, vorhandene Grenzen zu kennen und strategisch zu planen. Finanzielle Grenzen für bauliche Veränderungen müssen z. B. eingeschätzt werden können. Investitionen in die Weiterqualifizierung der Mitarbeiter/-innen sind im Rahmen einer Qualifizierungsstrategie zu planen, die im Minimum einen Zeitraum von drei Jahren umfasst.
- Es kann sich herausstellen, dass eine Verbesserung der Umgebungsfaktoren nur mit einem hohen finanziellen Aufwand zu realisieren ist. Hier stoßen vor allem Altbauten an ihre Grenzen. Ist bereits ein Neu- oder Ersatzbau anvisiert (in ca. ein bis fünf Jahren), dann dürfte große Zurückhaltung gegenüber baulichen Investitionen bestehen. Gleichzeitig ermöglicht eine solche Situation jedoch auch Freiräume für Kreativität, um mit unkonventionellen Lösungen Entlastungen zu erzielen.
- Die Beteiligung der Mitarbeiter/-innen an der Setzung von Prioritäten stärkt den Ansatz der Partizipation. Damit ist allerdings auch verbunden, dass eine zielgerichtete Umsetzung auf den Weg gebracht werden muss. Der Preis für Verzögerungen oder einen Kurswechsel ist hoch und heißt Vertrauensverlust. Hier kann nur über eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit ein derartiger Verlust vermieden werden.
- Für die Arbeit in Arbeitsgruppen bestimmen Sie eine Moderatorin/einen Moderator oder binden eine externe Begleitung ein, wo immer es Ihnen notwendig erscheint. Stellen Sie sicher, dass die Arbeitsgruppe methodisch die prioritären Themen bearbeitet und dass die entwickelten Lösungen auch in die Erstellung von Umsetzungskonzepten münden. Ergebnisse sollten bestenfalls allen Mitarbeiter/-innen vorgestellt werden.
- Legen Sie ein Verfahren fest, in dem die Erfahrungen zu Veränderungsprozessen reflektiert und erforderliche Anpassungen festgelegt sind. Maßnahmen werden für alle Beteiligten transparent dargestellt und so die Übertragbarkeit erfolgreicher Veränderungen gewährleistet.
- Machen Sie Erfolge sichtbar und feiern Sie gemeinsam erreichte Ziele.

Teil 1: Checklisten



1. Umweltstressoren für Menschen mit Demenz

Über-/Unterstimulation – eine anregende Umgebung schaffen

Menschen mit Demenz sind deutlich sensibler, störbare und leichter zu überfordern als Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen. In Bezug auf die Umwelt bedeutet dies, dass demenziell veränderte Bewohner/-innen Reize wie Lärm, Unruhe, Beengtheit ebenso wie fehlende Rückzugsmöglichkeiten als äußerst belastend erleben. Oft stehen auftretende herausfordernde Verhaltensweisen in einem engen Zusammenhang mit solchen ungünstigen Umweltbedingungen.

Insbesondere in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung können sich Betroffene nur noch eingeschränkt an Situationen und Umgebungsbedingungen anpassen. Durch eine gezielte Reduzierung von Umgebungsstressoren kann es gelingen, die Verhaltenskompetenz einer zu diesem Kreis gehörenden Person positiv zu beeinflussen.

Mögliche Auslöser für stressbedingte Reaktionen sind Situationen mit zu vielen Stimuli, so etwa dicht besetzte Aufenthaltsräume, in denen womöglich noch ein Fernsehgerät läuft.

Weiterhin sind eindeutige physische Stressoren zu nennen: z.B. Lärm, Hitze, Blendung durch grelles Licht oder unangenehme Gerüche. All diese Stimuli können das Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen. Ein Ziel muss daher sein, derartige Stimuli durch eine bewusste Umgebungsgestaltung so zu kontrollieren, dass Überforderungssituationen vermieden und Befinden und Verhalten der Betroffenen letztlich positiv beeinflusst werden.

Eine völlig anregungsarme Umgebung wäre jedoch ebenso ungünstig. Positive Stimuli durch angenehme Gerüche, haptisch reizvolle Materialien oder anregende Ausblicke können dazu beitragen, dass Bewohner/-innen weniger passiv sind und aktiv mit ihrer Umwelt interagieren. Besonders wichtig ist dabei die stimmungsaufhellende Wirkung von Licht, die auch den Tag-Nacht-Rhythmus der Bewohner/-innen positiv beeinflussen kann. Bei der Gestaltung von Umwelten für Menschen mit Demenz ist auf das richtige Maß an Stimulation zu achten – weder zu viel, noch zu wenig.

Über-/Unterstimulation – eine anregende Umgebung schaffen

1. Besteht ein Beleuchtungskonzept, das den Anforderungen einer gleichmäßigen, indirekten Beleuchtung mit mindestens 500 Lux in Augenhöhe entspricht? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

In allen öffentlichen und halböffentlichen Räumen, speziell in den Gemeinschaftsräumen und im Flurbereich, sollte die Beleuchtungsstärke von mind. 500 Lux gewährleistet sein. Mit einem Helligkeitsmessgerät (Luxmeter) kann eine schnelle und genaue Lichtmessung (0 bis 40.000 lx) durchgeführt werden. Ein entsprechendes Gerät kann im Fachhandel oder im Internet (ca. 70 bis 100 €) bestellt werden. Die Messwerte geben Ihnen rasch Auskunft über die Beleuchtungsstärke in den Innenräumen.

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 44 unter dem Stichwort „**Beleuchtungskonzept**“.

2. Ist die akustische Umgebung an die Bedürfnisse und Verarbeitungskompetenzen von Menschen mit Demenz angepasst? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Die Geräuschkulisse in einer Wohnung liegt normalerweise zwischen 45 und 55 Dezibel. Ab einem Dauerschallpegel von 60 Dezibel treten (im Schlaf) Stressreaktionen auf; ab 80 Dezibel kann die Gesundheit leiden. Die Anschaffung eines digitalen Schallpegelmessgerätes (30 bis 130 dB) ist mit einer geringen Investition (ca. 100 €) verbunden. Ein solches Gerät kann im Fachhandel oder über einen Anbieter im Internet bestellt werden. Die Messwerte geben Ihnen rasch Auskunft über die Lautstärke in den Räumen bei unterschiedlicher Nutzung.

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 45 unter dem Stichwort „**Akustische Umgebung**“.

3. Ist der Raumgeruch angenehm? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Ist der Geruch im Eingangsbereich oder in den öffentlichen Räumen der Einrichtung frisch? Gibt es „Geruchsteppiche“ oder „-ecken“ in den Wohnbereichen? Eine Bewertung des Raumgeruchs erfolgt am besten über eine neutrale und unbeteiligte Person. Bitten Sie diese, einen „Schnuppereinsatz“ in der Einrichtung vorzunehmen.

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 46 unter dem Stichwort „**Raumgeruch**“.

4. Ist das Raumklima behaglich? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Das Raumklima ergibt sich im Wesentlichen aus dem Verhältnis der beiden Parameter Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit. Ein angenehmes Raumklima entsteht bei Temperaturen zwischen 20 und 22 Grad mit einer relativen Luftfeuchte zwischen 40% und 60%. Die Messung erfolgt über ein Thermo-Hygrometer, das unproblematisch eingesetzt und schnell angeschafft werden kann (Investition ab ca. 40 €).

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 47 unter dem Stichwort „**Raumklima**“.

5. Ist der Aufenthalts- und Essbereich auf mindestens 5 qm² pro Person ausgelegt? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Berechnen Sie die Grundfläche des Aufenthalts- und Essbereichs (Länge x Breite). Teilen Sie das Ergebnis durch die Anzahl der Bewohner, um die Raumgröße pro Bewohner zu erhalten.

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 49 unter dem Stichwort „**Aufenthalts- und Essbereich**“.

6. Ist die Wohngruppe überschaubar und hat max. 15 Bewohner? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Ist die Größe des Wohnbereichs für maximal 15 Plätze ausgelegt? Bestehen Blickbezüge zwischen Gemeinschaftsbereich, Sitznischen, Wohnzimmer, Bewohnerzimmer, Terrasse oder Freibereich? Liegt das Dienstzimmer zentral und erlaubt ebenfalls Ein- und Ausblicke in den Wohnbereich?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 50 unter dem Stichwort „**Gruppengröße und Überschaubarkeit**“.



Foto: Demenz Support Stuttgart gGmbH

Stressor institutionelle Umgebung – Wohnlichkeit herstellen

Demenzkrankte Bewohner/-innen in stationären Einrichtungen äußern häufig den Wunsch, „nach Hause“ zu wollen. Eine solche Äußerung deutet darauf hin, dass die aktuelle Wohnsituation im Heim oftmals weit von dem entfernten ist, was als „Zuhause“ empfunden wird. Insbesondere in einer Umgebung, die stark institutionell geprägt ist, leiden die Bewohner/-innen unter dem Verlust des Vertrauten. Alles kommt ihnen fremd und unverständlich vor. Daher kann der Wunsch des „nach Hause Gehens“ so interpretiert werden, dass ein Verlangen nach einem sicheren Ort besteht, an dem es behaglich und gemütlich ist und wo es leicht fällt, sich zu orientieren und zurechtzufinden.

Für Pflegeeinrichtungen ist es wichtig, dass die räumliche Umgebung in sich stimmig und vertraut wirkt und die dort lebenden Menschen sich nicht durch eine Vielzahl von Dingen bedroht fühlen, die sie nicht verstehen. Die Umgebung sollte daher möglichst alltagsnah, das heißt privaten Wohnverhältnissen angepasst, und die Ausstattung weder einheitlich noch standardisiert sein, um wenig Assoziationen an eine Institution nahelegen. Für die Innenraumgestaltung können Ausstattungsgegenstände mit kultur- und milieuspezifischen Bezügen für die Bewohner/-innen ein vertrautes Umfeld schaffen. Das Bewohnerzimmer als individueller Rückzugsbereich sollte so weit wie möglich mit persönlichen Gegenständen und Möbeln der Bewohner/-innen ausgestattet werden.

1. Sind die Bewohnerzimmer individuell eingerichtet? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Werden die Privatzimmer von Bewohnern und Bewohnerinnen mit persönlichem Mobiliar ausgestattet? Können beispielsweise auch Matratzen und Bettzeug mitgebracht werden? Sind für die Person identitätsstiftende Gegenstände und Objekte bekannt und vor Ort vorhanden?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 51 unter dem Stichwort „Bewohnerzimmer“.

2. Ist die Ausstattung in den Gemeinschaftsräumen wohnlich und lädt zum Verweilen ein? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Der Eindruck einer „wohnlichen Atmosphäre“ entsteht aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher Gestaltungselemente und deren Bewertung: Im Wesentlichen handelt es sich um die Licht- und Farbgestaltung, die Möblierung und um Ausstattungsgegenstände wie Vorhänge und Dekorationen. Wandgestaltung (Tapete oder warme Wandfarbe), Fußbodenbelag (nicht irritierend, rutschfest, urinresistent, alltagsnah) und Beleuchtung sollten harmonisieren. Das Mobiliar ist für Bewohner/-innen bequem (Sitzhöhe), eindeutig (Sofa, Ofenbank etc.) und für Pflegende funktional (leichte Reinigung, gute Handhabbarkeit). Die Ausstattungsgegenstände machen den Raum unverwechselbar und anregend. Farben, Stil und Materialien sind aufeinander abgestimmt und werden durch der Generation entsprechende Einzelstücke ergänzt.

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 53 unter dem Stichwort „Wohnliche Gemeinschaftsräume“.

3. Gibt es neben dem zentralen Aufenthaltsbereich weitere Sitznischen, die von Bewohner/-innen und Angehörigen gerne aufgesucht werden? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Gibt es Sitznischen, die einen Blickbezug zum Gemeinschaftsraum haben oder sich an interessanten Aktivitätsknoten befinden und anregende Begegnungen für Bewohner/-innen ermöglichen? Besitzen abgelegene Sitznischen für Bewohner/-innen Einladungscharakter, so dass sie tatsächlich genutzt werden? Können sich Bewohner/-innen mit Besuch in eine solche Sitznische zurückziehen?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 54 unter dem Stichwort „Sitznische“.



Foto: Philip Kottlorz

Stress durch Beschränkungen – Autonomie und Selbstständigkeit unterstützen

Ein Pflegeheim ist ein Wohnort für pflegebedürftige Menschen mit und ohne Demenz. Eine kognitive Beeinträchtigung, die mit fremd- oder selbstgefährdendem Verhalten einhergeht, kann eine Unterbringung in einem geschlossenen Bereich erfordern. Rechtliche Voraussetzung dafür ist ein gesetzlicher Unterbringungsbeschluss. Die Bewohnerin bzw. der Bewohner wird dann durch einen gesetzlichen Betreuer vertreten oder durch eine Person, die durch eine Betreuungsvollmacht aus dem Familienkreis bestimmt wurde. Sowohl in offenen als auch in geschlossenen Wohnbereichen für Menschen mit Demenz entstehen konflikthafte Situationen vor allem dann, wenn Bewohner/-innen den Wohnbereich verlassen möchten und mit einer verschlossenen Türe konfrontiert werden bzw. Pflegenden sie an ihrem Vorhaben hindern möchten. Bewohner/-innen erleben dies als Freiheitseinschränkung.

Eine der wichtigsten Optionen für selbstbestimmtes Handeln für Menschen mit Demenz ist die Möglichkeit, sich frei und ungehindert im Innen- und Außenbereich der Einrichtung bewegen zu können. Besonders Einrichtungen mit einem offenen Betreuungsansatz müssen sich deshalb in Bezug auf die Themen Autonomie und Selbstständigkeit mit ihrer Einrichtungskultur auseinandersetzen. Oft besteht nämlich

ein starker Widerspruch zwischen den Anforderungen an die Sicherheit und dem Anspruch auf Autonomie, der Bewohner/-innen die Möglichkeit bieten soll, in Einklang mit ihren Fähigkeiten nach eigenen Wünschen und Interessen zu handeln und über Ort und Zeit selbst zu bestimmen. Die Auseinandersetzung mit diesem Widerspruch ist das Fundament für viele daraus resultierende Maßnahmen und die Handlungssicherheit von Pflegenden.

Versteht sich die Pflegeeinrichtung in erster Linie als Wohnort der Bewohnerinnen und Bewohner oder stärker als Aufenthaltsort zur Beaufsichtigung alter, pflegebedürftiger Personen? Sind Pflegenden in Bezug auf ihre Fürsorgepflicht und im Hinblick auf die Wahrung der Grundrechte der Bewohner/-innen hinreichend über die rechtliche Lage informiert? Wissen Angehörige in ausreichendem Maße über die Rechte der Bewohner/-innen und die Pflichten und Grenzen einer Pflegeeinrichtung Bescheid? Gibt es Kriterien, die für eine Einschränkung des Bewegungsradius von Bewohner/-innen festgelegt wurden? Gibt es Konzepte, welche die Einbindung in das Gemeinwesen unterstützen bzw. den Kontakt zum Leben im Quartier aufrechterhalten?

1. Haben die Bewohner/-innen Zugang in alle für sie nutzbaren Räume und erleben sie sich in ihrem Bewegungsradius als selbstständig? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Sind alle Türen offen und alle Räume frei zugänglich? Sind Türen, die Bewohner/-innen nicht benutzen sollten, so gestaltet, dass sie kaum wahrgenommen werden?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 55 unter dem Stichwort „Bewegungsradius“.

2. Ist der Bewegungsraum (Flure, Aufenthaltsbereiche, Veranstaltungsräume) barrierefrei gestaltet? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Ist der Wohnbereich ebenerdig angelegt? Sind Treppen lediglich zwischen den Geschossebenen vorhanden? Weisen die Bodenbeläge eine einheitliche Farbgestaltung auf? Wurde bei farblich unterschiedlichen Bodenbelägen auf einen ähnlichen Helligkeitsgrad geachtet? Sind Schwellen – z.B. bei Aufzügen oder in den Außenbereich – ebenerdig und unauffällig gestaltet?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 56 unter dem Stichwort „Barrierefreier Bewegungsraum“.

3. Besteht ein direkter Zugang vom Wohn- in einen Freibereich? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Als Freibereich gelten Garten, Terrasse oder Balkon. Wenn ein solcher „Freibereich“ vorhanden ist, dann sollten Bewohner und Bewohnerinnen diesen Freibereich auch eigenständig aufsuchen können. Ist dies in Ihrer Einrichtung der Fall?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 57 unter dem Stichwort „Zugang zum Freibereich“.

2. Arbeitsspitzen im Pflegealltag

Ablaufrouninen – Bewohnerbedürfnisse in Körperpflege und Mahlzeitengestaltung berücksichtigen

In der Pflege existieren zwei Aufgabenbereiche, die täglich Arbeitsspitzen verursachen: Körperpflege und Mahlzeiten. Anzumerken ist, dass das Zustandekommen dieser Arbeitsspitzen in hohem Maße einer traditionellen Pflegekultur und definierten Zeitkorridoren geschuldet ist. Eine Orientierung an den individuellen Bewohnerbedürfnissen wird oft mit den Argumenten abgetan, dass dadurch die Komplexität der Pflege- und Arbeitsabläufe ansteige, die Übersichtlichkeit im Tagesgeschehen verloren gehe und der Aufwand für die Informationsweitergabe ausufere.

Gemäß der Logik vieler Pflegeeinrichtungen muss die Körperpflege am Vormittag erfolgen. Dies führt zu großem Zeitdruck für die Pflegenden und entspricht keineswegs immer den Gewohnheiten der Bewohner/-innen. Wenn Ablauforganisation und Bewohnerbedürfnisse kollidieren, entsteht auf beiden Seiten Unmut. Weiß man jedoch um die Bedürfnisse und Gewohnheiten der Bewohner/-innen und geht auf diese ein, ermöglicht dies mehr Flexibilität und dadurch eine Entzerrung der Arbeitsspitzen, was zu einer höheren Zufriedenheit bei Bewohnerinnen und Bewohnern wie auch bei Pflegenden führt.

Die Versorgung insbesondere demenziell veränderter Bewohnerinnen und Bewohner mit Speisen und Getränken konfrontiert die Pflegemitarbeiter/-innen mit einem breiten Spektrum schwieriger Reaktionen und Verhaltensweisen. Teils leiden Bewohner/-innen unter Appetitlosigkeit, teils wird die Nahrungsaufnahme sogar komplett verweigert. Demenziell veränderte Bewohner/-innen können mitunter schlicht vergessen, dass sie bereits gegessen haben oder sind davon überzeugt, mit dem Essen schon fertig zu sein und lehnen daher die Nahrungsaufnahme ab. Eine zu große Portion oder eine einzige Speisekomponente kann darüber entscheiden, ob Bewohner/-innen mit Demenz die Mahlzeit annehmen oder ablehnen. Eine Speiserversorgung im Tablettssystem erschwert es, Mahlzeiten bedürfnisgerecht servieren zu können. Hier ist oftmals zusätzlicher Aufwand erforderlich; zudem lässt sich Alltagsnähe mit einem Tablett nicht oder nur schwer vermitteln. Der Zeitdruck bei den Mahlzeiten entsteht für Pflegenden auch durch die Arbeitsabläufe an den Schnitt- bzw. Nahtstellen verschiedener Bereiche. Eine Anpassung der Zeitkorridore zwischen Pflege und Hauswirtschaft und eine Reflexion von Routinen können Pflegenden entlasten.

Ablaufrouninen – Bewohnerbedürfnisse in Körperpflege und Mahlzeitengestaltung berücksichtigen

1. Werden in der Körperpflege die Gewohnheiten der Bewohner/-innen berücksichtigt? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Werden bei den Bewohnerinnen und Bewohnern Pflegeartikel eingesetzt, die ihnen vertraut sind? Werden die individuellen Gewohnheiten und Rituale berücksichtigt (Körperpflege morgens oder abends, vor oder nach dem Frühstück etc.)?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 60 unter dem Stichwort „Pflegegewohnheiten“.

2. Gibt es ein Schöpfsystem? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Wird auf ein Tablettsystem verzichtet, um die Mahlzeiten alltagsnah zu gestalten? Wird bei den Mahlzeiten mit Schüsseln und Platten aufgetischt, damit einzelne Bewohner/-innen sich selbst schöpfen können?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 61 unter dem Stichwort „Schöpfsystem“.

3. Lassen sich Speisen so anpassen, dass auf Besteck verzichtet werden kann? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Bietet die Zentralküche oder der Caterer auch Fingerfood an? Gibt es ein Ernährungskonzept für bewegungsaktive Bewohner/-innen (z. B. sog. „Foodstations“ entlang der Laufwege)?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 62 unter dem Stichwort „Fingerfood“.

4. Werden Geruchsimpulse für die Mahlzeiten eingesetzt? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Wird in der Küche des Wohnbereichs (teilweise) gekocht? Ist beim Frühstück der Duft von Kaffee oder (Toast-)Brot wahrnehmbar? Wird beim Mittagessen eine Speisekomponente erwärmt, so dass sich das Aroma entfalten kann?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 63 unter dem Stichwort „Geruchsimpulse“.

5. Ist die Essenssituation entspannt und störungsfrei? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Ist der Zeitraum für eine Mahlzeit ausreichend bemessen, so dass keine Engpässe an den Nahtstellen zu Küche und Hauswirtschaft entstehen? Wird die Mahlzeit durch ein Ritual eingerahmt? Werden Hilfsmittel im Bereich angepasstes Geschirr und Besteck eingesetzt?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 64 unter dem Stichwort „Ablauforganisation bei den Mahlzeiten“.

6. Finden die Mahlzeiten in einer angenehmen Atmosphäre statt? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Ist der Raum für die Mahlzeiten geschützt? Stehen Räumlichkeiten zur Verfügung, in denen eine kleine Gruppe von Bewohnern oder Bewohnerinnen mit Demenz die Mahlzeiten einnehmen können? Gibt es Möglichkeiten der räumlichen Abgrenzung für eine kleine Bewohnergruppe oder, als Alternative, einen Einzelplatz an einem kleinen Tisch? Ist die Tischgemeinschaft so zusammengestellt, dass die Personen voneinander profitieren (durch gegenseitige Unterstützung, durch Vorbildfunktion in der Handhabung von Besteck)?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 65 unter dem Stichwort „Raumoptionen für Mahlzeiten“.

3. Organisatorische Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz

Organisatorische Maßnahmen innerhalb der Einrichtung

Organisatorische Rahmenbedingungen müssen eine gewisse Elastizität aufweisen. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass Pflegenden den Alltag bewältigen können, wenn sich die Kompetenzen und der Zustand von Bewohnerinnen und Bewohnern verändern und Anpassungen notwendig werden. Orientierung und Sicherheit erhalten Pflegenden über konzeptionelle Grundlagen, die eine Verständigung über die Betreuungsziele einfordern und die für die Ableitung von Maßnahmen richtungsweisend sind.

Zur gegenseitigen Verständigung und Stärkung benötigen Pflegenden die Begegnung im Team. Im Zuge der Ökonomisierung der Pflege wurden Dienstzeiten in den letzten Jahren nach strengen Kriterien rationalisiert und Übergaben oftmals auf ein Minimum reduziert. Dies zieht starke Einschränkungen im Informationsfluss nach sich, zumal vorhandene Übergabesysteme eine Kombination von mündlichem und schriftlichem Informationstransfer vorsehen, der oft nicht richtig umgesetzt wird. An dieser Stelle sind zweifellos Optimierungen möglich. Diese können aber nicht das Manko kompensieren, dass ein Team unter diesen Bedingungen keinen Raum mehr erhält, sich als Team wahrzunehmen.

Besonders im Hinblick auf die sich ausdifferenzierenden Berufsgruppen in der Pflege sind die Aspekte Teambildung und Teamentwicklung bedeutungsvoll. Wenn Veränderungsmaßnahmen umgesetzt werden sollen, müssen Informationen fließen. Darüber hinaus bedarf es zudem einer Umsetzungsstrategie, damit sich Neues verankern und nachhaltig wirken kann. Fehlt diese, dann werden Veränderungsmaßnahmen zur „Dauerbaustelle“. Unterbrechungen im Informationsfluss ziehen Uneinheitlichkeit in den Arbeitsabläufen und in der Arbeitsorganisation nach sich und führen mittelfristig zu Irritationen und Konflikten im Team.

Gute Kommunikation ist auch ein Schlüssel zu einer gelingenden Einbindung von Angehörigen. Diese sind wichtige Partner in der Pflege. Eine auf Wohlwollen und gegenseitiger Wertschätzung aufbauende Beziehung zu den Angehörigen bietet eine wertvolle Quelle der Entlastung für Mitarbeiter/-innen. Ohne eine Pflege der Beziehung zu den Angehörigen ist dies allerdings nicht zu haben. Zum Thema „Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege“ stellt das Modellprojekt demogAP ausführliche Informationen und Materialien bereit (siehe TU Dresden 2012).

Organisatorische Maßnahmen innerhalb der Einrichtung

1. **Basiert die Arbeit auf einem Pflegekonzept für Menschen mit Demenz?** ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Liegt ein schriftliches Pflegekonzept für Menschen mit Demenz vor? Ist dort die Alltagsbegleitung beschrieben? Sind im Personalkonzept alle Berufsgruppen berücksichtigt? Wird das Pflegekonzept einmal jährlich reflektiert und angepasst?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 70 unter dem Stichwort „**Pflegekonzept Demenz**“.

2. **Wird der Informationsfluss in den Pflegeteams durch gemeinsame Übergaben und Teambesprechungen mit Beteiligung aller Berufsgruppen gewährleistet?** ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Sind die Dienstzeiten so ausgelegt, dass eine gemeinsame Übergabe gewährleistet ist? Werden weitere Mitarbeiter/-innen der Betreuung oder des Sozialen Dienstes in die Übergabe eingebunden? Werden Mitarbeiter/-innen aus der Betreuung an Teambesprechungen beteiligt?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 71 unter dem Stichwort „**Informationsfluss im Pflegeteam**“.

3. **Werden Veränderungsmaßnahmen auf Nachhaltigkeit geprüft und Methoden der Personalentwicklung umgesetzt?** ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Werden bei der Entwicklung von Veränderungsmaßnahmen gleichzeitig auch Strategien entworfen, wie eine Verstetigung sichergestellt werden kann? Werden für die Personalentwicklung im Arbeitsfeld „Menschen mit Demenz“ Methoden eingesetzt, die die Reflexion der eigenen Arbeitsweise unterstützen? Werden Arbeitsgruppen oder Qualitätszirkel gebildet, um Probleme gemeinsam zu lösen und Anpassungen vorzunehmen?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 74 unter dem Stichwort „**Entwicklung und Nachhaltigkeit im Pflegealltag**“.

4. **Liegt ein Konzept für die Angehörigenarbeit vor, das eine vertrauensvolle Basis zwischen Pflegenden und Angehörigen anstrebt?** ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Liegt ein schriftliches Konzept für die Zusammenarbeit mit Angehörigen vor? Besteht Klarheit, welche Informationen Angehörige für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit Pflegenden brauchen?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 75 unter dem Stichwort „**Angehörigenkonzept**“.



Organisatorische Aufgaben für externe Kooperationen

Eindeutigkeit in Bezug auf die vorliegenden Krankheitsbilder und eine unproblematische medizinische Versorgung stellen für Pflegende eine Entlastung im Arbeitsalltag dar. Der Einsatz von Freiwilligen bzw. ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern bietet eine unmittelbare Brücke ins Gemeinwesen hinein. Dieser Einsatz muss auf einem gut durchdachten Konzept basieren und für alle Beteiligten transparent sein. Entlastungen für Pflegende resultieren daraus, dass Begegnungen mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern sowie Freiwilligen im Pflegealltag gelingen und die Zusammenarbeit von gegenseitiger Wertschätzung getragen wird.

Die Begleitung durch Pflegende in Kombination mit der Sicherheit für ehrenamtliche Helfer/-innen und Freiwillige, sich jederzeit an Ansprechpartner/-innen in den Pflegeteams wenden zu können, lässt sich als eine Art „Gegenleistung“ für die erfolgte Unterstützung betrachten. Wenn eine Pflegeeinrichtung in der Öffentlichkeit wertschätzende Erwähnung findet und im Gemeinwesen als Magnet für Begegnungen wahrgenommen wird, dann sehen sich auch Beschäftigte in ein positives Licht gerückt. Das Image einer Einrichtung kann dadurch deutlich aufgewertet werden. Als Folge steigt auch die Attraktivität des Arbeitsorts Pflegeheim.

1. Gibt es im Haus eine Kooperation mit einem gerontopsychiatrischen Facharzt?

ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Ist der Anteil an Bewohner/-innen mit einer Demenz im Haus bekannt? Kommt ein Facharzt der Gerontopsychiatrie ins Haus? Steht der Facharzt für Fallbesprechungen zur Verfügung?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 76 unter dem Stichwort „Gerontopsychiatrischer Facharzt“.

2. Bestehen Kontakte zu anderen Fachärzten (Zahnarzt, Urologe, Gynäkologe etc.), die ins Haus kommen?

ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Werden notwendige Arztbesuche dadurch vereinfacht, dass Fachärzte ins Haus kommen? Wird zur Beurteilung der Wechselwirkungen von verschiedenen Medikamenten das Fachwissen von Apothekern eingebunden?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 77 unter dem Stichwort „Fachärzte und Fachkompetenzen“.

3. Gibt es ein Konzept für ehrenamtliche Helfer/-innen und Freiwillige, die sich in den Wohnbereichen integrieren?

ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Liegt ein schriftliches Konzept und eine eindeutige Zuständigkeit für die Koordination und Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helferinnen/Helfern und Freiwilligen vor?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 78 unter dem Stichwort „Konzept für ehrenamtliche Helfer/-innen und Freiwillige“.

4. Bestehen Verbindungen zum nahen Umfeld, z. B. zu Kindergarten, Schule, Gemeinde, Vereinen?

ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Werden in der Einrichtung Kontakte gesucht, die eine aktive Einbindung in die Gemeinde ermöglichen? Gibt es Aktivitäten in Kooperation mit Kindergärten und Schulen? Werden Vereine einbezogen und aktiv beteiligt?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 79 unter dem Stichwort „Einbindung in das Gemeinwesen“.

4. Fachkompetenz Pfleger der stärken

Wer die Kompetenzen Pfleger der stärkt und erweitert, trägt mittelbar zur Reduzierung ihrer Belastungen und Beanspruchungen bei. Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz verteilt sich in Pflegeeinrichtungen auf viele Schultern. Eine gute fachliche Wissensgrundlage aller Beschäftigten ist daher das Fundament für den richtigen Zugang zu demenziell veränderten Menschen und für die Zusammenarbeit im Team. Die zunehmende Ausdifferenzierung der Berufsgruppen von Beschäftigten, die in einem Wohnbereich ein Team bilden, macht es umso notwendiger, darauf zu achten, dass die Teambildung und -entwicklung nicht durch eine Wissenslücke gefährdet wird. Die Anforderungen an eine fachkundige Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz lassen sich schon allein aus dem durchschnittlichen Anteil demenzerkrankter Bewohner/-innen in nicht spezialisierten Pflegeeinrichtungen ablesen – dieser liegt bei ca. 70%.

Eine solide Grundqualifizierung aller Beschäftigten in Kombination mit dem Know-how gerontopsychiatrischer Fachkräfte liefert ein tragfähiges Fundament für die Arbeit in einer

Pflegeeinrichtung. Gerontopsychiatrische Fachkräfte übernehmen darüber hinaus eine wichtige Rolle in der Konzeptentwicklung (z.B. für Menschen mit schwerer Demenz), bei der Problemlösung (z.B. Moderation von Fallbesprechungen) und der Qualitätssicherung (z.B. Umgang mit Assessment-Instrumenten).

Das Wissen um den Umgang mit Schmerzen, Fixierung und herausfordernden Verhaltensweisen sind weitere Wissensbausteine, die im Bewusstsein Pfleger der präsent sein müssen. Herausfordernde Verhaltensweisen können durch Schmerzen verursacht sein, aber auch durch ein wenig förderliches Umfeld. Für einen bewussten Umgang mit Fixierungen jeder Art ist ein Konsens über die Pflege- und Betreuungsziele von maßgeblicher Bedeutung. Hier benötigen Pfleger der u.a. Rechtssicherheit, um im Sinne der Bewohnerin oder des Bewohners angemessen handeln zu können.

Ein weiterer grundlegender Wissensbaustein für Pfleger der mit und ohne Fachqualifikation ist das Thema Ernährung (vgl. das Kapitel „Arbeitsspitzen“).

Fachkompetenz Pfleger der stärken

1. Gibt es ein Qualifizierungskonzept „Demenz“ für Pfleger der? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Liegt ein Konzept zu hilfreichen bzw. erforderlichen Qualifizierungsinhalten für Pfleger der und deren Umsetzung vor? Hat man ein Verfahren festgelegt, das die „Auffrischung“ und regelmäßige Aktualisierung von Wissensinhalten sicherstellt? Wird die Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an Fortbildungen strukturiert erfasst und systematisch ausgewertet?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 82 unter dem Stichwort „Qualifizierungskonzept“.

2. Gibt es im Team Mitarbeiter/-innen, die über eine gerontopsychiatrische Fachweiterbildung verfügen? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Steht allen Wohnbereichen, in denen Bewohner/-innen mit Demenz betreut und gepflegt werden, jeweils eine Pflegekraft mit gerontopsychiatrischer Fachweiterbildung zur Seite?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 83 unter dem Stichwort „Weiterbildung von Mitarbeiter/-innen“.

3. Erhalten Bewohner/-innen mit Demenz eine angemessene Schmerzmedikation? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Wird ein Schmerz-Assessment eingesetzt, das sich für Menschen mit Demenz eignet? Sind die behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzte mit dem Schmerzmanagement für demenzerkrankte Bewohner/-innen vertraut und in gutem Kontakt mit den Pfleger der? Kennen Pfleger der komplementäre Methoden der Schmerzbehandlung und wenden sie diese an?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 86 unter dem Stichwort „Schmerzmedikation“.

4. Wird bei herausfordernden Verhaltensweisen nach möglichen Ursachen geforscht? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Werden Fallbesprechungen durchgeführt? Wird mit der Biografie der Bewohner/-innen „gearbeitet“?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 87 unter dem Stichwort „Herausforderndes Verhalten“.

5. Wird auf Fixierung verzichtet? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Gibt es in der Einrichtung einen Beschluss, auf Fixierungsgurte zu verzichten? Werden speziell bei sturzgefährdeten Bewohnerinnen und Bewohnern Bewegungsaktivitäten durchgeführt? Ist das Mobiliar für sturzgefährdete Bewohner/-innen angepasst (Niedrigbett, Sturzmatten, höhenverstellbare Toilette, Sitzmobiliar)? Werden Psychopharmaka regelmäßig nach sechs Monaten abgesetzt?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 88 unter dem Stichwort „Umgang mit Fixierung“.

5. Achtsamkeit oder: Wer pflegt die Pflegenden?

Praxisbeobachtungen deuten darauf hin, dass Selbstpflegekompetenzen bei vielen Pflegemitarbeiter/-innen, wenn überhaupt, nur wenig ausgeprägt sind. Möglicherweise ist das die Folgeerscheinung einer über die Zeit hinweg kultivierten Orientierung am Wohle der Bewohner/-innen, in deren Rahmen das Erfordernis, für das eigene Wohlergehen zu sorgen, konsequent ausgeblendet wurde. Wo einerseits der Blick für die Bedürfnisse anderer geschärft, geübt und ausgebildet wird, fällt andererseits eine gewisse Vernachlässigung der eigenen Belange ins Auge. Vor dem Hintergrund einer Situation, in der Pflegefachkräfte händeringend gesucht werden, wächst die Sensibilität gegenüber dem Erhalt der Arbeitskraft Pflegenden. Deren Sicherung soll durch das betriebliche Gesundheitsmanagement bewerkstelligt werden. Pflegenden erweisen sich gegenüber betrieblichen Gesundheitssicherungsmaßnahmen jedoch häufig als wenig aufgeschlossen. Sie erleben entsprechende Angebote (zunächst) oft als eine zusätzliche Bürde. Dieser Umstand mag auf Mitarbeitervertreter/-innen und Führungskräfte demotivierend wirken. Doch hier kann nur Ausdauer zum Erfolg führen. Es braucht Zeit, bis sich eine neue „Kultur“ entwickelt, in der die Sorge für die eigene Gesundheit eingeübt, angenommen und fest verankert ist.

Werden Gesundheitsangebote wie z. B. Rückentraining in den Pflegealltag integriert (siehe hierzu BidA 2012), dann

fließen neue Perspektiven und Erfahrungen in das Bewusstsein Pflegenden, ohne dass die Energie für die Teilnahme an einem Kurs aufgebracht werden muss. Interesse lässt sich auch dadurch wecken, dass bestehende Gesundheitsangebote als „Häppchen“ in hausinterne Fortbildungen integriert werden. Hierfür eignen sich insbesondere Bewegungs- oder Entspannungsangebote. Das schafft Abwechslung und bringt die Teilnehmer/-innen mit Neuem in Kontakt – ohne Aufwand und ohne Überwindung einer inneren Hürde.

Sollen Pflegenden das betriebliche Gesundheitsmanagement als ernsthaftes Interesse an ihrer Gesundheit bzw. ihrer Person wahrnehmen, setzt dies zunächst einmal Verbesserungen in der Organisation voraus. In dieser Hinsicht sind zwei Bereiche besonders zu beachten: Arbeitspausen und Vertretungsregelung. Eine konsequente Einhaltung der Arbeitspause strukturiert den Arbeitstag und gibt Raum für Ruhe und Regeneration. Eine Regelung für den Krankheitsfall, die davon absieht, Mitarbeiter/-innen bei Bedarf aus ihrer Freizeit abzurufen, sichert die Freizeitplanung der Beschäftigten und damit deren Erholung. Werden Mitarbeiter/-innen auch bei Themen wie Gesundheit und Entspannung an der Fortbildungsplanung beteiligt, so kann die Akzeptanz für eine Teilnahme zumindest vorausgesetzt werden. Und was ebenso viel zählt: Die Mitarbeiter/-innen fühlen sich durch die Einbeziehung ernst genommen.

Achtsamkeit oder: Wer pflegt die Pflegenden?

1. Werden Pausen tatsächlich in Anspruch genommen? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Werden die Arbeitspausen konsequent in Anspruch genommen? Gibt es einen Pausenraum außerhalb des Wohnbereichs?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 94 unter dem Stichwort „Pausenregelung“.

2. Wird bei Krankheitsausfällen darauf verzichtet, Mitarbeiter/-innen aus ihrer Freizeit zu holen? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Gibt es ein Vertretungskonzept für krankheitsbedingte Ausfälle, das die Freizeit von Mitarbeiter/-innen wahrt? Sind Mindestanforderungen für die Pflege beschrieben, die einen Personalausfall kurzfristig kompensieren?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 95 unter dem Stichwort „Vertretungsregelung“.

3. Wird der Einsatz von technischen Hilfsmitteln akzeptiert? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Ist die Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln ausreichend? Werden die technischen Hilfsmittel von allen Pflegenden eingesetzt?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 96 unter dem Stichwort „Pflegehilfsmittel und technische Hilfen“.

4. Wird das betriebliche Gesundheitsmanagement von den Pflegenden gut angenommen? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Gibt es ein betriebliches Gesundheitsmanagement? Waren Pflegenden bzw. Mitarbeitervertreter/-innen an der Festlegung seiner Inhalte beteiligt? Werden die Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements von den Pflegenden angenommen? Wird die Beteiligung an Gesundheitsmaßnahmen ausgewertet?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 97 unter dem Stichwort „Akzeptanz Gesundheitsmanagement“.

5. Leistet die Leitung ihren Beitrag, um das Thema Selbstpflege im Bewusstsein der Pflegenden zu verankern? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Sind Grenzen für Mehrarbeit gesetzt? Gibt es ein Verfahren zur Vermeidung von Überlastungen in Teams oder bei Einzelnen? Gibt es ein Konzept für den Umgang mit Gewalt gegen Pflegenden? Werden Konfliktgespräche, Einzelcoaching oder Supervision angeboten?

» „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 99 unter dem Stichwort „Unterstützung der Selbstpflege: eine Leitungsaufgabe“.

6. Partizipation

Das Thema Partizipation hat zwei Seiten:

Zum einen handelt es sich um eine Aufforderung an Pflegende zur Mitgestaltung und Mitwirkung innerhalb der Pflegeeinrichtung, die von Führungskräften gewollt, forciert und ermöglicht wird. Zum anderen ist damit die sichtbare Präsenz von Führungskräften im Pflegealltag gemeint, die nicht als Kontrolle, sondern als Anteilnahme und Interesse an den Arbeitsbedingungen und an den Pflegenden selbst praktiziert und erfahren wird.

Partizipation trägt im positiven Sinne dazu bei, das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu stärken und die Identifikation mit der Gruppe und der Organisation zu festigen. Leider werden Entscheidungen über konzeptionelle Veränderungen oft ohne

die Beteiligung von Beschäftigten getroffen. Dabei geht es hier nicht um die Partizipation im Sinne von Grundsatzabstimmungen, sondern um Transparenz, um Informationen und um die Gestaltung von Entwicklungsprozessen, an denen Pflegende beteiligt werden. Das Gefühl, sich in Strukturen bewegen zu müssen, die keine Spielräume erlauben, mindert die Arbeitszufriedenheit. Besonders engagierte Pflegende, die konzeptionelle Ideen einbringen und die an Verbesserungen interessiert sind, verzagen, wenn keine Resonanz erfolgt bzw. Veränderungsimpulse verpuffen oder unzureichend umgesetzt werden. Partizipation wirkt sich positiv auf die Arbeits- und die Berufszufriedenheit aus.

Partizipation

1. Sind Mitarbeiter/-innen an Konzeptentwicklungen beteiligt? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Sind Mitarbeiter/-innen explizit aufgefordert, sich an der Entwicklung von Konzepten zu beteiligen? Sind im Vorfeld die strukturellen Voraussetzungen geklärt, damit Konzepte umgesetzt werden können (z.B. Trägerentscheidung, einheitliche Konzepte umzusetzen)?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 102 unter dem Stichwort „**Partizipative Konzeptentwicklung**“.

2. Werden Mitarbeitende in die Fortbildungsplanung einbezogen? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Können Pflegende auf die Fortbildungsplanung Einfluss nehmen? Werden Methoden angewandt, die auf eine aktive Einbindung Pflegenden abzielen? Wird das Thema Gesundheitsförderung durch regelmäßige Angebote wachgehalten?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 103 unter dem Stichwort „**Mitbestimmung bei der Fortbildungsplanung**“.

3. Sind Mitarbeiter/-innen aufgefordert, Verbesserungsvorschläge einzureichen? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Sind Pflegende explizit dazu angehalten, Verbesserungsvorschläge einzureichen? Werden Verbesserungsvorschläge und die damit zusammenhängenden Entscheidungen transparent gemacht?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 104 unter dem Stichwort „**Verbesserungsvorschläge**“.

4. Nehmen Führungskräfte immer wieder am Lebens- und Arbeitsalltag in den Wohnbereichen teil? ja nein weiß nicht

Bewertungshilfe:

Sind Führungskräfte im Alltag von Pflegenden präsent und beteiligen sich z.B. in regelmäßigen Abständen an den Mahlzeiten in den Wohnbereichen?

>> „nein“ oder „weiß nicht“! Informationen finden Sie auf Seite 105 unter dem Stichwort „**Präsenz im Alltag**“.

Teil 2: Praxishilfe
Hintergrundwissen und Tipps
zu allen Fragen der Checklisten



1. Umweltstressoren für Menschen mit Demenz

Beleuchtungskonzept

Hauptproblem: Eine schlechte Beleuchtung der Innenräume wirkt sich bei Menschen mit Demenz besonders beeinträchtigend aus. Schlechte Lichtverhältnisse erhöhen das Sturzrisiko, fördern die Antriebsarmut und können zu Fehlwahrnehmungen bis hin zu Wahnvorstellungen führen.

Licht ist ein zentrales Qualitätsmerkmal in der Gestaltung von Alzheimereinrichtungen.

Gutes Licht wirkt in drei Bereichen:

- 1. Verbesserung der Sehfähigkeit:**
Dadurch werden die vorhandenen Kompetenzen und das Sicherheitsgefühl gestärkt.
- 2. Einfluss auf das Wohlbefinden:**
Licht wirkt wie ein Stimmungsaufheller.
- 3. Biologische Wirkung:**
Natürliches Licht ist der Taktgeber für den Tag-Nacht-Rhythmus und wichtig für den Knochenaufbau.

Bei Personen mit einer Alzheimer-Demenz verschlechtern sich im Zuge der Krankheit die Farberkennung und Kontrastwahrnehmung. Als Folge werden Raumdimensionen falsch eingeschätzt und Gegenstände nicht richtig erkannt. Durch deutliche Farbkontraste (z. B. weißes Geschirr auf dunkler Tischplatte, farbiges Getränk in Trinkglas etc.) und eine hohe, gleichmäßige und blendfreie Beleuchtungsstärke (mind. 500 Lux) können die Seh- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie die Orientierung unterstützt werden. Da sich die Augen im Alter nur langsam an Helligkeitsunterschiede anpassen, sollte der Raum gleichmäßig ausgeleuchtet sein. Um angenehme Lichtverhältnisse zu schaffen, ist

besonders auf Blendungsfreiheit zu achten. Direkte Lichtquellen im Blickfeld des Bewohners wie Deckenleuchten, die ihr Licht direkt nach unten abgeben, müssen vermieden oder kaschiert werden. Vorteilhaft ist eine Mischung von direkten und indirekten Lichtquellen mit einem hohen Anteil an indirektem Licht, das über Wand oder Decke reflektiert wird. Auch der Lichteinfall von Tageslicht sollte durch Gardinen oder Rollos gefiltert werden, wenn sich das Fenster z. B. direkt im Blickfeld der liegenden Person befindet.

Eine dauerhaft zu geringe Tageslichtexposition kann zu einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus führen. Deshalb sind für die Lichtgestaltung besonders die Bereiche relevant, in denen sich die Personen lange aufhalten. Der Aufenthalt im Freien ist in dieser Hinsicht kaum zu übertreffen, denn die Lichtexposition entspricht an einem hellen Sommertag ca. 100.000 Lux (zum Vergleich: in Innenräumen werden 500 Lux empfohlen). Das Thema Licht ist sehr komplex. Deshalb ist für ein gutes Beleuchtungskonzept das Fachwissen eines Lichtplaners einzubeziehen. Besonders für den Flur als Bewegungsraum und für die Gemeinschafts- und Aufenthaltsbereiche, die nicht nur bei den gemeinsamen Mahlzeiten frequentiert werden, muss die Beleuchtung in angemessener Weise an die besonderen Bedürfnisse demenziell veränderter und alter Menschen angepasst werden.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende sind stark gefordert, Gegenakzente zur Antriebsarmut und zur depressiven Gemütsverfassung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu setzen, wenn Licht als „Stimmungsaufheller“ fehlt. • Nachaktive Bewohner/-innen stellen für die Nacht- wache eine hohe Belastung dar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine schlechte Beleuchtung im Speisezimmer kann den Appetit negativ beeinflussen, weil schlechte Licht- verhältnisse die Speisen grau erscheinen lassen. • Eine Veränderung des Biorhythmus hat eine erhöhte Schläfrigkeit und Antriebsarmut am Tag zur Folge. • Eine geringe Lichtexposition wirkt sich nachteilig auf den normalen Tag-Nacht-Rhythmus aus.

Tipps:

- Regen Sie Besucher/-innen und Angehörige dazu an, mit Bewohner/-innen einen Spaziergang im Freien zu unternehmen. Selbst an einem trüben Wintertag sind im Außenbereich immer noch ca. 20.000 Lux vorhanden.
- Lassen Sie sich von einem Lichtplaner bzw. einer Lichtplanerin beraten. Kleine und „flexible“ Lösungen können auch bei eingeschränktem Finanzbudget eine Verbesserung der Beleuchtungssituation bewirken.
- Verbessern Sie in den Zimmern bewegungseingeschränkter Bewohner/-innen die Beleuchtungsqualität durch mobile Leuchten (z. B. mit Tageslichtverlauf). Dies ist vor allem für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz wichtig.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Demenz Support Stuttgart gGmbH (2010): DeSS orientiert: Licht und Demenz. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2010_korr_Licht.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Heeg, S. (2007): Architektur als Therapie: Wohngruppe für Demenzkranke. In: barrierefrei 7 (2), 12–16.
- ProAlter (2009): Home, sweet Home? Innenarchitektur für mehr Lebensqualität. 3/2009.
- Radzey, B.; Heeg, S. (2013): Planungshilfe: Licht (in Vorbereitung).

Akustische Umgebung

Hauptproblem: Viele und gleichzeitig bestehende Geräuschquellen können bei Menschen mit Demenz zu einer Überstimulation führen und Unruhe sowie aggressives Verhalten auslösen.

Lärm ist für alle Menschen ein immer wiederkehrender Stressor im täglichen Leben. Menschen mit Demenz reagieren besonders sensibel auf akustische Reizüberflutung. Die liegt u. a. darin begründet, dass Geräusche aufgrund der kognitiven Einschränkungen nicht richtig interpretiert werden können. Ein weiterer Grund liegt im krankheitsbedingten Verlust der Filterfunktionen, die es diesen Personen unmöglich macht, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden und unbedeutende Sinneseindrücke auszublenden. Menschen mit Demenz sind akustischen Reizen mithin sehr stark ausgeliefert.

Eine Vielzahl sich überlagernder Geräusche macht ein Pflegeheim zu einem Ort, der sich durch häufige akustische Überstimulation auszeichnet: Geschirrgeklapper vermischt sich mit Signaltönen, dem Quietschen und Rattern von Transportwägen, Zurufen der Mitarbeiter/-innen und sich wiederholenden

Lautäußerungen demenzerkrankter Bewohner/-innen. Das Problem kann sich noch weiter verstärken, wenn der Schall von überwiegend harten Oberflächen (wenig Textilien, harte Bodenbeläge) reflektiert wird und Räume ohne akustische Trennung offen ineinander übergehen (große und offene Gemeinschaftsbereiche). Offene Treppenhäuser oder ein Lichthof erzeugen oft eine sich nach oben ausbreitende Geräuschwelle, die die Wohnbereiche akustisch überflutet.

Ziel einer raumakustischen Gestaltung ist es, durch den Einsatz schallschluckender Materialien wie Wand- oder Deckenpaneelen, Akustikputz, Textilien, Polstermöbel etc. den Schall so zu dämpfen, dass er nicht reflektiert wird (Schallabsorption) sowie vermeidbare Lärmquellen zu identifizieren und zu entfernen (z. B. optische anstatt akustische Signale verwenden).

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende müssen bei zu starken akustischen Reizen beruhigend auf Bewohner/-innen einwirken, um Überforderungsreaktionen aufzufangen. • Eine Überstimulation kann auch zu vermehrten, sich wiederholenden Rufen von Bewohnerinnen und Bewohnern führen. Pflegende sind aufgefordert, hier hilfsbereit zu reagieren. Hält derartiges Verhalten dauerhaft an, kann es bei Pflegenden zu Hilflosigkeit führen, so dass der „Appell“ irgendwann einmal ignoriert wird. Daraus resultiert häufig ein negatives Gefühl gegenüber der rufenden Person wie auch der Eindruck des Ungenügens gegenüber den Ansprüchen an die eigene Person. • Eine hohe Geräuschkulisse im Arbeitsumfeld ist auch für Pflegende belastend. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner/-innen sind durch viele Geräuschquellen überfordert. Desorientierung und agitiertes Verhalten nehmen zu.

Tipps:

- Beseitigen Sie überflüssige und störende Geräuschquellen. Eine ganztägige Dauerbeschallung durch Radio oder Fernseher sollte abgestellt werden. Medienangebote wie Musik oder Film sind dann positiv und für Bewohner/-innen anregend, wenn sie gezielt eingesetzt werden.
- Statten Sie die Transportwagen auf den Wohnbereichen mit geräuscharmen Gummirädern aus.
- Bringen Sie Filze unter Stuhl- und Tischbeinen im Essbereich an.
- Verbessern Sie die Raumakustik durch Ausstattungsgegenstände wie Holzmöbel, Sofas und Vorhänge. Auch Lochdecken sind hierfür gut geeignet.
- Messen Sie die Lautstärke auf den Wohnbereichen mit einem digitalen Schallpegelmessgerät (30 bis 130 dB) über den Tagesverlauf hinweg und bei unterschiedlichen Angeboten. Dokumentieren Sie die jeweilige Geräuschbelastung mit Ort und Uhrzeit und suchen Sie gemeinsam mit dem Team des Wohnbereichs nach Entlastungsmöglichkeiten.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Bäuerle, K. (2007): Palliatives Milieu: Umgebungsgestaltung in der letzten Lebensphase. In: DeSS orientiert 1/07, 17–21. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2007_letzte_lebensphase_pflegeheim.pdf.

Raumgeruch

Hauptproblem: Schlechte Umgebungsgerüche schmälern Appetit und Wohlbefinden. Sie können herausfordernde Verhaltensweisen wie Aggression, Weglauftendenzen etc. provozieren.

Der Raumgeruch ist oft eine flüchtige Impression, die zwar nur kurz wahrgenommen wird, jedoch entscheidend dazu beiträgt, ob der Raum als angenehm oder unangenehm empfunden wird. Wer sich länger in einem Raum aufhält, gewöhnt sich an dessen Geruch: Die Geruchswahrnehmung verschwindet, weil die Riechschleimhaut ermüdet. Gleichzeitig bleibt die Fähigkeit für die Wahrnehmung anderer Gerüche bestehen. Die Verarbeitung von Geruchsimpulsen erfolgt im limbischen System, das als physiologisches Zentrum der emotionalen Reizverarbeitung gilt. Deshalb sind Gerüche stark mit Emotionen verbunden.

Pflegeeinrichtungen besitzen einen Eigengeruch. Ein Zuviel des Einsatzes desinfizierender und desodorierender Mittel wirkt hier ähnlich abschreckend wie ein von Urin herrührender latenter „Muff“. Sticht in einem Wohnbereich oder in anderen Bereichen der Einrichtung der Geruch nach Fäkalien hervor, dann können abwehrende Verhaltensweisen bei Bewohner/-innen ausgelöst werden. Es ist nachvollziehbar, dass unangenehme Gerüche das Bedürfnis verstärken, die Einrichtung

zu verlassen. Auch Besucher/-innen müssen eine Geruchsbarriere überwinden, wenn sie den Kontakt zu ihren Familienangehörigen halten möchten.

Der Pflegeberuf verlangt Pflegenden eine große Toleranz für unangenehme Gerüche ab. Hier sind die Arbeitsbedingungen so anzupassen, dass Pflegenden keine Abwehr entwickeln. Eine Optimierung von Arbeitsabläufen in der Entsorgung von Inkontinenzmaterialien bedeutet eine Verbesserung für alle Beteiligten. Auf Raumsprays sollte verzichtet werden, weil sie Atemreizungen oder Entzündungen der Augen auslösen können.

Angenehme Geruchseindrücke können gezielt als positive Komponenten im Tagesablauf eingesetzt werden, etwa bei den Mahlzeiten oder bei Aktivitäten. In einem solchen Fall dienen Gerüche nicht nur als (positiv besetzte) Erinnerungsbrücken, sondern auch als Unterstützung der zeitlichen Orientierung der Bewohner/-innen und zur Anregung des Appetits.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Der Pflegeaufwand steigt, weil schlechter Geruch einen Umweltstressor darstellt, der das Verhalten der Bewohner/-innen negativ beeinflusst und Pflegenden „zwingt“, auf die Verhaltensweisen zu reagieren. Geruchsbelästigung löst Ekel und Abwehr bzw. Fluchtimpulse aus. 	<ul style="list-style-type: none"> Durch schlechte Umgebungsgerüche können aggressive Verhaltensweisen ausgelöst werden. Durch schlechte Umgebungsgerüche kann sich bei Bewohnerinnen und Bewohnern Appetitminderung einstellen. Weglauftendenzen können verstärkt werden, wenn eine olfaktorische (geruchsbezogene) „Beheimatung“ nicht gelingt.

Tipps:

- Eine Bewertung des Raumgeruchs erfolgt am besten durch eine neutrale, unbeteiligte Person. Bitten Sie diese, einen „Schnuppereinsatz“ in unterschiedlichen Bereichen der Einrichtung vorzunehmen (Eingangsbereich, Wohnbereiche, Gemeinschaftsraum, Flur und Bewohnerzimmer).
- Denken Sie über Möglichkeiten der Verbesserung der Arbeitsabläufe im Hinblick auf die Entsorgung von Pflegeabfällen (Inkontinenzmaterialien etc.) nach und setzen Sie entsprechende Schritte um! Achten Sie hier insbesondere auf die Pflegewagen im Flurbereich, die mit einer Geruchsschranke ausgestattet sein sollten.
- Verwenden Sie natürliche ätherische Öle, wie sie auch in der Aromatherapie eingesetzt werden, dezent zur Stimulation

der Bewohner/-innen und zur Verbesserung der Raumluft. Nehmen Sie dies in die täglichen Gepflogenheiten auf.

- Sorgen Sie für Querlüftung (wenn Bewohner/-innen durch den Luftzug nicht beeinträchtigt werden) oder regen Sie für problematische Räume technische Lösungen an wie z. B. den Einbau eines kontrollierten Be- und Entlüftungsgeräts.
- Dunkle Ecken werden leicht zu „Pinkecken“! Meist reicht eine gute Beleuchtung, um dieses Problem zu lösen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:
Hellbrück, J.; Fischer, M. (1999): Umweltpsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen u.a.: Hogrefe.

Raumklima

Hauptproblem: Das Raumklima in Pflegeeinrichtungen muss an den Bedürfnissen hochbetagter und infektanfälliger Menschen orientiert sein. Hier besteht häufig eine deutliche Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen von Pflegenden und denen der Bewohner/-innen.

Für das Behaglichkeitsempfinden spielen die Lufttemperatur, Luftbewegungen, die Oberflächentemperatur der umgebenden Flächen und die Luftfeuchtigkeit eine wichtige Rolle. Generell bevorzugen alte Menschen eher höhere Raumtemperaturen und reagieren empfindlich auf Zugluft. Ein vermehrtes Auftreten von Bindehautreizungen und erhöhte Infektanfälligkeit kann mit zu geringer Luftfeuchtigkeit zusammenhängen. Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit sollten daher kontrolliert werden. Zu geringe Luftfeuchtigkeit entsteht vor allem in der Heizperiode (Oktober bis Mai), wenn der ohnehin bereits trockeneren Luft durch das Aufheizen zusätzlich Feuchtigkeit entzogen wird. Die Luftfeuchtigkeit sollte 40% nicht unter- und 60% nicht überschreiten. Die Umgebungstemperatur in den kalten Jahreszeiten ist an den Bedürfnissen der Bewohner auszurichten (eher sehr warm) und widerspricht mitunter den Bedürfnissen von Pflegenden, die den ganzen Tag auf den Beinen sind und einen höheren Stoffwechsel haben.

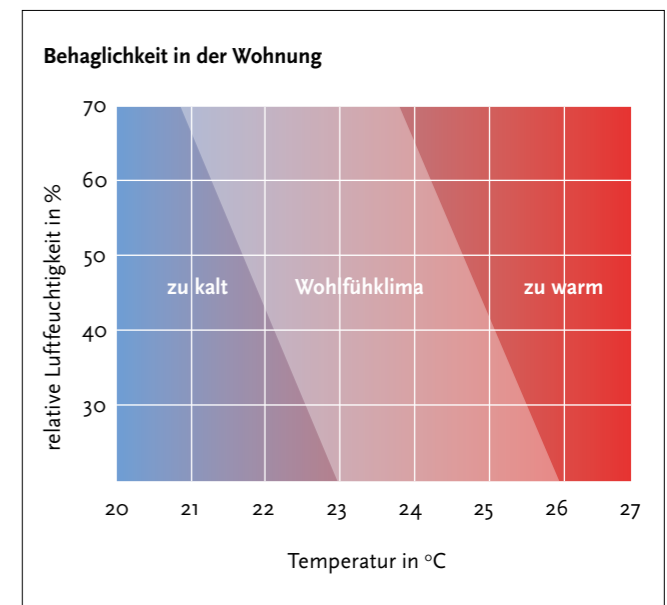


Abbildung 1: Wohlfühlklima als Verhältnis zwischen Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Pflegenden sind den ganzen Tag auf den Beinen. Ihr Wärmehaushalt unterscheidet sich deutlich von dem der Bewohner/-innen (Pflegenden ist es tendenziell zu warm). 	<ul style="list-style-type: none"> Bei Bewohner/-innen entsteht Unruhe, wenn die thermischen Bedingungen (zu heiß oder zu kalt) Unwohlsein verursachen. Da Menschen mit Demenz die Ursache ihrer Unruhe oft nicht verbalisieren können, äußern sie ihr Unbehagen durch ihre Verhaltensweisen. Bewohner/-innen bewegen sich weniger und neigen tendenziell zum Frösteln. Querlüftung kann für Bewohner/-innen Zugluft mit sich bringen und schnell zu einer Erkrankung führen.

Tipps:

- Die Arbeitskleidung für Pflegenden sollte so ausgewählt werden, dass sie im Sinne der „Zwiebeltechnik“ getragen bzw. stückweise abgelegt werden kann (hier kann auch Funktionswäsche geeignet sein).
- Bieten Sie im Sommer Schattenplätze im Freien und Fußbadewännchen mit kaltem Wasser an. Sorgen Sie während des ganzen Jahres, mit verstärkter Aufmerksamkeit in Hitzeperioden, für ausreichende Flüssigkeitsaufnahme.
- Achten Sie in den kalten Jahreszeiten darauf, dass Bewohner/-innen warme Füße und Hände haben. Für diesen Zweck sind Wollsocken besonders gut geeignet.

- Ein Hygrometer im Aufenthaltsbereich gibt eine schnelle Information über Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit. Zur Raumbefeuchtung empfiehlt sich der Einsatz eines Zimmerbrunnens.

Hilfreiches zum Weiterlesen:
Bäuerle, K. (2007): Palliatives Milieu: Umgebungsgestaltung in der letzten Lebensphase. In: DeSS orientiert 1/07, 17-21. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2007_letzte_lebensphase_pfleheim.pdf.



Aufenthalts- und Essbereich

Hauptproblem: Räumliche Enge kann bei Menschen mit Demenz schnell zu einer Überreizung führen („crowding“). Hierdurch kann aggressives Verhalten ausgelöst werden.

Der Ess- und Aufenthaltsbereich ist der am stärksten frequentierte Gemeinschaftsraum. Hier treffen sich alle Bewohner/-innen mindestens dreimal täglich zu den Hauptmahlzeiten und häufig auch zum Nachmittagskaffee. Ist das Flächenverhältnis von Bewohnergruppe und Grundfläche zu gering, dann kann bei Bewohner/-innen ein Gefühl der Beengtheit aufkommen und damit Stress entstehen. Das Phänomen wird in der Fachsprache als „crowding“ bezeichnet und beschreibt eine Überstimulation in Folge einer zu großen räumlichen Dichte.

Räumliche Enge entsteht u. a. auch dadurch, dass viele

Bewohner/-innen auf Mobilitätshilfen wie einen Rollator oder Rollstuhl angewiesen sind. Abstellflächen für solche Hilfsmittel sind oft nicht eingeplant. Sie werden dann im Flurbereich abgestellt, wo sie ein Gefahrenpotenzial darstellen. Ist die Grundfläche im Gemeinschaftsbereich zu gering bemessen, dann bedeutet das für Pflegende einen erhöhten Rangieraufwand, um Rollstuhlfahrer an den Tisch zu führen. Die Mobilitätshilfen können für mobile Bewohner/-innen eine Stolperfalle bzw. für gehbeeinträchtigte Bewohner/-innen ein Sturzrisiko darstellen, weil diese Hilfsmittel eben nicht in der Nähe des Sitzplatzes positioniert sind.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:

- Mahlzeiten werden zu problematischen Situationen, weil sich die Anforderungen verdichten. Pflegende müssen gleichzeitig sturzgefährdete Bewohner/-innen im Blick behalten, die Essenssituation gestalten, manche Bewohner/-innen unterstützen bzw. das Essen anreichen und Überlastungsreaktionen einzelner Personen auffangen. Dies erfordert eine permanente und hohe Aufmerksamkeit und führt zu einer großen Anspannung bei Pflegenden.
- Arbeitsabläufe werden behindert, wenn keine Rangier- und Abstellflächen vorhanden sind.

Für Bewohner/-innen:

- Räumliche Beengtheit kann aggressives Verhalten bei Menschen mit Demenz fördern. Insbesondere männliche Bewohner können bei dem Gefühl von Enge sehr ungehalten werden.

Tipps:

- Bieten Sie für eine kleine Bewohnergruppe eine Sitznische zur Einnahme der Mahlzeit an.
- Wenn die Grundfläche des Aufenthalts- und Essbereichs weniger als 5 m² pro Bewohner/-in beträgt, können Ausweichlösungen eine Entspannung bringen:
 - Bei allzu großer Enge im Aufenthaltsraum empfiehlt es sich, über die Möglichkeit eines zentralen Tagesbetreuungsangebots an anderer Stelle im Haus nachzudenken.
 - Durch die Umwidmung eines Bewohnerzimmers kann ein kleiner Aufenthaltsraum eingerichtet werden.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Heeg, S.; Bäuerle, K. (2008): Heimat für Menschen mit Demenz. Frankfurt: Mabuse.

Radzey, B.; Heeg, S. (2013): Planungshilfe: Gemeinschaftsräume (in Vorbereitung).

Gruppengröße und Überschaubarkeit

Hauptproblem: Große Wohnbereiche bedeuten für Pflegende lange Wege, die Zeit kosten. Eine große Bewohnergruppe kann von einzelnen Pflegenden nicht mehr überblickt werden. Betreuungsziele wie Normalität und Häuslichkeit werden schwer erreicht. Durch Überstimulation können Konflikte unter Bewohner/-innen ausgelöst werden, die wiederum Pflegende belasten.

Die Größe einer Bewohnergruppe ist relevant für die Grundrissgestaltung. Große Wohngruppen bedeuten meistens lange Wege. Pflegende legen zum Teil bis zu 10 km in ihrer Dienstzeit zurück – das sind ca. zwei Stunden Laufzeit! Und auch wenn Bewegung gut tut: Diese Laufzeit ist im Stellenschlüssel nicht kalkuliert.

Je mehr Personen an einer Gemeinschaft beteiligt sind, desto größer müssen die Gemeinschaftsräume wie Ess- und Aufenthaltsbereiche ausfallen. Die Bewohnergruppe stellt aber gleichzeitig für einzelne Bewohner/-innen auch einen Umgebungsreiz dar, der zu einer akustischen und visuellen Reizüberflutung führen kann. Als Folge daraus kann herausforderndes Verhalten auftreten.

Je kleiner die Bewohnergruppe ist, desto überschaubarer wird sie für Pflegende und desto höher ist die Identifikation mit dem Wohnbereich.

Alle zur Verfügung stehenden Gemeinschaftsräume werden für die Tagesgestaltung genutzt. Für unterschiedliche Aktivitäten finden Standortwechsel zwischen Ess- und Wohnraum und zu Sitznischen statt. Ein direkter Ausgang in den Garten schafft einen Anreiz für Bewegungsaktivitäten bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. Über die maximale Anzahl von Bewohnern, die noch Überschaubarkeit garantiert und gleichzeitig die Gruppe als Gemeinschaft erlebbar macht, wird unter Experten gestritten. Nach unseren Erfahrungen sollte die Anzahl von 15 Personen pro Gruppe eher unterschritten werden.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Besonders dann, wenn Menschen mit und ohne Demenz in einer Umgebung zusammen wohnen, kann eine zu große Gruppe zu Konflikten unter Bewohner/-innen führen, die wiederum Pflegende stark belasten können. Eine zu große Gruppe kann bei Personen mit Demenz als Umweltstressor wirken, der herausfordernde Verhaltensweisen nach sich zieht und sich dadurch auch negativ auf Pflegende auswirkt. Lange Wege bei der Arbeit erhöhen den Zeitdruck. 	<ul style="list-style-type: none"> Konflikte zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern mit und ohne Demenz können das Wohlbefinden beeinträchtigen.

Tipps:

- Setzen Sie auf Überschaubarkeit: Wo große Enge herrscht, lassen sich beispielsweise durch Umwidmung von Bewohnerzimmern kleine Gemeinschaftsbereiche schaffen.
- Bieten Sie zumindest zeitweise Erleichterung an. Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass zur Entlastung der Wohnbereiche eine Tagesbetreuung eingeführt wird.
- Überlegen Sie, wie eine Durchlässigkeit zwischen einem abgeschlossenen Dienstzimmer und einem daran angrenzenden Sitz- oder Aufenthaltsbereich erreicht werden kann. Der Dienstraum kann sich durch ein großes Fenster oder durch eine Teilöffnung, die mit Hilfe von Regalböden sowohl Abgrenzung als auch Durchlässigkeit ermöglicht, in den Bewohnerbereich hinein öffnen.
- Bei der Konzeption eines Neubaus sollten Nutzungsoptionen für unterschiedliche Zielgruppen und Gruppengrößen ermöglicht werden.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Heeg, S.; Bäuerle, K. (2008): Heimat für Menschen mit Demenz. Frankfurt: Mabuse.

Radzey, Beate (2009): Behaglichkeit, Ästhetik und Funktionalität – Gestaltung von Wohn- und Lebensräumen für Menschen mit Demenz. In: pflegen: Demenz. Heft 12, 12–15.

Bewohnerzimmer

Hauptproblem: Ein Umzug ins Pflegeheim bedeutet für viele Bewohner/-innen den Verlust des identitätsstiftenden Umfelds und eine verstärkte Desorientierung. Eine Beheimatung in einem fremden Haus, in fremden Räumen und unter fremden Menschen kann den Lebensmut mindern oder herausfordernde Verhaltensweisen mit sich bringen.

Das Bewohnerzimmer ist das private Territorium, über das Bewohner/-innen in großen Teilen ausschließliches Nutzungsrecht haben. Es ist der einzige Bereich, der nach eigenen Vorstellungen eingerichtet und gestaltet werden kann. Oft bedeutet ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung jedoch den Bezug eines standardisierten teil- oder vollmöblierten Zimmers. Zur Grundausstattung eines Bewohnerzimmers gehören in der Regel ein Pflegebett mit Nachttisch, ein Kleiderschrank, zwei Stühle und ein Tisch. Es bleibt dann zumeist noch Platz für eine Kommode, ein kleines Sofa oder einen bequemen Sessel aus privatem Bestand. Oft besteht Verhandlungsspielraum, wenn auch das einrichtungseigene Tischarrangement durch eigenes Mobiliar ersetzt werden soll.

Als Programm wenig verbreitet oder abhängig von den vorhandenen Lagerflächen ist das Angebot, das Bewohnerzimmer individuell und komplett mit eigenen Möbeln (inklusive Bett) auszustatten. Das hat den Vorteil, dass zwar ein Umzug in neue Wände erfolgt, aber mit dem eigenen Mobiliar ein Stück Heimat und Lebensgeschichte mitgebracht werden kann.

Ein Umzug ins Fremde sollte durch Bekanntes „abgefedert“ werden. Jede Privatwohnung hat ihren eigenen Geruch, der Bestandteil des sich zuhause Fühlens ist. Für die Beheimatung neuer Bewohner/-innen ist es u.a. bedeutsam, dass auch der „Eigengeruch“ mit umzieht. Hier sind Matratzen, Bettwäsche, Wolldecken, Sofakissen etc. relevant, die mit Geruch und Haptik das Gefühl von zu Hause sein vermitteln. Die Gestaltung um den Schlafplatz sollte möglichst aus dem bislang vertrauten Umfeld übernommen werden.

An Ausstattungsgegenstände können Rituale gebunden sein (z.B. Weihwasserkessel), die im Tagesablauf für die Person bedeutsam sind. In der Wandgestaltung (z.B. Photos) spiegeln sich Persönlichkeit, Lebensgeschichte und ästhetischer Sinn. Fotos von Familienangehörigen unterstützen das Erinnerungsvermögen. Sie geben Pflegenden wichtige Informationen und liefern zugleich Impulse für Gespräche. Urkunden, Medaillen oder Pokale sind Ausdruck von Lebensleistungen, die die Person mit Stolz erfüllen. Sie bieten wichtige Ansatzpunkte für gelingende Gespräche.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Pflegende sind in ihrer Aufmerksamkeit permanent gefordert, wenn Bewohner/-innen „heimatlos“ sind und Zuwendung suchen. Pflegende müssen Konflikte schlichten, wenn Bewohner/-innen auf der Suche nach ihrem Zimmer in andere Privatzimmer „eindringen“. 	<ul style="list-style-type: none"> In der neuen Umgebung können Bewohner/-innen „Befremdung“ erleben und bei Pflegenden nach Zuwendung und Sicherheit suchen. Im Doppelzimmer kann es zu Konflikten in der Zimmergemeinschaft kommen.

Tipps:

- Integrieren Sie die Biografiearbeit bereits in das Aufnahmeverfahren (z.B. Fotos vom Schlafplatz im Privathaushalt).
- Entwerfen Sie einen Informationsbrief für Angehörige, der konkrete Vorschläge zur Eigenmöblierung von Bewohnerzimmern anbietet. Verweisen Sie auf die Bedeutsamkeit von Lieblingsmöbeln oder Gegenständen, die Lebensgeschichte widerspiegeln.
- Bringen Sie an den Türen Orientierungshilfen an: etwa ein Namensschild (Schrift z.B. Altdeutsch oder Sütterlin oder in Muttersprache, z.B. kyrillisch) oder Fotos und Gegenstände mit identitätsstiftender Bedeutung.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Eyßer, S. (2011): Demenzsensible Ausstattung. In: Altenheim 50 (6), 44–47.

Kuhn, C.; Radzey, B. (2005): Demenzwohngruppen einführen: Ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH.



Wohnliche Gemeinschaftsräume

Hauptproblem: Unbequemes Mobiliar, Ess- und Wohnraum mit dem Charme einer Wartehalle oder Räume, die nicht erkannt werden, weil weder Mobiliar noch Ausstattungsgegenstände einen Hinweis auf die Nutzung geben, fördern herausfordernde Verhaltensweisen oder wirken sich negativ auf den Lebensmut der Bewohner/-innen aus.

Individueller Geschmack, Lebensstil und kultureller Hintergrund fließen in die Bewertung von Wohnlichkeit ein. Praktische Gesichtspunkte müssen natürlich ebenso beachtet werden (z. B., ob der Fußbodenbelag rutschfest und urinresistent ist). Wohnlichkeit ergibt sich aus unterschiedlichen, aufeinander abgestimmten Gestaltungselementen: Wandgestaltung (Tapete oder warme Wandfarbe), nicht irritierende Fußbodenbeläge, Mobiliar, das für Bewohnerinnen und Bewohner bequem (Sitzhöhe beachten) und für Pflegende funktional ist (Bezüge, Sitzkissen, Handhabbarkeit). Farben, Stil und Materialien sind aufeinander abgestimmt und werden durch der Generation entsprechende Einzelstücke ergänzt. Eckpunkte von Wohnlichkeit zeigen sich im Zuviel und im Zuwenig einer Raumgestaltung. Überladene und mit Mobiliar vollgestellte Räume vermitteln eher den Eindruck eines „Museums“ oder einer Rumpelkammer als den eines Wohnraums. Nackte und spärlich eingerichtete Räume wirken wie Wartehallen, die nur temporär genutzt und bald verlassen

werden. Sie erzeugen weder den Eindruck von Behaglichkeit, noch fordern sie zum Verweilen auf. Vielmehr senden Sie permanent das Signal aus, diesen Ort schnellstmöglich zu verlassen. Wer diesem Signal nicht Folge leisten kann, dem bleibt nur die Möglichkeit, zu resignieren.

Wohnlichkeit steht auch in einem Zusammenhang zur Eindeutigkeit von Räumen. Die Küche bekommt durch Ausstattungselemente (Spüle, Herd, Kühlschrank etc.) und durch Küchenutensilien Kontur. Das Wohnzimmer nimmt durch bequeme Sitzmöbel und einen Wohnzimmerschrank mit entsprechenden Accessoires Gestalt an. Wohnlichkeit ist dann gegeben, wenn Ausstattungsgegenstände den Bewohner/-innen bekannt sind und gerne genutzt werden: Sofas, Kachelofen mit Sitzgelegenheit, Liegestuhl im Garten. Accessoires wie eine Tischdekoration mit essbaren Pflanzen (z. B. Bellis) oder Küchenkräutern (z. B. Basilikum), Zeitschriften für Bewohner/-innen (z. B. Autobroschüren) und Gestaltungselemente an den Wänden machen den Raum wohnlich.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:

- Weglauftendenzen von Bewohner/-innen fordern Pflegende inhaltlich wie zeitlich, diese aufzufangen. Ständige Wiederholungen der immer gleichen oder ähnlichen Interaktion können auf Pflegende zermürbend wirken.
- Wenn sich bei Bewohnerinnen und Bewohnern apathisches Verhalten einstellt, kann bei Pflegenden ein Gefühl der Hilflosigkeit aufkommen, das mit einer latent depressiven Interaktionsmüdigkeit einhergehen kann.

Für Bewohner/-innen:

- Ein unwohnliches Umfeld fordert eher zum Verlassen als zum Verweilen auf. Hierdurch können Weglauftendenzen und herausfordernde Verhaltensweisen provoziert werden.

Tipps:

- Gestalten Sie Gemeinschaftsräume so, dass auch Pflegende sich darin wohlfühlen.
- Bieten Sie Pflegenden an, ihre Ideen und Vorstellungen in einer Arbeitsgruppe einzubringen, um die Wohnlichkeit in ihrem Wohnbereich zu verbessern.
- Oft sind Angehörige froh, wenn Ausstattungsgegenstände einer sinnvollen Verwertung zugeführt werden können. Ermutigen Sie Ihre Pflgeteams, Gestaltungswünsche in Form eines Aushangs im Eingangsbereich oder im Wohnbereich Besucherinnen und Besuchern zur Kenntnis zu bringen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Ehret, T. (2011). Farben wirken: Gezielte Farbgestaltung im Seniorenheim. Beilage zur Zeitschrift pflegen: Demenz. Heft 19. Friedrich Verlag GmbH.
- Grimm, S. (2006): „Hier bin ich zu Haus!“. In: pflegen: Demenz. Heft 1, 30–34.
- Heeg, S. (2008): Bau und Innenraumgestaltung. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten. 6. aktualisierte Auflage. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 97–122.
- Michels, B.; Fischer, C.; Schmidtman, U.; Raabe, H.; Schlichting, R.; Biedermann, M. (2004): Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim: Planungshilfe unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. 11. Auflage. Köln: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung BMA/BMGS Modellprojekte.
- Schneider-Grauvogel, E.; Kaiser, G. (2009): Licht + Farbe. Wohnqualität für ältere Menschen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Radzey, B.; Heeg, S. (2013): Planungshilfe: Gemeinschaftsräume (in Vorbereitung).

Sitznischen

Hauptproblem: Ohne Sitznischen stehen in einem Wohnbereich lediglich der Ess- bzw. Aufenthaltsbereich und das Privatzimmer als Aufenthaltsorte zur Verfügung. Ohne „Raumpuffer“ können schwierige Situationen schwer entspannt werden.

Für Menschen mit Demenz sind Anregungen wichtig, die sie aber nicht überfordern dürfen. Sitznischen, die mit Sofa, Ofenbank, Einzelsessel etc. ausgestattet sind und einen Blickbezug zur Gemeinschaft ermöglichen, bieten ein „Dabeisein“ mit Distanz. Besonders bei Männern sind solche Aufenthaltsangebote beliebt, weil sie ihrem Bedürfnis nach Abstand und Schutz vor räumlicher Enge entgegenkommen. Sitzgelegenheiten an Aktivitätsknotenpunkten bieten abwechslungsreiche Begegnungen, die sich aus der Situation heraus ergeben. Ein Standortwechsel bedeutet immer auch einen Perspektivenwechsel.

Sitznischen, die sich an Flurenden befinden, sind oft wenig frequentiert. Diese Sitznischen können in den Tagesablauf als Aufenthaltsorte eingeplant und ohne großen Aufwand mit Angeboten „angereichert“ werden. Mit Aktivitäten wie Zeitung vorlesen, kleinen Singrunden, Gesprächsimpulsen, verbunden mit die Sinne einladenden Ingredienzien (z. B. Eierlikör, Kastanien, Geruchssäckchen), lässt sich die Attraktivität dieser Raumoption noch weiter steigern. Sich in eine Sitznische zu begeben bedeutet, einen Ortwechsel vorzunehmen. Dies bringt einen Perspektivenwechsel mit sich und erfordert Bewegung. Mithin kann eine Sitznische

zum Baustein im Konzept zur Bewegungsförderung werden.

Sitzgelegenheiten an den Flurenden können vor herausfordernden Verhaltensweisen (z. B. Eindringen in andere Bewohnerzimmer, Pinkelecken etc.) bewahren, sie laden zum Verweilen ein, lassen die Menschen zur Ruhe kommen und lenken den Blick gleichzeitig in den Bewegungsraum und in Richtung Gemeinschaft.

In Demenzwohngruppen ziehen es Angehörige häufig vor, sich im Gemeinschaftsbereich aufzuhalten. Sie nehmen die Impulse anderer Bewohner/-innen oder von Mitarbeiter/-innen gerne auf, um ihre Hilflosigkeit und das Schweigen zu überbrücken. Wenn sich zu viele Angehörige in bestimmten Zeiträumen im Gemeinschaftsbereich befinden und z. B. eine Mahlzeit vorzubereiten ist, dann fühlen sich die Beschäftigten in ihren Arbeitsabläufen behindert. Hier kann eine Sitznische zu einer Entspannung der Situation beitragen, wenn Angehörigen zusätzlich eine Hilfestellung für ein kleines Spektrum an Angeboten vermittelt wird. Sitznischen können somit für Angehörige und Bewohner/-innen eine gute Möglichkeit sein, sich zurückzuziehen, ohne sich von der Gemeinschaft gänzlich abzuschotten.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Sitznischen wird der Gemeinschaftsbereich zum Hauptaufenthaltsort für viele Personen (Bewohner/-innen und Besucher/-innen). Die Pflegearbeit und die Arbeitsabläufe können dadurch erschwert sein. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsmangel bei Bewohner/-innen führt zu höherer Pflegebedürftigkeit und dadurch auch zu einer höheren körperlichen Beanspruchung Pflegenden. • Wenn Sitzgelegenheiten eine zu starke Enge zu anderen Personen erzwingen und keine Distanz mit Blickbezug ermöglicht wird, kann dies herausfordernde Verhaltensweisen begünstigen.

Tipps:

- Richten Sie Sitznischen an sogenannten „sit and watch“-Plätzen ein (etwa im Eingangsbereich der Wohngruppe oder in der Nähe von Aufzügen oder Treppen etc.). Bewohner/-innen genießen es, wenn kurze Begegnungen Abwechslung bringen.
- Sitznischen können auch thematisch gestaltet werden (hier können die Biografien der Bewohner/-innen Impulse liefern, z. B. Handwerksmaterialien).
- Platzieren Sie für Angehörige Materialien in Sitznischen, die zu Aktivitäten anregen (Zeitung, Märchenbuch, Gedichtband etc.).
- Bieten Sie täglich wiederkehrende Aktivitäten für (kleine) Bewohnergruppen in Sitznischen an (Zeitung vorlesen, Gebet, Singkreis).

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Heeg, S.; Bäuerle, K. (2008): Heimat für Menschen mit Demenz. Frankfurt: Mabuse.

Bewegungsradius

Hauptproblem: Ein Umzug ins Pflegeheim bedeutet eine Einschränkung und teilweise auch den Verlust von Autonomie und Selbständigkeit. Für Menschen mit Demenz sind Beschränkungen ihres Bewegungsradius nicht nachvollziehbar. Sie erleben diese als Freiheitseinschränkung, die heftige Reaktionen auslösen kann.

Türen fordern einen dazu auf, sie zu öffnen. In Pflegeeinrichtungen mit beschützten Wohnbereichen (geschlossen oder offen) werden zur Entlastung von Pflegenden und zur Vermeidung der Frustration bei Bewohner/-innen die Ausgangs- oder Fluchttüren so gestaltet, dass sie entweder nicht im Blickfeld liegen oder durch entsprechende Anpassung an die Umgebung nicht wahrgenommen werden (z. B. eine Tür, die in der gleichen Farbe gestrichen ist wie die umgebende Wand). Heikle Ausgangssituationen können über Gestaltungselemente (z. B. Raumteiler oder Vorhang mit schwer entflammablem Stoff) verdeckt oder so umgestaltet werden, dass die Tür nicht mehr als solche erkannt wird. Eine Aufzugstüre lässt sich beispielsweise mit einer Bücherregaltapete kaschieren.

Soll eine Tür von Bewohner/-innen nicht genutzt werden, weil sie beispielsweise in den Schmutzraum führt, dann kann die Nutzungsschwelle angehoben werden, indem z. B. die Klinke durch einen Drehknopf ersetzt wird und/oder ein Handlauf am Türblatt und eine farbliche Umgebungsanpassung die Tür unsichtbar werden lässt. Die Türen zu den Bewohnerzimmern sind meistens unverschlossen. Das Betreten eines Zimmers durch nicht Zutrittsberechtigte Mitbewohner/-innen kann zu großen Konflikten und heftigen Reaktionen führen. Hier kann eventuell mit einer weiteren Nutzungsbarriere Abhilfe geschaffen werden: Ein Schild „Privat“ zeigt eine Grenze an, die zwar nicht von allen, aber doch von einigen eingehalten wird.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • „Ausgangstüren“ können Konfliktsituationen provozieren. • Wenn Pflegenden die Freiheit von Bewohner/-innen beschränken, dann handeln viele den eigenen Vorstellungen von Selbstständigkeit und Autonomie zuwider. Dieser Widerspruch erzeugt Druck und Unzufriedenheit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner/-innen werden ungehalten, wenn an Türen der Durchgang behindert ist. Sie erleben dies in nachvollziehbarer Weise als Freiheitsbeschränkung. Dass dies emotionale Reaktionen provoziert, dürfte kaum überraschen.

Tipps:

- Richten Sie eine Arbeitsgruppe (bestehend aus Pflegenden aus allen Wohnbereichen und Leitungsebene) zur Reflexion der Einrichtungskultur zum Thema „Fürsorge und Selbständigkeit“ mit dem Auftrag ein, einen Maßnahmenplan zum Thema „Bewegungsradius erweitern“ zu entwickeln.
- Überlegen Sie, ob sich zumindest für manche Bewohner/-innen nicht der Einsatz technischer Hilfsmittel (z. B. Chip im Schuh) empfiehlt.
- Kaschieren Sie Türen, die von Bewohnern nicht benutzt werden sollen (Aufzugstüren mit Vorhang, Bildtapete oder Eingangstüren als Tapetentüre, unauffälliger Anstrich in einheitlicher Umgebungsfarbe, dunkler Eingangsbereich etc.).
- Nutzen Sie kulturelle und religiöse Schwellen, um Bewohner/-innen vom Zutritt in Räume, die nicht zur öffentlichen Nutzung vorgesehen sind, abzuhalten (z. B. Schild mit „Privat“ an einer Tür des Schmutzraumes, Andachtsbild an einer Fluchttür o. ä.).
- Vergrößern Sie den Bewegungsradius der Bewohner/-innen, indem Sie ihnen die Möglichkeit bieten, die Einrichtung zu verlassen und gleichzeitig einen Bezug zum Gemeinwesen zu erhalten (z. B. einmal pro Woche Marktbesuch).

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Heeg, S.; Bäuerle, K. (2008): Heimat für Menschen mit Demenz. Frankfurt: Mabuse.

Barrierefreier Bewegungsraum

Hauptproblem: Ein Bewegungsraum, der durch verschiedene Barrieren die Mobilität behindert und/oder das Sturzrisiko erhöht, mindert bei Menschen mit Demenz die Lebensqualität und das Wohlbefinden. Pflegende neigen besonders bei ungünstigen Umgebungsbedingungen dazu, eine „Sitzkultur“ aufrechtzuerhalten, die für Bewohner/-innen langfristig mit einem Kompetenzverlust verbunden ist. Gleichzeitig bedarf es von Seiten der Pflegenden großer Anstrengungen, um in einer solchen Pflegekultur Bewohner/-innen zu motivieren und aktiv in Angebote einzubinden.

Wohnbereiche weisen in der Regel ein komplettes Raumprogramm auf und befinden sich auf einer Geschossebene. In Altbauten können einzelne Treppen mit Rampen überbrückt werden. Für Menschen mit Demenz ergeben sich Barrieren aber nicht nur aus Höhenunterschieden, sondern auch durch farbliche Abgrenzungen im Bodenbelag oder schlecht ausgeleuchtete Raumsituationen mit „schattigen“ Flächen. Ein barrierefreier Bewegungsraum entsteht durch eine spezifische Abstimmung von Boden-, Wand- und Lichtgestaltung. Bei der Auswahl des Bodenbelages ist zu beachten, dass keine spiegelnden Flächen entstehen und der Belag rutschfest ist. Wohnlichkeit beim Fußboden wird meist durch Textur und Farbgestaltung erreicht. Eine „Konfetti-Textur“ kann z. B. fehlinterpretiert werden. Bewohner/-innen sind dann bemüht, die „Papierschnipsel“ aufzuheben. Durch solche Gestaltungselemente erhöht sich das Sturzrisiko.

Deutliche Hell-Dunkel-Farbunterschiede im Fußboden, um z. B. Territorien zu kennzeichnen, können ebenfalls als Barrieren wahrgenommen werden. Bewohner/-innen steigen dann über diese optische Barriere und erhöhen dadurch ihr Sturzrisiko. Die Raumkanten zwischen Fußboden und Wand müssen deutlich erkennbar sein, um die Tiefenwahrnehmung zu unterstützen, die bei Menschen mit einer Alzheimererkrankung beeinträchtigt ist. In diesem Punkt wird auch das Beleuchtungskonzept bedeutsam, das u. a. einen Mix aus indirekter und direkter Beleuchtung erfordert. An den Übergängen zum Aufzug oder in den Garten ist auf ebenerdige und unauffällige Schwellen zu achten. Eine fürsorgliche Pflege wird dort problematisch, wo eine „Sitzkultur“ gepflegt wird, in deren Rahmen Bewohner/-innen die Aufforderung, sich zu setzen, öfter hören als die, sich zu bewegen.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Die etablierte „Sitzkultur“ in Einrichtungen wird beibehalten, wenn das Sturzrisiko erhöht ist. Hierdurch schränkt sich die Mobilität der Bewohner/-innen ein, was die körperlichen Belastungen für Pflegende ansteigen lässt. Wenn Barrieren bekannt sind, stellt sich Angst vor bewohnerseitigen Stürzen ein, weil daraus ein Vorwurf der Verletzung der Fürsorge- oder Aufsichtspflicht abgeleitet werden kann. 	<ul style="list-style-type: none"> Barrieren erhöhen das Sturzrisiko. Die Bewegungsfähigkeit der Bewohner/-innen wird abgebaut.

Tipps:

- Ermuntern Sie Pflegende, ihre Beobachtungen zu den „Bewegungsblockern“ zusammenzutragen. Diese erste IST-Erhebung liefert die Grundlage für eine gemeinsame Lösungsfindung.
- Bei einer Neubauplanung werden demenzspezifische Anforderungen an eine bauliche Umgebung von vornherein berücksichtigt.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Heeg, S.; Bäuerle, K. (2008): Heimat für Menschen mit Demenz. Frankfurt: Mabuse.

Zugang zum Freibereich

Hauptproblem: Menschen mit Demenz halten sich kaum in Freibereichen auf, obwohl dies das Wohlbefinden fördert und den circadianen Rhythmus positiv beeinflusst. Der permanente Aufenthalt im Innenbereich von Pflegeeinrichtungen kann herausfordernde oder apathische Verhaltensweisen provozieren.

Das Gefühl von Freiheit wird meistens mit einem „Außenbereich“ assoziiert. Die Wahl zwischen unterschiedlichen Aufenthaltsorten bestärkt bei Menschen mit Demenz das Gefühl von Autonomie und Selbstbestimmung.

Naturerleben hat gerade auf Menschen mit Demenz eine positive Wirkung. Viele Bewohner/-innen, die in den Räumen der Einrichtung unruhig oder teilnahmslos wirken, blühen im Freien auf. Sie sind dort interessiert, mitteilend und können Situationen richtig interpretieren. Auch wenn kognitive Fähigkeiten weitgehend verloren gegangen sind, werden Menschen mit Demenz auf einer tiefen, emotionalen Ebene von Natur berührt. Eine natürliche Umgebung, die Frieden, Ruhe und Schönheit ausstrahlt, wirkt ausgleichend, entspannend und zugleich anregend. Als Freibereiche gelten beschützte Gärten oder große Terrassen und Balkone. Zwei Voraussetzungen müssen allerdings erfüllt sein, damit ein beschützter Garten auch tatsächlich genutzt wird: Der Freibereich muss zum einen von den Gemeinschaftsräumen aus einsehbar und ohne Umweg direkt und „niederschwellig“ zu erreichen sein.

Zum anderen muss er gefahrlos gestaltet sein (z. B. keine giftigen Pflanzen). Nur dann können es Pflegende verantworten und mit ihrem Bedürfnis nach Sicherheit vereinen, wenn Bewohner/-innen ohne Begleitung alleine den Garten oder den Freibereich aufsuchen.

Aus Studien ist bekannt, dass Naturerleben und der Aufenthalt im Freien einen positiven Einfluss auf das Befinden und das Verhalten demenziell erkrankter Personen haben. Eine vergleichende Langzeitstudie in fünf Einrichtungen mit und ohne Freibereich ergab, dass die regelmäßige Nutzung des Außenraums einen Rückgang von herausforderndem Verhalten bewirkte und damit auch eine Verbesserung im Belastungserleben der Pflegenden mit sich brachte.

Die Möglichkeit, sich frei bewegen zu können, ist darüber hinaus zentraler Bestandteil selbstbestimmten Handelns, besonders für motorisch aktive Bewohner/-innen mit Demenz. Für sie ist es wichtig, dass sie ihren Bewegungsdrang ungehindert ausleben können.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Fehlt ein Freibereich oder kann dieser nicht eigenständig von Bewohner/-innen aufgesucht werden, dann müssen Pflegende viel Aufmerksamkeit darauf verwenden, motorisch aktive Bewohner/-innen ständig im Auge zu behalten, um ein unbeobachtetes Verlassen des Wohnbereichs oder der Einrichtung zu verhindern bzw. um kritische Situationen an gesicherten Ausgangstüren aufzufangen. 	<ul style="list-style-type: none"> Der permanente Aufenthalt innerhalb der Einrichtung ist langweilig und bietet wenig Anregung. Es kommt durch die geringe Lichtexposition in den Innenräumen der Einrichtung zu Störungen des circadianen Rhythmus, die sich negativ auf das Schlafverhalten auswirken.

Tipps:

- Konzipieren Sie einen beschützten Garten für bewegungsaktive Bewohner/-innen mit Demenz in Verbindung mit einem Personalkonzept für die Gartennutzung.
- Sorgen Sie dafür, dass die Gestaltungsgrundlagen für einen Garten für Menschen mit Demenz bekannt sind. Alle am Gestaltungsprozess Beteiligten kennen die relevanten planerischen Aspekte für die Sicherheit der Nutzer.
- Falls kein Außenbereich zur Verfügung steht, gestalten Sie die vorhandenen Balkone oder Terrassen. Hier ist einerseits der Sicherheitsaspekt (Barrierefreiheit, Brüstungshöhe) und andererseits die Verweilqualität (ungiftige Bepflanzung, Sonnenschutz, Sitzmöglichkeiten und anregende Gestaltungselemente) zu beachten.
- Rüsten Sie Ihre Einrichtung mit Balkonen nach, wenn Ihnen keinerlei „Freibereiche“ zur Verfügung stehen.

- Regen Sie den Austausch zwischen Leitung und Pflegeteams zu den Themen „Sicherheit“ und „Autonomie“ an. Ziel ist es, bei gewährleisteter Sicherheit für die Bewohner/-innen so viel Autonomie wie möglich zuzulassen und letztendlich dadurch auch die Pflegenden zu entlasten.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Bäuerle, K. (2006): Gärten für Menschen mit Demenz: Aufenthalt im Freien sollte Teil des Konzepts sein. In: *Altenheim* 45 (3), 17–19.

Heeg, S.; Bäuerle, K. (2011): Freiräume: Gärten für Menschen mit Demenz. 3. Auflage. Frankfurt: Mabuse.

Chalfont, G. (2010): Naturgestützte Therapie. Tier- und pflanzengestützte Therapie für Menschen mit Demenz planen, gestalten und ausführen. Bern u. a.: Huber.

2. Arbeitsspitzen im Pflegealltag

Pflegegewohnheiten

Hauptproblem: Routineabläufe in der Körperpflege, die die individuellen Gewohnheiten der Bewohner/-innen übergehen, können bei diesen eine zunehmende Inaktivität bewirken oder zu herausfordernden Verhaltensweisen führen. Damit steigt der Zeitaufwand und auch der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen wirkt sich auf Pflegenden belastend aus.

Der Vormittag wird in Pflegeeinrichtungen von der Körperpflege dominiert, die für Pflegenden häufig mit einem hohen Arbeitsdruck verbunden ist. Noch immer besteht in vielen Pflegeeinrichtungen die Devise, die Körperpflege bis zum Frühstück abzuschließen. Hier kann es zu einer Kollision von Arbeitsroutine und Bewohnerbedürfnissen kommen.

Eine flexible Arbeitseinteilung für Bewohner/-innen, deren Lebensgewohnheit z.B. die Körperpflege am Abend war, entlastet den Vormittag und ermöglicht eine an der Person orientierte Pflege. Hier sollte auch berücksichtigt werden, ob Bewohner/-innen es gewohnt waren, vor oder nach der morgendlichen Toilette zu frühstücken bzw. ihr Morgengetränk (Kaffee mit oder ohne Milch oder Zucker, entsprechend Tee etc.) zu sich zu nehmen. Werden individuelle Gewohnheiten bei der Körperpflege berücksichtigt (Seife, Fußbadewanne etc.),

dann können die Eigenaktivität angeregt und Handlungsimpulse ausgelöst werden, die bei einer institutionellen Herangehensweise fehlen (die Verwendung von Waschlotion löst keinen Handlungsimpuls aus, da diese nicht vertraut ist). Die Körperpflege wird mit dem Ankleiden abgeschlossen. In den heutigen Generationen von alten Menschen kann die Auswahl der Kleidung auf die Verhaltensweisen Einfluss nehmen: Im „Sonntagsstaat“ wird sich kaum eine Beteiligung an einer hauswirtschaftlichen Aktivität (z.B. Äpfel schälen) erreichen lassen. Ein bequemer Trainingsanzug, der ausschließlich für das Tragen im Privatbereich reserviert war, wird nicht in die Gemeinschaft „ausgeführt“. Folgerichtig wird dieser ausgezogen, wenn der Privatbereich verlassen wird. Ein solches Verhalten ist als inadäquates An- und Ausziehen bekannt und wird oftmals als herausfordernde Verhaltensweise gedeutet.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn ungeachtet der individuellen Gewohnheiten alle Bewohner/-innen am Vormittag bei der Körperpflege unterstützt werden sollen, sind hoher Arbeitsdruck und unzufriedene Bewohner/-innen die Folge. • Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen verbraucht Zeit und Kraft. 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperpflege nach festem Plan, der den Gewohnheiten der Bewohner wenig entspricht, kann zu Angst, Unsicherheit oder herausforderndem Verhalten führen.

Tipps:

- Erfassen Sie biografische Informationen zum Thema Körperpflege und arbeiten Sie diese in die Pflegeplanung ein (Pflegeartikel, die benutzt werden und vertraut sind: Seife, Duschcreme, Gesichtscrème, Rasierwasser; Form der Körperreinigung: Samstagbad, Dusche, täglich, morgens oder abends).
- Sprechen Sie mit den Angehörigen über Kleidungsgewohnheiten und weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass Alltagskleidung wie beispielsweise Kittelschürze erwünscht ist.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Dürk, B. (2012): Gesund und motiviert ins Rentenalter. In: Pflegezeitschrift 65 (8), 460–463.

Bienstein, C., Fröhlich, A. (2006): Basale Stimulation in der Pflege – Die Grundlagen. Seelze-Velber: Kallmeyer bei Friedrich.

Kuhn, C.; Radzey, B. (2005): Demenzwohngruppen einführen: Ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH.

Schöpfsystem

Hauptproblem: In der Pflege von Menschen mit Demenz ist eine Speiserversorgung im Tablettsystem für Pflegenden häufig mit Mehraufwand verbunden, weil teilweise die Portionsgrößen einzeln angepasst oder die Komponenten extra serviert werden müssen.

Das System der Speiserversorgung lässt sich für Pflegeeinrichtungen in drei Varianten untergliedern: Tablettsystem, Schöpfsystem und Speisenzubereitung im Wohnbereich.

Das Tablettsystem bringt in den Wohnbereichen viele Nachteile mit sich:

- Das Tablettsystem ist nicht alltagsnah und vermittelt nicht den Eindruck von zu Hause sein.
- Die Portionsgrößen sind standardisiert und müssen individuell angepasst werden, wenn Bewohner/-innen mit Demenz sich nur zum Verzehr von kleinen Portionen motivieren lassen. Dies erfordert einen vergleichsweise hohen Zeitaufwand für Pflegemitarbeiter/-innen.
- Eine komplette Mahlzeit auf dem Tablett kann bei Bewohner/-innen mit Demenz zu Verhaltensweisen führen (z.B. Nachtsch wird in Suppe gerührt oder es werden Hauptgang und Nachtsch gleichzeitig gegessen), die von anderen Bewohner/-innen stark kritisiert werden. Mitarbeiter/-innen müssen Konflikte schlichten.

- Die Tablett sind im Verteilerwagen meistens nach der Logik der Kostform einsortiert (Normalkost, Vegetarisch, Diabetes, Schonkost etc.). Die Verteilung folgt dieser Logik und führt dazu, dass einzelne Personen in einer Tischgemeinschaft erst dann das Essen erhalten, wenn die anderen den Hauptgang schon fast beendet haben. Hier entsteht keine Gemeinschaft!

Der Vorteil eines Schöpfsystems (Wärmewagen) liegt in der flexiblen Handhabung:

- Für Tischgemeinschaften können die Speisen in Schüsseln und auf Platten serviert werden, dadurch werden die Kompetenzen und die Eigenaktivität der Bewohner/-innen angeregt (selber schöpfen können) und das Interesse am Essen kann geweckt werden.
- Die Abneigungen und Vorlieben (Portionsgrößen, Speisekomponenten etc.) der Bewohner/-innen, denen die Teller angerichtet werden, sind bekannt.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Für Pflegenden bedarf es einer großen Anstrengung, in einem begrenzten Zeitraum eine Mahlzeit auf den Tisch zu bringen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine alltagsferne Mahlzeitsituation provoziert oder verstärkt herausfordernde Verhaltensweisen.

Tipps:

- Bereiten Sie für Bewohner/-innen, die verbal mit der Menüauswahl überfordert sind, zwei Teller vor. Wenn Bewohner/-innen die Auswahl im Blick haben, dann kommt mit einem Fingerzeig die Entscheidung meist schnell zustande.
- Präsentieren Sie das Speisenangebot in einer Buffetvitrine. Bewohner/-innen können mit Fingerzeig auswählen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Böttger, M.; Strube, H. (Hg.) (2006): Neue Impulse für bewohnerorientierte Verpflegungskonzepte. Hannover: Vincentz Network.

DED Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V. (Hg.) (2005): Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen. Praktische Erfahrungen und Empfehlungen aus der Milieuthérapie. Rieseby: Selbstverlag Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

Graber-Dünow, M. (2008): Heimküche: Erst outgesourct – jetzt in Eigenregie. In: Altenheim 47 (1), 23.

Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2007): Ernährung bei Demenz. Bern: Huber.

Fingerfood

Hauptproblem: Wenn Menschen mit Demenz die Handhabung des Essbestecks nicht mehr beherrschen, dann übernehmen Pflegendе das Anreichen der Speisen. Dieser zeitliche Aufwand trägt wesentlich dazu bei, dass die Mahlzeiten ein hohes Arbeitsaufkommen verursachen.

Bei Menschen mit Demenz können sich im Verlauf der Erkrankung eine sogenannte Apraxie und Agnosie einstellen. Eine Apraxie bedeutet, dass in einer Handlungsausführung (z. B. beim Essen mit Messer und Gabel) plötzlich Störungen auftreten. Inmitten des Bewegungsablaufs „reißt der Faden“ und das Hantieren mit dem Essbesteck wird für die Person unverständlich. Hilfestellung erfahren die betroffenen Personen durch Pflegendе oder Tischnachbarn, die als Vorbild dienen und deren Bewegungsabläufe für die Nachahmung Impulse geben. Für einzelne Bewohner/-innen kann angepasstes Geschirr und Besteck eine hilfreiche Unterstützung sein. Bei der Agnosie wird ein sonst bekannter Gegenstand plötzlich nicht mehr erkannt. Der Bedeutungszusammenhang, für welchen Zweck z. B. eine Gabel verwendet wird, ist vergessen. Tischmanieren sind Kulturtechniken, die im Laufe des Lebens erlernt werden und mit einem weit gefächerten Repertoire an milieuspezifischen Ausstattungsgegenständen verbunden sind (beim Essen z. B. Teller oder Vesperbrett). Wird das Aufrufen des Wissens um diese Kulturtechnik demenzbedingt brüchig, dann ist oft zu beobachten, wie Menschen mit Demenz die „Gottesgabel“ zum Essen einsetzen. In einigen Kulturen ist das Essen mit den Fingern Normalität. Auch im

europäischen Kulturkreis ist dies für bestimmte Speisen sogar ausdrücklich erlaubt (z. B. Frankfurter Würstchen, Hamburger, Hähnchenkeule etc.). Wenn sich das Speisenangebot für das Essen mit der Hand jedoch nicht eignet (z. B. Kartoffelbrei mit Soße), dann kann der Widerwille der Tischnachbarn zu Konflikten bei den Mahlzeiten führen. Pflegendе sind dann gefordert, die Konflikte zu schlichten. Um weiteren Unmut zu verhindern, übernehmen Pflegendе das Anreichen der Speisen. Für alle Beteiligten kann hier eine deutliche Entspannung eintreten, wenn die Küche oder der Caterer in der Lage ist, aus allen Speisenkomponenten auch Fingerfood herzustellen.

Für Pflegendе treten besonders bei bewegungsaktiven Bewohner/-innen zwei Probleme auf:

1. Bewohner/-innen bleiben bei den Mahlzeiten nicht am Tisch sitzen
2. die Bewegungsaktivität ist mit einem hohen Kalorienverbrauch verbunden und geht oft mit Gewichtsverlust einher. Für diese Bewohnergruppe brauchen Pflegendе Hilfestellung: Zum einen müssen die Speisen hochkalorisch angereichert werden, zum anderen ist es ratsam, für „Naschangebote“ entlang der Laufwege zu sorgen.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegendе:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Bewohner/-innen das Besteck nicht mehr benutzen können, sind Pflegendе aufgefordert, das Essen anzuleiten oder anzureichen (bindet Zeitressourcen). • Pflegendе müssen Konflikte schlichten, wenn Mitbewohner/-innen sich über die Tischmanieren demenziell veränderter Tischnachbarn beschweren. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wird das Anreichen der Speisen von Pflegenden übernommen, verschwinden die vorhandenen Kompetenzen der Bewohner/-innen. • Bewohner/-innen erleben Abwertung und Ablehnung und fühlen sich unwohl.

Tipps:

- Seien Sie erfinderisch: Suppe lässt sich beispielsweise problemlos im Trinkglas anbieten!
- Bieten Sie zum Mittagessen immer eine feste, gut handhabbare Beilagenkomponente an, beispielsweise gegartes Gemüse wie Karotte in Wurzelform oder Salzkartoffeln.
- Bieten Sie Soße gesondert in einer Tasse an; Bewohner/-innen können Essenstückchen dort hinein tunken.
- Servieren Sie bewegungsaktiven Bewohner/-innen hochkalorische Getränke (z. B. Fruchtemilch)
- Stellen Sie sicher, dass Pflegendе auf den Umgang mit Schluck- und Kauschwierigkeiten vorbereitet sind und entsprechende Hilfsmittel/Alternativen bereit stehen. Die Verwaltung kann die Wohnbereiche dadurch unterstützen, dass Informationen zu unterschiedlichen Kategorien von Hilfsmitteln in einem Ordner zusammengestellt

und laufend aktualisiert werden.

- Sensibilisierungstrainings für Pflegendе können mit Unterstützung der Küche (Vanille- und Schokopudding, Mandel-splitter, Himbeersoße) umgesetzt werden. Unterschiedliche Varianten beim Anrichten und Anreichen der Speisen lassen Pflegendе erfahren, auf was geachtet werden muss (z. B. Körperhaltung der Bewohner/-innen, Kopfhaltung) und wie die Speisen angeboten werden sollten.

Hilfreiches zum Weiterlesen:
 Biedermann, M. (2004): Essen als basale Stimulation. Hannover: Vincentz Network.
 Menebröcker, C.; Rebbe, J. (2008): Genuss im Alter: Kochen für Menschen mit Demenz. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
 Zieres, G.; Weibler, U. (2008): Essen ist Leben. Ein Praxisratgeber für die Ernährung älterer Menschen. Dienheim: Iatros Verlag.

Geruchsimpulse

Hauptproblem: Werden in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz nicht alle Sinneszugänge genutzt, dann kann die Orientierungsschwäche wenig kompensiert werden. Pflegendе benötigen z. B. bei der Aufforderung zum Mittagessen mehr Zeit, um Bewohner/-innen zu motivieren und bis zur Mahlzeit in der Tischgemeinschaft zu halten.

In ambulant betreuten Wohngruppen oder in Hausgemeinschaften gehören hauswirtschaftliche Tätigkeiten zur Normalität und sind Bestandteil des Tagesablaufs. Hier entstehen Geruchsimpulse automatisch beim Zubereiten der Speisen. Diese Geruchsimpulse sind appetit- und handlungsanregend und bieten eine sinnliche Information und Orientierungshilfe im Tages- und Wochenverlauf. Die Geruchsinformation motiviert Bewohner/-innen, den Essbereich aufzusuchen oder sich bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten zu beteiligen (z. B. Tisch eindecken). Pflegeeinrichtungen, die über die Zentralküche oder über einen externen Caterer die Mahlzeiten beziehen, können dennoch gezielt Geruchsimpulse setzen, um die Alltagsnähe und die Orientierung für Bewohner/-innen mit Demenz zu unterstützen.

Eine bislang ungenutzte Küchenzeile kann für die Zubereitung von Teilkomponenten belebt werden. Mit einem mobilen Herd können Geruchsimpulse nicht nur im Gemeinschaftsbereich, sondern auch zur Appetitanregung in Bewohnerzimmern eingesetzt werden. Für Menschen mit Demenz kann das sich entfaltende Aroma den Appetit anregen. Gleichzeitig ist der Geruchsimpuls eine Aufforderung, sich zum Essen in den Gemeinschaftsbereich zu begeben. Dies ist für bewegungsaktive Bewohner/-innen eine zusätzliche und sinnlich wahrnehmbare Information, die allein ausreichend ist bzw. von einer verbalen Aufforderung begleitet zum zielgerichteten Handeln motiviert und Pflegenden erfolglose Aufforderungsversuche erspart.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegendе:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegendе müssen Bewohner/-innen zur Essenszeit oft mehrmals auffordern, den Essbereich aufzusuchen. • Pflegendе müssen Bewohner/-innen auffordern, am Tisch zu bleiben, bis das Essen kommt. • Bei Gewichtsverlust sind zeitaufwändige Maßnahmen notwendig wie etwa die Durchführung eines Ernährungs-Assessments, das hochkalorische Anreichern von Speisen und Getränken sowie die Dokumentation des Essverhaltens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit Demenz sind zur Situation „Mahlzeit“ nicht orientiert und verlassen immer wieder den Essbereich. • Fehlende Orientierung und damit unzureichende Nahrungsaufnahme führt zu Gewichtsverlust und der Schmälerung des Wohlbefindens.

Tipps:

- Nutzen Sie Geruchsimpulse! Der Duft von Kaffee und Brot (Toaster) regt bei Bewohner/-innen den Appetit auf Frühstück an.
- Erwärmen Sie für die Mittagsmahlzeit eine Teilkomponente auf dem Herd. Der Geruch entfaltet sich (z. B. Bestandteile des Mittagsmenus wie Kraut, Bratkartoffeln, Zwiebeln, Bratensoße etc.) und stimmt Bewohner/-innen auf die Mahlzeit ein.
- Der Geruch nach selbstgebackenem Kuchen (Fertigteig als schnelle Variante) kann auf den Nachmittagskaffee einstimmen.
- Ein Bratapfel aus dem Backofen kann den Tag beschließen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:
 Biedermann, M. (2003): Essen als basale Stimulation: Finger Food, Eat by Walking etc. Hannover: Vincentz Verlag.

Ablauforganisation bei den Mahlzeiten

Hauptproblem: Ist die Schnittstelle zwischen Wohnbereich und Hauswirtschaft zeitlich zu eng getaktet, dann entsteht hektische Betriebsamkeit während der Mahlzeiten. Pflegende fühlen sich sehr unter Druck, die Zeitkorridore einzuhalten.

Für Bewohner/-innen sind Mahlzeiten Ereignisse und Gelegenheiten für Aktivität, Genuss und Gemeinschaft. Ein zusätzlicher Zeitdruck entsteht für Pflegende dann, wenn der Zeitkorridor an den Schnittstellen zu Küche und Hauswirtschaft schmal bemessen ist. Wenn das Geschirr nach 45 Minuten an der Spülmaschine erwartet wird, kann eine Mahlzeit nicht in Ruhe genossen werden. Vielmehr muss das Essen dann mit Tempo „durchgezogen“ werden. Rituale stimmen auf Handlungen ein und ein gemeinsames Lied, ein Mittagsspruch oder ein Gebet geben ein deutliches

Signal für den gemeinsamen Start und für manche Bewohner/-innen eine Orientierung zur Situation.

Störungen bei den Mahlzeiten durch hauswirtschaftliche Mitarbeiter/-innen, die den Reinigungswagen am Essraum vorbeischieben oder die für die Entsorgung von Abfall oder Wäschesäcken dieses Zeitfenster zugewiesen bekommen, werden von Pflegenden meist nicht wahrgenommen. Die Qualität der Mahlzeitsituation wird aber für die Bewohner/-innen gemindert.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Hoher Zeitdruck für Pflegende bei den Mahlzeiten. • Management von herausfordernden Verhaltensweisen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhe und Störungen beeinträchtigen Bewohner/-innen mit Demenz in ihrer Konzentration auf die Mahlzeit. Es wird nicht ausreichend gegessen oder Bewohner/-innen verlassen den Raum.

Tipps:

- Wenn eine Person bei den Mahlzeiten unruhig wird, dann prüfen Sie, welcher Sitzplatz ihr zugewiesen wurde. Sitzplätze mit „ungedektem“ Rücken sind vor allem bei Männern unbeliebt. Sie nehmen bevorzugt Plätze ein, die eine Rückendeckung (Wand oder anderer Sichtschutz) ermöglichen und den Blick in den Raum frei geben.
- Schenken Sie den Mahlzeiten Ihre Aufmerksamkeit. Eine gezielte Beobachtung einer Mittagsmahlzeit (z. B. mit Dementia Care Mapping) kann viele Hinweise auf Verbesserungsmaßnahmen geben. Vor allem Störungen, die von Pflegenden normalerweise nicht mehr wahrgenommen werden, wie beispielsweise das Schlagen von Türen oder die quietschenden Räder des Essenswagens, sind hier leicht zu identifizieren und im Anschluss zu beheben.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

pflegen: Demenz (2007): Essen und Trinken. Heft 2, 1. Quartal.
 Crawley, H. (2005): Essen und Trinken bei Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
 Radzey, B.; Fischer, U. (2007): Zur Bedeutung von Ernährung im Alter insbesondere bei demenziellen Erkrankungen: Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. In: pflegen: Demenz. Heft 2, 8–12.

Raumoptionen für Mahlzeiten

Hauptproblem: Wenn der Ess- und Aufenthaltsbereich keinen Schutz bietet und die Mahlzeiten durch die Größe der Bewohnergruppe zu unruhig werden, dann treten herausfordernde Verhaltensweisen auf.

In Pflegeeinrichtungen, die eine integrative Versorgung von Menschen mit und ohne Demenz umsetzen, kann die Mahlzeitsituation zur täglichen Belastung für alle Beteiligten werden. Hier muss das Versorgungskonzept geprüft und die Frage gestellt werden, in welchen Situationen die Integration zur Belastungsprobe wird und welche Maßnahmen für eine punktuelle Entspannung hilfreich sind. Üblicherweise finden die Mahlzeiten auf den Wohnbereichen in einem Ess- und Aufenthaltsraum statt, der durch eine Küchenzeile den Erkennungswert für die Bewohner/-innen steigert.

In der Regel handelt es sich um einen abgeschlossenen Raum, der durch ein oder zwei Verkehrswege erschlossen ist. Kritisch sind Essbereiche, die von Verkehrswegen umgeben sind oder die sich quasi in einem Flurbereich mit einer erweiterten Ausbuchtung befinden. Für Bewohner/-innen mit Demenz ist dann die Raumnutzung nicht eindeutig und eine angenehme Wohnatmosphäre lässt sich für die Mahlzeiten schwer erzeugen, woraus Störungen für die Bewohnergruppe durch unruhige Bewohner/-innen resultieren. Damit der Raum Kontur bekommt und Bewohner/-innen zum Verweilen einlädt, muss durch Ausstattungsgegenstände (Raumteiler, verschiebbare, schwerentflammable Stoffe etc.) das Gefühl eines geschützten Bereichs vermittelt werden. Wird ein Ess- und Aufenthaltsbereich von einer großen Bewohnergruppe genutzt, dann kann sich eine Überforderung für Menschen mit Demenz einstellen. Störungen für alle

Beteiligten, die von Pflegenden aufgefangen werden müssen, sind die Regel.

Eine Entspannung stellt sich ein, wenn ein weiterer Raum auf dem Wohnbereich für eine kleine Gruppe von Bewohnerinnen und Bewohnern umgenutzt wird. Es profitieren sowohl die besonders leicht irritierbaren Bewohner/-innen mit Demenz als auch die größere Bewohnergruppe, weil dadurch weniger Konflikte entstehen. Besteht diese Option nicht, dann kann eine Nische im Wohnbereich für eine kleine Bewohnergruppe umgestaltet werden. Auch ein Einzeltisch kann Abhilfe schaffen, wenn z. B. mangelnde Tischmanieren in einer Gemeinschaft permanent Konflikte erzeugen.

Die Gestaltung der Tischgruppen ist von der Größe der Bewohnergruppe abhängig. Das Spektrum reicht von einer großen Tischgruppe, in der alle Bewohner/-innen einen Platz finden, bis hin zu mehreren kleinen Tischgruppen und Einzelplätzen. Hier kann die Beachtung vorhandener Kompetenzen der Bewohner/-innen eine Entscheidungshilfe darstellen, wie Tischgemeinschaften zusammengestellt werden. Bei Beeinträchtigungen in der Handlungsausführung können Menschen mit Demenz durch Nachahmung von anderen profitieren.

Wenn herausfordernde Verhaltensweisen bei den Mahlzeiten auftreten und große Unruhe in einer Tischgemeinschaft verursachen, dann sollte über eine Veränderung nachgedacht werden.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte bei den Mahlzeiten müssen von Pflegenden aufgefangen werden. • Unruhige Bewohner/-innen benötigen Zuwendung und Aufmerksamkeit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mahlzeiten sind für Bewohner/-innen Höhepunkte im Tagesablauf. Eine unruhige Atmosphäre im Speiseraum kann die Mahlzeiteinnahme stören bzw. unterbrechen und die Lebensqualität insgesamt mindern.

Tipps:

- Vermittelt Ihr Ess- und Aufenthaltsraum den Eindruck einer Wartehalle oder eines Bahnhofs (kein geschlossener Raum, umgeben von Verkehrswegen, Ausbuchtung im Flurbereich etc.), dann lohnt sich die Anstrengung, durch den Einsatz von Raumelementen (Regale, Möbel, flexible Gestaltungsmittel) dem Raum mehr Kontur und Eindeutigkeit zu verleihen und dadurch auch die Orientierung und das Wohlbefinden Ihrer Bewohner/-innen zu verbessern
- Regen Sie Pflegeteams an, ein Konzept für eine „Mittagsgruppe“ zu erstellen, wenn die Konflikte zwischen den Bewohner/-innen mit und ohne Demenz die Mahlzeitsituation zu sehr belasten. Im Konzept ist umrissen,

welche Kriterien die Bewohner/-innen für die Beteiligung an der „Mittagsgruppe“ erfüllen, welcher Raum (Sitznische als Essecke oder frei zu gestaltender Raum) genutzt wird, wie die Abläufe zwischen Hauswirtschaft und Pflege geregelt sind und wie die personelle Begleitung aussieht.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

DED Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V. (Hg.) (2005): Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen. Praktische Erfahrungen und Empfehlungen aus der Milieutherapie. Riese: Selbstverlag Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e. V.
 Radzey, B. (2005): Zwischen Lust und Frust: DCM-Beobachtungen zum Essen im Altenpflegeheim. In: ProAlter 37 (3), 12–17.



3. Organisatorische Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz

Pflegekonzept Demenz

Hauptproblem: Ohne ein ausgearbeitetes Pflegekonzept (inkl. Benennung von Pflege- und Betreuungszielen) fehlt Pflegenden und Betreuungskräften eine gemeinsame Orientierung. Missverständnisse treten auf und eine gute Zusammenarbeit ist gefährdet.

Ein Pflegekonzept für Menschen mit Demenz stellt die Person in den Mittelpunkt. Unabhängig von der Versorgungsform legt das Konzept Grundlagen, Regelungen und den Handlungsrahmen für die Pflege und Betreuung fest. Das Pflegekonzept sollte auch den Wissensstand zu demenzbedingten Beeinträchtigungen abbilden und im Sinne der Milieutherapie die baulichen, organisatorischen und sozialen Umweltbedingungen und Anpassungserfordernisse reflektieren und beschreiben. Ganz konkret werden die Bausteine Ziele, Zielgruppe, Biografiearbeit, Betätigungs- und Aktivierungsmöglichkeiten, Milieugestaltung, Zusammenarbeit mit Angehörigen, organisatorische Strukturen (Tagesstruktur, Personalausstattung, Personalkonzept, Entlastungsangebote, Kommunikation im Team und Kooperationen), Sicherstellung pflegerischer Fachlichkeit und Zusammenarbeit mit (Fach-)Ärzten ausformuliert.

Die Betreuung von Menschen mit Demenz besteht aus einem Repertoire von Betätigungsmöglichkeiten und Aktivitäten,

die von einer Tagesstruktur eingerahmt sind und durch Betreuungskräfte (nach § 87b SGB XI) begleitet werden. Dies setzt voraus, dass die Beantragung dieser Betreuungsleistungen konsequent erfolgt und überprüft wird. Im Personal-konzept sind alle Berufsgruppen integriert: Pflegenden aller Qualifikationsebenen, Alltagsbegleiter, Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI), Servicemitarbeiter/-innen und Praktikantinnen bzw. Praktikanten etc. Im Hinblick auf Gruppen- und Einzelbetreuung, Informationsweitergabe und -dokumentation sowie Teilnahme an Teambesprechungen müssen Regelungen getroffen und für Klarheit gesorgt werden.

Ein Pflegekonzept muss im Laufe der Zeit immer wieder daraufhin überprüft werden, inwieweit es in der alltäglichen Arbeit umgesetzt wird. Eine jährliche Überprüfung im Rahmen eines Workshops bindet nicht nur Pflegenden aktiv in die inhaltliche Arbeit ein, sondern sichert zunehmend ein fundiertes und überzeugendes Konzept, das in Teilen auch für die Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden kann.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Fehlende oder unklare Betreuungsziele führen zu Missverständnissen im Team. Ohne Pflegekonzept wird kompetentes Auftreten geschwächt. Die Benennung fachlicher Grundlagen in einem Pflegekonzept stärkt das Selbstverständnis Pflegenden. 	<ul style="list-style-type: none"> Ein angemessener Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen hängt von konzeptionellen Grundlagen, organisatorischen Regelungen sowie den Fähigkeiten und Fertigkeiten Pflegenden ab. Dem sind Bewohner/-innen ausgesetzt.

Tipps:

- Nehmen Sie die Erstellung eines Pflegekonzepts für Menschen mit Demenz als Startschuss, um einen Entwicklungsprozess anzustoßen. Jeder Wohnbereich erhält eine Vorlage mit Konzeptbausteinen und damit verbunden den Auftrag, eine Teambesprechung für einen ersten Entwurf zu nutzen. Die Sichtweisen der Teams stehen somit im Mittelpunkt und stellen den Einstieg für einen geführten Austausch dar. Ein auf diese Art und Weise partizipativ erarbeitetes Pflegekonzept erleichtert die Arbeit der Pflegenden, da wesentliche Ziele, Vorgehensweisen und Prozesse festgelegt sind.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Bär, M.; Fenchel, V.; Marx, L. (2004): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten: Arbeitshilfe für die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Ebner, S.; Kämmer, K. (2009): Vernetzt begleiten. In: *Altenpflege* 34 (6), 35–37.

Fünfstück, M.; Oertel, D. (2008): Entwicklung eines Pflege- und Betreuungskonzeptes für Menschen mit Demenz: Leitfaden zeigt Weg zum gelebten Konzept. In: *Pflegezeitschrift* 61 (2), 82–86.

Kuhn, C.; Radzey, B. (2005): Demenzwohngruppen einführen: Ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH, S. 237ff.

Pape-Raschen, K. (2009): Jeden Tag einen Schritt. In: *Altenpflege* 34 (6), 29–31.

Informationsfluss im Pflgeteam

Hauptproblem: Die Weitergabe bewohnerbezogener oder organisatorischer Informationen ist in einem Pflgeteam heute oft soweit rationalisiert und auf Fachkräfte reduziert, dass nur noch in Teambesprechungen Raum für Begegnungen bleibt. Dadurch entfällt die Möglichkeit, sich über täglich belastende Situationen auszutauschen. Die Teamentwicklung und die Arbeit an gemeinsamen Betreuungszielen ist erschwert. Der Blick auf die Gesamtzusammenhänge geht verloren und eine berufsübergreifende Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen holpert und führt zur Unzufriedenheit.

Die Rationalisierung der Pflege hat vor den Dienstzeiten keinen Halt gemacht. In diesem Zusammenhang wurden auch vielfach die Beschäftigungsumfänge „angepasst“. Durch versetzte Dienstzeiten im Früh- oder Spätdienst ist die „klassische“ Übergabe so weit reduziert, dass der direkte Informationsfluss oft nur noch zwischen den Fachkräften der Schichten erfolgt. Hieraus ergeben sich mehrere Probleme:

- Ein ausgefeiltes Informationssystem wird benötigt, damit alle Pflegenden während ihrer Dienstzeit alle bewohnerbezogenen Informationen und sie betreffende organisatorische Regelungen im Blick haben. Oft muss die Fachkraft die Übergabe an Pflegenden mit einem nachrückenden Dienstbeginn wiederholen.
- Pflegenden begegnen sich kaum als Team. Belastungssituationen werden nicht mehr tagesaktuell thematisiert, sondern auf die Teambesprechung verschoben. Gemeinsame Betreuungsziele können kaum fundiert werden, weil der Austausch in der Gruppe ebenfalls auf eine 14-tägige oder monatlich stattfindende Teambesprechung begrenzt ist.

- Die Zusammenarbeit mit weiteren Berufsgruppen wie z. B. Betreuungskräften nach § 87b SGB XI oder Servicemitarbeiter/-innen geschieht zufällig und ist störanfällig.
- Pflegerisches Fachwissen oder neue Anforderungen an die Pflege können nur begrenzt kommuniziert werden; die Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen erfolgt schleppend bzw. ist fehlerhaft und führt zu Unmut, weil die Möglichkeiten des Austausches im Team begrenzt sind.
- Teambesprechungen sind mit Besprechungspunkten überfrachtet, so dass immer nur das Notwendigste abgearbeitet wird. Entwicklung kann so nur erschwert stattfinden.

Einrichtungen, die eine Überlappung der beiden Schichten umsetzen und somit einen Begegnungsraum für die Mitarbeiter/-innen schaffen, sollten zur Stärkung einer guten Zusammenarbeit die Mitarbeiter/-innen der Betreuung oder des Sozialen Dienstes in die Übergabe einbeziehen (kann einmal pro Woche oder in definierten Abständen erfolgen).

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Unzureichender Informationsaustausch kann zu einem schlechten Arbeitsklima beitragen. 	<ul style="list-style-type: none"> Wichtige Informationen werden nicht an alle Mitarbeiter/-innen weitergeleitet. So kann es dazu kommen, dass Interventionen unterlassen werden, was sich negativ auf das Wohlbefinden der Bewohner/-innen auswirkt.

Tipps:

- Bitten Sie die Berufsgruppen, die mit Pflegenden eng zusammenarbeiten, in festgelegten Intervallen zur Teambesprechung dazu. Dadurch wird die Zugehörigkeit zu einem Team gefestigt, vor allem dann, wenn die begleitenden Dienste nur mit ein oder zwei Personen besetzt sind.
- Benennen und visualisieren Sie die Ansprechpartner/-innen in den Teams, die als Experten/Expertinnen für pflegerische Themen ausgewiesen sind (z. B. Wundversorgung, Schmerzmanagement, gerontopsychiatrische Fachkraft) oder die Arbeitsgruppen in der Einrichtung vertreten. An diese Personen können sich Pflegenden wenden, wenn Wissenslücken geschlossen werden sollen.
- Entfernen Sie doppelte Informationen aus der Pflegedokumentation (Verschlankung schafft Übersichtlichkeit).
- Wirken Sie darauf hin, dass Pflegemitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund einen (guten!) Deutschkurs besuchen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Buchinger, S. M. (2012b): Chancen und Risiken multiethnischer Alzheimerteams. In: *ProAlter* 44 (3), 38–41.

Buchinger, S. M. (2012a): Mit ethnischer Vielfalt umgehen. Das Integrationsverhalten multikultureller Pflgeteams. In: *Pflegezeitschrift* 65 (8), 474–477.

Frank, A.; Kaltenecker, J. (2006): Prima Klima. In: *Altenpflege* 31 (4), 54–56.

Reuter, B.; Voigt, G. (2008): Wie Mitarbeitende in der Altenpflege lernen, ihre Kommunikation zu verbessern: Das multikulturelle Team als Herausforderung und Chance. In: *Pflegezeitschrift* 61 (9), 490–493.



Entwicklung und Nachhaltigkeit im Pflegealltag

Hauptproblem: Wenn Veränderungsmaßnahmen im Stadium der konzeptionellen Bearbeitung stecken bleiben oder die Umsetzung im Pflegealltag verpufft, weil Mitarbeiter/-innen unzureichend informiert, vorbereitet oder eingebunden waren, dann wird sowohl Zeit und Energie wie auch das Engagement von Pflegenden verschwendet. Die Frustration steigt und die Bereitschaft zur Mitgestaltung schwindet.

Eine konzeptionelle Weiterentwicklung in einer Pflegeeinrichtung erfolgt aus unterschiedlichen Motiven (Belegungsdruck, Unzufriedenheit der Pflegenden, Beschwerden, Konkurrenz etc.). Die Konzentration richtet sich zunächst auf die Inhalte, die Bearbeitung einer Umsetzungsstrategie wird meistens vernachlässigt. Enttäuschte Erwartungen, Ärger oder Missverständnis und auch Überforderungen für Pflegenden sind dann oft die Folge. Als Bausteine für die Umsetzung von Veränderungsmaßnahmen geben folgende Fragen Orientierung:

- Wer muss informiert sein? (Präsentation und Information über Inhalte der Veränderungsmaßnahme für alle Beschäftigten, Bewohner/-innen, Angehörige und, sofern für die Öffentlichkeit interessant, auch für die Presse)
- Wer ist davon betroffen? (Benennung von Ansprechpartnern/Ansprechpartnerinnen, Zuständigkeiten und beteiligten Personen/Wohnbereichen)
- Welche Etappen sind mit der Umsetzung von Maßnahmen verbunden? (Einführung, Testlauf, Reflexion, Optimierung)
- In welchem Zeitrahmen soll die Maßnahme erfolgen? (Zeitfenster für Etappen)
- Welche Unterstützung erhalten Pflegenden? (Fortbildung, Training on the job, Materialien/Unterlagen)

- Wie wird der aktuelle Stand kommuniziert? (Visualisierung z.B. Projektplakat, Informations- und Kommunikationsmatrix, Informationsveranstaltungen)
- Wie wird die Umsetzung geprüft? (Projektverantwortliche, Befragung, Beschwerden)
- Wie wird die Verstetigung gestützt? (Auffrischkurse, Jahresthema, Arbeitsgruppe)
- Wie wird die Nachhaltigkeit gesichert? (Übernahme und Verankerung in Einarbeitungs- und Ausbildungskonzept, Themenschwerpunkt in der Besprechung mit Wohnbereichsleitungen, Integration des Themas in das Qualitäts-handbuch)

Für die Personalentwicklung im konkreten Arbeitsumfeld ist die Methode des Dementia Care Mapping besonders geeignet, um mit den Pflegenden den Stand der Betreuung von Menschen mit Demenz zu reflektieren und ein Spektrum an Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Über Arbeitsgruppen generell oder Qualitätszirkel können Pflegenden an Lösungsmöglichkeiten mitwirken. Die Schwelle für die Umsetzung von eigenentwickelten Lösungsmaßnahmen ist sicherlich geringer als eine Anweisung durch die Chefetage.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Anstrengungen ohne positive bzw. spürbare Ergebnisse frustrieren. • Die Chance, dass sich engagierte Mitarbeiter/-innen aktiv einbringen, wird verspielt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner/-innen werden von unzufriedenen Pflegenden betreut.

Tipps:

- Regen Sie innerhalb eines Trägers den Austausch von im Dementia Care Mapping qualifizierten Personen an. Der gegenseitige Einsatz ermöglicht einerseits einen Einblick in andere „Pflegekulturen“, andererseits die notwendige Distanz, um unvoreingenommen zu beobachten.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Enke, A.; Störtzel, P. (2011): Auf nachhaltige Entwicklung setzen. In: Pflegezeitschrift 64 (4), 230–232.
- Riesner, C.; Müller-Hergl, C.; Mittag, M.; Bruce, E.; Surr, C.; Tibbs, M. A.; Downs, M.; Wey, S. (2005): „Wie geht es Ihnen?“ Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Köln: KDA.
- Strunk-Richter, G. (2008): In den Blick nehmen. In: Altenpflege 33 (4), 42–43.
- Zemlin, C.; Müller-Hergl, C. (2008): Mitarbeiter werden zu internen Experten. In: Altenheim 47 (1), 36–38.

Angehörigenkonzept

Hauptproblem: Angehörige stehen unter großer Anspannung, bevor die Entscheidung für einen Heimeinzug getroffen wird. Wird die Unsicherheit nicht abgefangen und das Vertrauen gestärkt, dann kann sich eine kritische Haltung gegenüber Pflegenden entwickeln, die zu unangenehmen Begegnungen führt. Pflegenden fühlen sich dann beobachtet, kritisiert oder angegriffen und befinden sich oft in einer Verteidigungshaltung.

Pflegeeinrichtungen haben erkannt, dass ein „Eingewöhnungskonzept“ für den Umzug neuer Bewohner/-innen unterstützend ist. Dort sind inhaltliche Themen, Abläufe und Zuständigkeiten beschrieben, die Mitarbeiter/-innen Struktur, Orientierung und Hilfestellung geben. Angehörige sind als Informanten für biografische Daten und als vertraute Bezugspersonen zwar berücksichtigt, aber sie werden nicht als Personengruppe wahrgenommen, die sich ebenfalls in diesem neuen Umfeld zurechtfinden muss. Um eine vertrauensvolle Basis zwischen Angehörigen und Pflegenden zu schaffen, ist ein Konzept für diese Zielsetzung mit konkreten Maßnahmen auszuarbeiten. An den Prämissen „Vertrauen schaffen“, „Informieren und Orientieren“, „Sicherheit geben“ und „zu Betätigungen anregen“ sind konkrete Maßnahmen geknüpft. Unterschiedliche Etappen sind in einem Angehörigenkonzept beschrieben:

1. Infomappe (Pflegekonzept, Heimkosten, Überblick zum Heimeinzug) als Entscheidungsgrundlage für die Auswahl einer Einrichtung

2. Vertragsmappe (Heimvertrag, Terminübersicht für Gespräche, Infomaterialien für den Einzug – Mobiliar, Kleidung, Bezugspflegeperson, Übersicht zur ersten Woche, Ansprechpartner/-innen etc.) für alle formalen Maßnahmen und zur Vorbereitung des Umzugs
3. Gestaltung des Einzugstages (Angehörigen wird das Eingewöhnungskonzept für die Bewohnerin oder den Bewohner vorgestellt, und der Informations- und Gesprächsbedarf ausgelotet)
4. Sich im Wohnbereich zurechtfinden (Handlungsspielräume und Grenzen kennen)
5. Transparenz für Angehörige (Einsicht in Pflegeplanung, Beteiligung an Pflegevisiten, Beteiligung an Umfragen, thematische Angehörigenabende, z. B.: Wie wirkt sich die Pflegestufe auf die Personalbesetzung aus? Was ist eine personenzentrierte Betreuung? Was ist in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu berücksichtigen?)
6. Resonanzgespräche mit Angehörigen (Zufriedenheit, Probleme, Verbesserungsmöglichkeiten)

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige begegnen Pflegenden mit Misstrauen und vermitteln ein Gefühl von Inkompetenz, das Pflegenden kränkt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine überkritische Haltung von Angehörigen gegenüber Pflegenden wirkt sich nachteilig auf den Eingewöhnungsprozess der Bewohner/-innen aus.

Tipps:

- Klären Sie im Aufnahmegespräch mit Angehörigen die Frage: „Mit welcher Erwartung kommen Sie in unsere Einrichtung?“ oder „Welche Erwartungen haben Sie an die Pflege und Betreuung Ihres/Ihrer Familienangehörigen?“ Das ist eine wichtige Voraussetzung, um unterschiedliche Perspektiven miteinander bekannt zu machen, die Grenzen aufzuzeigen und eine realistische Basis zu schaffen. Spätestens im Gespräch zwischen Angehörigen und Bezugspflegeperson müssen diese Fragen beantwortet sein. Nach einer Eingewöhnungsphase des Bewohners bzw. der Bewohnerin kann geprüft werden, ob Erwartungen erfüllt worden sind und welche Weichen evtl. für eine Verbesserung gestellt werden können, auch im Hinblick auf eine gemeinsame Zusammenarbeit.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Kämmer, K. (2010): Kompetenzen und Potentiale. In: Altenpflege 35 (6), 36–37.
- pflegen: Demenz (2008): Angehörige. Gemeinsam für die Betroffenen. Heft 9, 4. Quartal.

Gerontopsychiatrischer Facharzt

Hauptproblem: In Bewohnerdokumentationen finden sich immer noch die Diagnosen Demenz oder HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom) – Facharzt Diagnosen sind selten. Pflegenden fehlen ein sicheres Fundament und eine fachkundige Unterstützung im Hinblick auf die Beurteilung herausfordernder Verhaltensweisen und die Beobachtung der Wirkungsweise von Medikamenten.

Studien verweisen auf einen durchschnittlichen Anteil von ca. 70% demenzerkrankter Pflegeheimbewohner/-innen. Eine Pflegeeinrichtung kann über ihren Anteil von Menschen mit Demenz oft keine genaue Auskunft geben. Hier variiert der Organisationsgrad in Pflegeeinrichtungen enorm. Die Erfassung kann bereits bei der Heimaufnahme über die Diagnose erfolgen bzw. die konsequente Einbindung eines Gerontopsychiaters kann zu einer weiteren Fundierung beitragen. Ziel sollte es sein (auch im Hinblick auf die Beantragung der § 87b SGB XI-Leistungen), auf „Knopfdruck“ den aktuellen Stand in einer Einrichtung bestimmen zu können. Es gibt Pflegeeinrichtungen, in denen eine Heimaufnahme nur mit einer Facharzt Diagnose erfolgt. Für Pflegende ist eine Facharzt Diagnose in der Beurteilung von Verhaltensweisen hilfreich. Bestimmte krankheitsbedingte Phänomene können besser verstanden und eingeordnet werden (z.B. sozial unangepasstes Verhalten bei Menschen mit einer Frontallappendemenz). Bei auftretenden Verhaltensveränderungen oder Pflegeproblemen ist eine

gerontopsychiatrische Facharztvisite ausgesprochen hilfreich. Hier sollte die Einrichtung Anstrengungen darauf verwenden, eine Kooperation auf den Weg zu bringen. Um Konflikten zwischen Haus- und Fachärzten vorzubeugen, ist es Aufgabe der Pflegeeinrichtung, für Transparenz zu sorgen, die Bedeutung einer gerontopsychiatrischen Facharztbegleitung für Bewohner/-innen und Pflegende klar zu benennen und die Handlungsoptionen mit Angehörigen im Vorfeld festzulegen.

Eine weitere Unterstützung und eine fortlaufende „Qualifizierung“ von Pflegeteams sind Fallbesprechungen, die in regelmäßigen Zeitintervallen durch eine Fachärztin/einen Facharzt der Gerontopsychiatrie unterstützt werden können. Hier werden konkrete Beobungskriterien zur Wirkung von Psychopharmaka anhand eines Bewohners oder einer Bewohnerin reflektiert, krankheitsbezogene Veränderungen besprochen und Maßnahmen für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen festgelegt.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:

- Fehlendes Wissen von Pflegenden in Bezug auf Krankheitsbilder und Verhaltensweisen kann Unsicherheit und Hilflosigkeit verstärken.
- Herausfordernde Verhaltensweisen können durch falsche Medikation verursacht werden.

Für Bewohner/-innen:

- Das Krankheitsbild von Bewohner/-innen ist oft nicht diagnostiziert. Medikamentöse Behandlung bezieht sich auf Symptome und weniger auf Ursachen. Fehlbehandlung und eine schlechte Pflegequalität können die Folge sein.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Kuhn, Christina (2011): Weiterbildung und Schulung im Pflegeheim. In: Zukunftsforum Demenz: Arzneimittelversorgung im Pflegeheim – Balance zwischen Freiheit und medikamentöser Fixierung. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, 51–57.

Tipps:

- Erfassen Sie die Bewohnerdaten beim Heimeinzug differenziert im Hinblick auf die Diagnose Demenz (Facharzt, Hausarzt, Beobachtung Angehöriger oder Pflegenden). Stellen Sie fest, ob die Einschätzung von Angehörigen oder Pflegenden mit einem Mini-Mental-Status-Test überprüft wurde.
- Überlegen Sie, wie eine ärztliche Unterversorgung in ländlichen Regionen „kompensiert“ werden könnte, wenn eine Kooperation aufgrund der infrastrukturellen Voraussetzungen nicht möglich ist. Vielleicht arbeitet eine gerontopsychiatrisch weitergebildete Person in der Einrichtung, welche die Fallbesprechungen unterstützt und den Kolleginnen und Kollegen im Kontakt mit Hausärzten den Rücken stärkt.
- Erstellen Sie ein Konzept für eine psychiatrische Pflegevisite (Vorbereitung und Ablaufbeschreibung einer psychiatrischen Arztvisite, Grundlagenwissen Pflegenden wie Beobungskriterien zur Wirkung von Psychopharmaka, Erstellung eines Visitenblattes mit Beobungskategorien, Dokumentation und Ablage).

Fachärzte und Fachkompetenzen

Hauptproblem: Die Konsultation einer Facharztpraxis ist oft mit einem hohen zeitlichen Aufwand für Pflegende verbunden, wenn Angehörige eine Begleitung nicht sicherstellen können. Herausfordernde Verhaltensweisen können durch Schmerzen oder durch die Wechselwirkung von Medikamenten entstehen, die einer diagnostischen Abklärung und einer fachkundigen Bewertung bedürfen.

Oft bringt eine Bewohnerin oder ein Bewohner bei einem Heimeinzug eine ganze Reihe von Krankheitsdiagnosen mit, die lediglich dokumentiert werden und im Weiteren keine Beachtung mehr erfahren. Durch unbeachtete Krankheitsverläufe, die eigentlich von Fachärzten betreut werden müssten (z. B. Urologie, Gynäkologie), können herausfordernde Verhaltensweisen entstehen. Die medizinische Versorgung wird im Bedarfsfall durch niedergelassene Ärzte erbracht. Eine Studie zeigt, dass nur 18% der Einrichtungen hierzu feste Vereinbarungen getroffen haben, im Vergleich dazu waren es im Jahr 1994 noch 38%. Besonders im Bereich der zahnärztlichen Versorgung zeigte sich, dass bei 56% der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen keinerlei Kontrollen in den letzten

12 Monaten stattgefunden hatten (Schneekloth/Wahl 2007, S. 164). Wenn Fachärzte eine Untersuchung im Pflegeheim einräumen, dann bedeutet dies neben einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung von Bewohner/-innen auch eine große Entlastung für die Pflegenden. Eine Begleitung in eine Facharztpraxis ist immer mit einem zeitlichen Aufwand verbunden, der durch den Pflegesatz nicht abgedeckt wird.

Eine Beurteilung zu den Wechselwirkungen von Medikamenten kann durch eine Apothekerin oder einen Apotheker sichergestellt werden. Hier können viele Fehler, sowohl in der Verabreichungsform als auch in Bezug auf die Grunderkrankungen, gemacht werden.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:

- Zeitaufwand für die Begleitung in eine Facharztpraxis, wenn Angehörige nicht zur Verfügung stehen.
- Herausfordernde Verhaltensweisen, die durch Schmerzen oder Unwohlsein verursacht werden (Schmerzen lassen sich nicht wegvalidieren).

Für Bewohner/-innen:

- Erkrankungen der Bewohner/-innen werden nicht erkannt und behandelt.

Tipps:

- Wirken Sie darauf hin, dass die medizinische Versorgung in Ihrer Pflegeeinrichtung durch eine Kooperation mit zwei bis drei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen sichergestellt ist. Ein System von festen und anlassbezogenen Arztvisiten – in Absprache mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen – gibt Pflegenden Planungssicherheit und stellt für Bewohner/-innen ein dichtes Netz ärztlicher Begleitung sicher.
- Bieten Sie in der Pflegeeinrichtung ein „Behandlungszimmer“ für eine Facharztvisite an.
- Bitten Sie Ihren Apotheker oder Ihre Apothekerin, sich an der Facharztvisite zu beteiligen. Dadurch wird eine schnelle Einschätzung zur Wechselwirkung medikamentöser Neuverordnungen mit den bestehenden Medikamenten möglich. Voraussetzung dafür sind langfristig geplante Termine.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Buchinger, S. M. (2011): Schritt für Schritt optimal versorgt: Modellprojekt verbessert Heimarztversorgung. In: Pflegezeitschrift 64 (6), 350–352.

Schmidl, M. (2011): Recht auf „chronische“ Heimärztinnen. Das Recht auf eine kontinuierliche ärztliche Sorge durch vertraute Personen. In: Kojer, M.; Schmidl, M. (Hg.): Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Wien/New York: Springer, 206-212.

Konzept für ehrenamtliche Helfer/-innen und Freiwillige

Hauptproblem: Wenn ehrenamtliche Helfer/-innen oder Freiwillige unter- bzw. überfordert sind, sich als Störfaktoren erleben oder im Einsatzfeld konstant frustriert sind, dann schwindet das Engagement und Pflegende verlieren einen wichtigen „Entlastungspartner“.

Ehrenamtliche Helfer/-innen und Freiwillige sind für Einrichtungen eine wichtige Ressource. Mit diesem Kreis wird die Einbindung in die Gemeinde unterstützt. Veranstaltungen und Aktivitäten, die mit dem bestehenden Mitarbeiterstamm nicht zu bewältigen wären, können mit deren Hilfe umgesetzt werden. Die Wohnbereiche können durch Angebote für Bewohnergruppen oder durch Einzelbetreuungen (z.B. Gespräch, Spaziergang im Quartier) unterstützt werden. Eine Entlastung für Pflegende ergibt sich auch dann, wenn eine sichtliche Zufriedenheit bei den Bewohner/-innen nach einer Aktivität zu beobachten ist. Damit ein gutes Miteinander zwischen Freiwilligen und Professionellen gelingt, müssen viele Weichen richtig gestellt werden.

In einem Konzept für den Kreis der Freiwilligen sind folgende Aspekte enthalten:

1. Zuständigkeit (Ansprechpartner/-in, Koordination) und Aufgabengebiet festlegen (Betreuung von Freiwilligen, Klärung der Einsatzbereiche, Steuerung der Einsätze, Strukturen für die Nahtstelle Pflege/Freiwillige schaffen, Anerkennung, Dank etc.)
2. Grundlagen sicherstellen (Datenschutz, Vermittlung von Wissensgrundlagen als Vorbereitung für den praktischen Einsatz – Demenz, Kinästhetik, Notfall etc.)
3. In Kontakt bleiben (Informations- und Kommunikationsstrukturen, schwierige Situationen meistern, Zugehörigkeit zur Freiwilligengruppe erleben etc.)
4. Öffentlichkeit informieren (Freiwillige gewinnen und über deren Einsatz berichten)
5. Information und Absprachen mit den Wohnbereichen absichern (Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligung Freiwilliger, „Einarbeitung“, Informationsfluss)

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Unzufriedene Bewohner/-innen suchen Aufmerksamkeit bei Pflegenden (Zeit und Energie). • Herausfordernde Verhaltensweisen müssen von Pflegenden aufgefangen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anregungsarmut kann zu agitiertem Verhalten führen.

Tipps:

- Binden Sie ehrenamtliche Helfer/-innen und Freiwillige in gemeinsame Fortbildungsangebote mit Pflegenden ein – hier werden der Kontakt und das gegenseitige Verständnis gestärkt!
- Pflegende können ehrenamtliche und freiwillige Helfer/-innen anleiten, wie Aktivitäten mit einzelnen Personen umgesetzt werden.
- Stellen Sie sicher, dass die freiwilligen Mitarbeiter/-innen und ehrenamtlich Engagierten in der Einrichtung (z.B. Einladung zu Festen), in den Pflegeteams (turnusmäßiges Kurzgespräch mit Wohnbereichsleitung) und im Pflegealltag (z.B. eine Tasse Kaffee oder ein Getränk anbieten, nach dem Befinden erkunden) Wertschätzung erfahren.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Haarhaus, F. (2009): Chancen und Grenzen der ehrenamtlichen Tätigkeit aus Sicht des Trägers: Freiwilliges Engagement koordinieren. In: Pflegezeitschrift 62 (5), 286–287.
- Reich, M. (2011): Sozialer Kitt. In: Altenpflege 36 (2), 38–39.
- Solidar – Freiwillige Soziale Dienste e.V. (2007): Jubiläum SOLIDAR e.V. 2007. <http://www.solidar-fsd.de/pdf/Festschrift-SOLIDAR-10-10-2007.pdf>

Einbindung in das Gemeinwesen

Hauptproblem: Wenn sich Pflegeeinrichtungen in Wohn- oder Stadtgebieten isolieren, dann schwinden soziale Bezüge und Kontakte. Für Pflegende ist der Arbeitsort überschattet von Ausgrenzung und sozialer Unerwünschtheit, die weder das Selbstwertgefühl stärken noch das Berufsbild positiv unterstützen.

Wenn eine Pflegeeinrichtung in die Gemeinde oder in das umgebende Wohn- oder Stadtquartier gut eingebunden ist, bringt dies Lebendigkeit in die Räume – etwas, das von allen, Bewohnerinnen und Bewohnern, Pflegenden wie Angehörigen, positiv wahrgenommen wird. Damit sind gute Voraussetzungen geschaffen, um Freiwillige für die Einrichtung zu interessieren und zu gewinnen.

Eine verstärkte Kooperation lässt sich durch unterschiedliche Zugänge erschließen:

1. Für Beschäftigte aus dem Umfeld oder Personen aus der Nachbarschaft einen Mittagstisch anbieten. An allen oder nur an bestimmten Tagen in der Woche steht ein öffentlicher Cafébetrieb zur Verfügung.
2. Ungenutzte Räume können für Kinderbetreuung mit Krabbelgruppe, eine Hortgruppe mit Hausaufgabenbetreuung oder auch als Praxis für Haus- oder Fachärzte, Physio- oder Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen etc. zur Miete angeboten werden.

3. Vorhandene Räume mit geringer Auslastung können Vereinen, Volkshochschulen, Tanzschulen, Initiativen, Beratungsstellen (z.B. der Krankenkasse), Mutter-Kind-Gruppen, einer kreativen Werkstatt oder für Gesundheitsangebote wie Weight Watchers, Fußpflege, Massage bzw. für Friseur oder Kosmetik zur Verfügung gestellt werden.
4. Empfehlenswert ist auch die Kooperation mit Vereinen, die ein Angebot für ihre Mitglieder und für Bewohner/-innen erarbeiten.
5. Eine Zusammenarbeit kann auch Kindergärten oder Schulen angeboten werden. Neben geführten Besuchen bietet es sich an, sich Schulen als Partner für Sozialpraktika zur Verfügung zu stellen oder gemeinsam Projekte zu entwickeln.
6. Vielerorts wird auch die Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde erfolgreich praktiziert: Die Kirchengemeinde engagiert sich für den im Haus stattfindenden Gottesdienst und begleitet darüber hinaus den Cafébetrieb, Veranstaltungen und Feste.
7. Das Haus kann einzelne Persönlichkeiten zu Vorträgen oder Informationsabenden mit interessanten Themen einladen (Reisen, Philosophie, Medizin etc.).

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Ist eine Pflegeeinrichtung vom Gemeinwesen „abgeschottet“, haftet ihr das Etikett des „Abgeschobenseins“ an. Der Arbeitsplatz erscheint dann wenig attraktiv und trägt den Makel von Abwertung an sich. Dies strahlt auch auf Pflegende aus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner/-innen haben ohne entsprechende Anbindung an das Gemeinwesen oft gar keinen Bezug mehr zur „Außenwelt“. Das Leben wird monoton und „exklusiv“.

Tipps:

- Fördern Sie die Kontakte mit dem Gemeinwesen, indem Sie beispielsweise ältere Handwerker/-innen anfragen, über aktuelle und „ausgestorbene“ Berufe, z.B. Wagner, Weißnäherin etc., zu berichten. Über Gegenstände und Fotos können Erinnerungen und Gespräche mit Bewohner/-innen angestoßen werden.
- Nutzen Sie gezielt die Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit, um die Kommune über Aktivitäten, Projekte oder Veränderungen in der Pflegeeinrichtung zu informieren.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Bleckmann, M.; Deuse, C. (2010): Vom Altenheim zum Bürgerhaus. In: Altenheim 49 (4), 36-39.
- Demenz – Das Magazin (2010): In der Gemeinde. Heft 5.

4.
Fachkompetenz
Pfleger*innen stärken

Qualifizierungskonzept

Hauptproblem: Schätzungen zufolge weisen ca. 70% der Bewohner/-innen eine Demenzerkrankung auf. Nicht alle Mitarbeiter/-innen können auf demenzspezifisches Grundlagenwissen zurückgreifen, das in der Altenpflege-Fachausbildung inzwischen fest verankert ist. Dies erklärt, warum im Pflegealltag viele Situationen im Umgang mit Bewohner/-innen falsch gedeutet werden. Fehlende Kompetenzen schaffen Unsicherheit und Unzufriedenheit oder führen zur Ablehnung der Bewohner/-innen.

In allen Pflegeeinrichtungen ist inzwischen angekommen, dass die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz eine echte Herausforderung darstellt. Doch Pflegeeinrichtungen sind nicht immer optimal dafür gerüstet, diese Herausforderung zu meistern. Pflegende stehen häufig vor dem Problem, mit unzureichendem Rüstzeug Situationen bewältigen und eigene Lösungen finden zu müssen. Eine Einrichtungsleitung muss sicherstellen, dass alle Beschäftigten über ein solides Grundlagenwissen zu Themen wie Demenz, Basale Stimulation, Milieutherapie und Bewegungsförderung verfügen und bei einer Kompetenzerweiterung im Bereich Kontaktgestaltung und Kommunikation unterstützt werden. Eine Förderung der Problemlösungskompetenzen durch Fallbesprechungen oder kollegiale Beratungen trägt zur weiteren fachlichen Fundierung bei. Hier ist zu beachten, dass eine Durchführung von Fallbesprechungen ein methodisches Repertoire voraussetzt, das ebenfalls entwickelt werden muss. Dies schließt u. a. eine Ausbildung in Moderationstechniken ein.

Ein Qualifizierungskonzept Demenz besteht aus grundlegenden Bausteinen und Auffrischkursen (z. B. Kinästhetik) für alle Mitarbeiter/-innen. Die Grundlagen können auch hausintern durch Experten vermittelt werden (z. B. Kinästhetik, Palliativpflege etc.).

Im Qualifizierungskonzept sind folgende Etappen ausgearbeitet:

1. Grundlagenwissen und Vermittlungsformen konzipieren (Jahresplanung)
2. Wissen auffrischen (Themenwoche, Begleitung durch eine Expertin bzw. einen Experten im Wohnbereich, Auffrischkurs)
3. Thematischer Jahresschwerpunkt (Aromatherapie, Schmerzmanagement etc.)
4. Praxistransfer einleiten (Fortbildungsthema verbunden mit Praxisaufgabe, Visualisierung von Fortbildungsinhalten im Dienstzimmer)
5. Expertenwissen fördern (Themenfelder festlegen, Transfer von Expertenwissen innerhalb der Einrichtung)
6. Neuen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern Grundlagen schnell zugänglich machen (z. B. Vermittlung des Betreuungskonzepts)
7. Sicherstellung des Qualifizierungsstandes (strukturierte, individuelle Erfassung, Auswertung als Baustein im Mitarbeitergespräch)

In einem Pflegeteam sollte bei allen Mitgliedern eine gute Wissensbasis vorhanden sein, damit die Zusammenarbeit funktioniert und an den Betreuungszielen ausgerichtet werden kann.

Hilfreiches zum Weiterlesen:
 Bickel, T.; Blumenauer, H. (2011): Besser spät als nie. In: *Altenpflege* 36 (12), 38–39.
 Kämmer, K (2009): Wie einen Garten gießen. In: *Altenpflege* 34 (6), 35–36.
 Kämmer, K (2009): Qualität durch Wissen. In: *Altenpflege* 34 (7), 38–39.
 Seigel, M. (2009): Immer auf dem aktuellen Wissensstand. In: *Häusliche Pflege* 18 (12), 20–24.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Ein durch große Wissensdefizite verursachtes Gefälle im Pflegeteam führt zu Teamstörungen. • Bei Misserfolgen in der Kommunikation mit Bewohner/-innen steigt die Unsicherheit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse oder Probleme von Bewohner/-innen werden nicht erkannt, bzw. nicht verstanden und notwendige Interventionen nicht eingeleitet.

Tipps:

- Erfassen Sie bei neuen Mitarbeiter/-innen die bisherige Teilnahme an Fortbildungen.
- Richten Sie für die Ausarbeitung eines Qualifizierungskonzepts eine Arbeitsgruppe ein (Leitungskräfte und Pflegende gemeinsam).
- Stellen Sie sicher, dass Ihre Mitarbeiter/-innen an entsprechenden Qualifizierungen teilnehmen können und dass diese Zeiten als Arbeitszeit gelten.
- Führen Sie Mitarbeitergespräche.

Weiterbildung von Mitarbeiter/-innen

Hauptproblem: Fehlendes Expertenwissen in einer Pflegeeinrichtung bedeutet Stillstand. Expertenwissen, das lediglich durch die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung abgedeckt wird, schafft eine große Diskrepanz zu den Pflegenden. Die Umsetzung neuer Konzepte kann dann auf Widerstand bei Pflegenden stoßen.

In Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz oder in Einrichtungen mit einer Demenzwohngruppe wird vorausgesetzt, dass ein/-e Mitarbeiter/-in über eine gerontopsychiatrische Fachweiterbildung verfügt. Pflegeeinrichtungen mit einem integrativen Versorgungsansatz benötigen dringend dieselbe Fachkompetenz, um im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten Entlastungen auf den Wohnbereichen zu schaffen. Dies kann von der Einführung einer Tagesbetreuung über die Umgestaltung der Mittagessenssituation für eine kleine Bewohnergruppe in einem Nebenraum bis hin zu gezielten, den Kompetenzen der Bewohner/-innen angemessenen Angeboten reichen. Mit gerontopsychiatrischer Fachkompetenz wird die pflegerische Fachlichkeit im Hinblick auf die Einführung und Anwendung von Assessment-Instrumenten

unterstützt. Im Idealfall ist auf jedem Wohnbereich eine gerontopsychiatrische Fachkraft zu finden. Die Veränderungen der letzten Jahre in den Blick nehmend ist zu berücksichtigen, dass die Umzüge ins Pflegeheim heute in einem höheren Lebensalter und mit größerer Pflegebedürftigkeit erfolgen. Aus der Forschung ist bekannt, dass ca. 30% der Personen, die in ein Pflegeheim ziehen, innerhalb eines Jahres nach erfolgtem Umzug versterben. All dies zeigt, dass sich die Anforderungen an Pflegende verändert haben. Fachwissen im Bereich der palliativen Pflege ist nicht nur für die Pflege und Betreuung der Bewohner/-innen notwendig, sondern auch für Pflegende selbst, um Bewohner/-innen in ihrer letzten Lebensphase im Einvernehmen mit Angehörigen und Ärzten sicher begleiten zu können.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende fachliche Kompetenz erzeugt Unsicherheit und Hilflosigkeit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende fachliche Kompetenz der Pflegenden kann zu Fehleinschätzungen von Verhaltensweisen oder konkreten Krankheitssymptomen der Bewohner/-innen führen. Dies führt zu einer schlechteren Lebensqualität bzw. verringertem Wohlbefinden.

Tipps:

- Stellen Sie in einem Katalog zusammen, welches Fachwissen in der Einrichtung vorhanden ist und welche Weiterqualifizierungen fehlen.
- Für Mitarbeiter/-innen ist es oft eine Entscheidungshilfe, wenn verschiedene Weiterbildungsangebote mit den entsprechenden Rahmendaten aufbereitet (Ort, Zeitumfang, Turnus, Anforderungen) und die Modalitäten (Übernahme von Kosten, Fortbildungszeit etc.) konkretisiert sind.
- Mitarbeitergespräche eignen sich gut, um auszuloten, welche Weiterqualifizierungen für Mitarbeiter/-innen in Frage kommen.
- Fördern Sie in Ihrer Einrichtung eine kontinuierliche Lernkultur.

Hilfreiches zum Weiterlesen:
 Bickel, T.; Blumenauer, H. (2011): Besser spät als nie. In: *Altenpflege* 36 (12), 38–39.
 Werner, S. (2007): Personalentwicklung in der Altenpflege: Berufliche Weiterbildung liegt im Interesse aller. In: *Pflegezeitschrift* 60 (4), 216–218.
 Zemlin, C.; Müller-Hergl, C. (2008): Mitarbeiter werden zu internen Experten. In: *Altenheim* 47 (1), 36–38.



Schmerzmedikation

Hauptproblem: Eine Ursache für herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz können Schmerzen sein. Wird das Verhalten als Aggression oder Unruhe gedeutet, dann sind alle Interaktionen und Behandlungsmaßnahmen erfolglos. Viele Konflikte und belastende Situationen entstehen durch dieses Missverständnis.

Menschen mit fortgeschrittener Demenz äußern sich selten zu ihrem Schmerzerleben. Eine direkte Frage danach wird oft verneint. Dennoch lässt sich häufig an den Körperbewegungen erkennen, dass Schmerzen vorhanden sind (Schonhaltung beim Aufstehen, Hand in den Rücken, Reiben der Gelenke etc.). Vergleichende Studien mit gleichaltrigen Gruppen belegen, dass Menschen ohne Demenz deutlich mehr Schmerzmedikamente erhalten als demenzerkrankte Personen. Schmerzen können Unruhezustände, motorische Agitiertheit oder auch aggressive Verhaltensweisen auslösen. Eine Behandlung mit Schmerzmedikamenten erfolgt nur in seltenen Fällen. Stattdessen werden häufig die Verhaltenssymptome mit Psychopharmaka behandelt und deren dämpfende Wirkung in Kauf genommen. Der Expertenstandard Schmerz wurde 2005 eingeführt und im Jahr 2011 überarbeitet. Auch wenn die Instrumente zur Schmerzerkennung für Menschen mit Demenz (z. B. BESD, BISAD, ZOPA) bekannt sind, ist

eine konsequente Schmerzmedikation noch immer die Ausnahme. Der Weg von der Anwendung eines Instruments zur Schmerzerkennung bis zur zielgerichteten Ableitung von Maßnahmen und deren Umsetzung ist weit.

Als ein großer Problemfaktor wird von Pflegenden die Zusammenarbeit mit den Hausärzten genannt. Hier ist eine Pflegeeinrichtung gefordert, sowohl den Pflegenden den Rücken zu stärken (z. B. durch Weiterbildungen im Bereich Schmerzmanagement) als auch darin, die Weichen für die Zusammenarbeit mit den Ärzten zu stellen. So könnte etwa ein kooperierender Arzt bzw. eine kooperierende Ärztin einen Themenabend „Schmerz“ für Angehörige gestalten oder ein Schmerzexperte kann einen Abend zum Thema „Schmerz-Assessment“ für Ärztinnen und Ärzte anbieten. Ziel ist es, dass sich die gute Beobachtungsgabe von Pflegenden auf das Wohl der pflegebedürftigen Personen auswirken kann.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Nicht behandelte Schmerzen führen zu aggressiven Verhaltensweisen, die Pflegende belasten. 	<ul style="list-style-type: none"> Herausfordernde Verhaltensweisen werden durch Schmerzen ausgelöst.

Tipps:

- Stellen Sie sicher, dass beim Heimeinzug auf dem Stammblatt die vorhandenen Krankheitsdiagnosen vermerkt werden. Erkrankungen wie Rheuma, Arthritis oder Osteoporose sind oftmals mit Schmerzen verbunden. Eine systematische Erfassung und Auswertung der Erkrankungen und der verordneten Schmerzmedikation gibt einen ersten guten Überblick zum aktuellen Stand in Ihrer Einrichtung.
- Regen Sie zum Austausch an: Eine Bedarfsmedikation für Schmerzen liegt zwar meist vor, wird aber selten ausgeschöpft. Hier ist eine Verständigung unter den Fachkräften hilfreich, um unausgesprochene Ängste bewusst zu machen und zu reduzieren.
- Organisieren Sie eine Inhouse-Fortbildung zum Thema „Schmerz“ mit integriertem Praxiseinsatz: So können Instrumente im Wohnbereich getestet werden. Im Anschluss können Erfahrungen reflektiert und Fragen durch die Dozentin oder den Dozenten beantwortet werden.
- Initiieren Sie den Kontakt zu einer sich in Ihrer Nähe befindenden Koordinationsstelle für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).
- Bieten Sie eine Fortbildung zu komplementär medizinischen Maßnahmen an.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Berner, R. (2012): Professionelles Schmerzmanagement. Sichere Umsetzung des Expertenstandards in die Pflegepraxis. Kempten: Mensch und Medien GmbH.
- Kämmer, K. (2010): Das therapeutische Bündnis. In: Altenpflege 35 (6), 33–35.
- Rutenkröger, A. (2006): Wenn der Rücken schmerzt – Schmerztherapie mit komplementären Pflegemethoden. Klinische Beobachtungsstudie zu Erleben und Verlauf von Rückenschmerzen. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Thüler, M. (2003): Wohltuende Wickel – Wickel und Kompressen in der Kranken- und Gesundheitspflege. 9. Auflage. Kornwestheim: Brockhaus Commission.

Herausforderndes Verhalten

Hauptproblem: Im Gesamtspektrum der herausfordernden Verhaltensweisen nehmen körperliche Gewalt, Beschimpfungen oder Beleidigungen sowie Umherwandern und aufdringliches Verhalten die obersten Plätze auf der Skala der Hauptbelastungen Pflegender ein.

Herausfordernde Verhaltensweisen können bei Menschen mit Demenz viele Ursachen haben. Um einen professionellen Umgang auszubilden, benötigen Pflegende Fachwissen und strukturierte Verfahren zur Analyse und Entwicklung von Lösungsmaßnahmen.

Grundkenntnisse müssen in folgenden Themenbereichen vorhanden sein:

- Allgemeine Krankenbeobachtung, Wissen über unterschiedliche Demenzerkrankungen, Erkennen von Schmerzen, Beobachtungskriterien zur Wirkung von Psychopharmaka
- Personenzentrierter Ansatz, Bedürfnisse von Menschen mit Demenz erkennen
- Milieutherapie, Umgebungsfaktoren
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Strukturen für die Analyse und zur Entwicklung von Lösungsmaßnahmen sind:

- Einzugsmanagement (Information für Angehörige zur Möblierung des Bewohnerzimmers, Identifizierung von Gegenständen, die Ritualcharakter besitzen)

- Biografiearbeit (Biografiebogen, Gespräch mit dem Bewohner/der Bewohnerin und/oder Familienmitgliedern, Übernahme biografischer Aspekte in die Alltagsgestaltung, Gesprächsthemen, Aktivitäten, Erinnerungspflege)
- Fallbesprechungen (Turnus, Moderation, Beteiligung des Pflorgeteams, Ablaufstruktur, Entwicklung von Maßnahmen, Umsetzungsschritte, Überprüfung)

Eine gute Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz lastet auf den Schultern aller Mitarbeiter/-innen eines Pflorgeteams. Oft verfügen Einzelne über individuelle Lösungen zur Prävention von herausfordernden Verhaltensweisen oder zum Umgang mit diesen, die jedoch nicht im Team kommuniziert sind. Fallbesprechungen sind eine Möglichkeit, einen solchen Austausch gezielt zu realisieren.

Die Bündelung von Ideen lässt sich auch in Form eines Brainstormings umsetzen. Hierbei empfehlen sich eine Moderation und die Visualisierung bereits vorhandener Lösungen.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Aggressive Verhaltensweisen belasten. 	<ul style="list-style-type: none"> Mangelndes Fachwissen und Empathie kann dazu führen, dass herausforderndes Verhalten nicht verstanden wird und sich durch inadäquate Interaktionen verschlimmert.

Tipps:

- Regen Sie dazu an, dass körperliche Übergriffe gegen Pflegende konsequent erfasst und dadurch im Blick behalten werden. Aufgabe der Wohnbereichsleitung ist es, die erfassten Tätlichkeiten zu analysieren und Maßnahmen zur Entlastung der Pflegenden einzuleiten und mit der Leitungsebene zu besprechen.
- Entwickeln Sie ein Einrichtungskonzept zum Umgang mit körperlichen Aggressionen und implementieren Sie dieses (vgl. die Broschüre: „Für alle Fälle ...“).
- Arbeiten Sie Nachsorge- und Entlastungsangebote aus und stellen Sie diese zur Verfügung (z. B. psychologische Beratung, Einzelcoaching, Supervision).

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2012): Für alle Fälle ... Licht in das Dunkel bringen. Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen. Berlin.

Umgang mit Fixierung

Hauptproblem: Pflegende stehen bei sturzgefährdeten Bewohner/-innen unter permanenter Anspannung. Die Anforderung, einen Sturz zu verhindern und gleichzeitig die Freiheit der Bewohner/-innen möglichst nicht einzuschränken, stellt für viele Pflegende einen schier unauf löslichen Widerspruch dar.

Eine Fixierung ist eine freiheitsentziehende Maßnahme, die bei einem Amtrichter beantragt und von diesem bewilligt werden muss. Es gibt direkte, räumliche oder chemische Fixierungen. Eine direkte Fixierung, beispielsweise mit einem Fixierungsgurt, steht im Zusammenhang mit der Sorge, die Bewohnerin bzw. der Bewohner könnte stürzen oder andere Personen könnten durch die bestehenden herausfordernden Verhaltensweisen zu Schaden kommen bzw. die Person könnte selbst gefährdet sein. Eine solche Sorge entsteht oft in Verbindung mit einer erlebten Hilflosigkeit, das Verhalten des Bewohners oder der Bewohnerin nicht anders „in den Griff“ zu bekommen.

Zahlreiche Studien belegen, dass eine Minimierung des Sturzrisikos nicht durch Bewegungsvermeidung, sondern durch eine gezielte Bewegungsförderung im Hinblick auf Kraft, Kondition und Koordination erzielt wird. Erweiternd kann die Anpassung der physischen Umwelt zum Erhalt der Mobilität und zur Reduzierung von Stürzen beitragen, wie beispielsweise mit Niedrigbetten oder höhenverstellbaren Toiletten. Technische Hilfsmittel wie Sturzmatten oder Bewegungssensoren bieten vor allem in der Nacht dezente Möglichkeiten, um Bewohner/-innen vor Stürzen zu schützen bzw. um Pflegende über eine riskante Situation zu informieren. Bewegungsvermeidung als Verhinderungstaktik führt zu einer Erhöhung der Sturzhäufigkeit und zu einem massiven Verlust von Wohlbefinden und Lebensqualität. Gefördert wird damit allenfalls die Immobilisierung von Pflegeheimbewohner/-innen.

Eine räumliche Fixierung, beispielsweise mit einer Türsicherung (Tür kann nur über Zahlencode geöffnet werden), soll den Bewegungsradius von Bewohnern „sichern“. Hier vereinen sich Angst und Sorge, dass Bewohner/-innen die Einrichtung unbemerkt verlassen und zu Schaden kommen könnten. Wenn Suchaktionen gestartet werden müssen, sehen Pflegende sich nicht selten mit den Vorwürfen Angehöriger konfrontiert. Die Kosten einer ärztlichen Behandlung infolge wiederholter Stürze wurden Pflegeeinrichtungen in der Vergangenheit verschiedentlich von Krankenkassen in Rechnung gestellt. Auch wenn die Rechtslage inzwischen eindeutig ist, so stehen Pflegende oft genug unter dem Eindruck, in der Rolle der Aufpasser/-innen und Sicherheitsbeauftragten im Hinblick auf die Unversehrtheit der Bewohner/-innen agieren zu müssen. Das erzeugt Druck.

Es gibt eine ganze Reihe von Pflegeeinrichtungen, die auf die Anschaffung von Fixierungsgurten oder Stecktischen gänzlich

verzichten. Voraussetzung dafür ist eine grundsätzliche Klärung des Selbstverständnisses der Pflegeeinrichtung: Möchte man Wohn- und Lebensort der Bewohner/-innen sein oder eine Sicherheitsverwahrung mit Pflege- und Betreuungsleistungen?

Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung lässt die unveräußerlichen Grundrechte von Menschen mit und ohne Demenz unberührt. Welche Pflichten Pflegende insbesondere im Hinblick auf die Sicherheit der Bewohner/-innen haben und was dies in letzter Konsequenz bedeutet, ist häufig unklar und von einer vagen Fürsorgepflicht überdeckt. Pflegende benötigen eine rechtliche Handlungssicherheit, die im Einrichtungskonzept niedergelegt sein sollte. Vor allem die Themen Sicherheit und Selbstbestimmung der Bewohner/-innen müssen dort verdeutlicht werden. Für Angehörige müssen die Grenzen der Betreuung transparent sein, damit sich die Erwartungen an Pflegende in einem realistischen Rahmen bewegen.

Die Anwendung von chemischen Fixierungen bewegt sich in einem Schattenbereich. Bei Verhaltensauffälligkeiten werden Psychopharmaka verordnet, die oft eine dämpfende oder sedierende Wirkung haben. Ob es sich hierbei um eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme oder um eine chemische Fixierung handelt, ist nicht eindeutig voneinander abzugrenzen. Ärzte sind in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen auf die Informationen Pflegender angewiesen, um ein Medikament zu verschreiben. Teilweise werden jedoch Neuroleptika verschrieben, die speziell bei einer Alzheimer-Demenz eine lebensverkürzende Wirkung haben. Wenn hier die ärztliche Expertise fehlt, dann sind Pflegende in der Pflicht, in den fachlichen Dialog zu treten. Gleichzeitig ist die Pflegekultur zu reflektieren. Besteht die Vorstellung davon, was ein gut geführter Wohnbereich ist, darin, dass sich die Bewohner/-innen ordentlich und sozial angemessen verhalten, dann können Verhaltensabweichungen bei erfolglosen Interventionen schnell in der Empfehlung zu einer medikamentösen Verordnung münden.

Ein weiterer Stolperstein im Zusammenhang mit der Verordnung von Psychopharmaka ist die Wechselwirkung mit anderen, häufig vielzähligen Medikamenten, die zur Behandlung weiterer Grunderkrankungen verschrieben sind. Pflegende sind auf die Beobachtung von Medikamentennebenwirkungen oft nicht ausreichend vorbereitet. Generell besteht die Gefahr, dass Bewohner/-innen durch die sedierende Wirkung ihre Gangsicherheit verlieren und eine Immobilisierung schnell voranschreitet.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:

- Pflegende werden durch eine höhere Pflegebedürftigkeit der Bewohner/-innen körperlich mehr beansprucht.

Für Bewohner/-innen:

- Wohlbefinden und Lebensqualität werden durch Fixierungen stark eingeschränkt.
- Bewohner/-innen verlieren ihre Mobilität.

Tipps:

- Informieren Sie Angehörige umgehend über ein erhöhtes Sturzrisiko. Fordern Sie die Angehörigen auf, die Anschaffung von Sturzprotektoren in die Wege zu leiten. Ein Ordner mit einer Beschreibung unterschiedlicher Hilfsmittel kann als Hintergrundinformation für Angehörige und Betroffene dienen. Der Ordner wird durch eine Leitungsperson und durch die Unterstützung der Verwaltung aktuell gehalten.
- Psychopharmaka müssen regelmäßig nach sechs Monaten abgesetzt werden! Herausforderndes Verhalten kann sich durch das Voranschreiten der Demenzerkrankung so verändern, dass sich eine Medikamenteneinnahme erübrigt hat und eher schädigend als hilfreich ist.
- Die Bewegungsförderung reicht weit über Gruppenangebote hinaus. In die tägliche Arbeit sind auch kleine Maßnahmen wie „drei Schritte“ oder Standortwechsel (von Gemeinschaftsbereich in Sitznische) ohne großen Aufwand zu integrieren. Schärfen Sie das Bewusstsein der Pflegenden für diesen Themenbereich.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Hanke, F. (2011): Konkrete Konsequenzen. In: *Altenpflege* 36 (5), 29–31.
- Hasseler, M. (2010): Zusammenhang zwischen Polypharmazie und Sturz bei älteren Menschen: Multidisziplinäre Konzepte schaffen. In: *Pflegezeitschrift* 63 (1), 23–26.
- Meyer, G.; Möhler, R.; Krüger, C. (2012): Oberstes Gebot: Freiheit. In: *Altenpflege* 37 (7), 19–23.
- Perrar, K. M. (2009): Die Besonderheiten der Medikamentenabgabe bei Menschen mit Demenz und Schmerzen – Medikamente gegen den Schmerz. In: *pflegen: Demenz*. Heft 13, 20–23.
- Richter, R. (2012): Offen, beschützend, geschlossen. In: *Altenheim* 51 (6), 16–23.
- Rißmann, U.; Becker, C. (2010): Mehr Bewegung für die Bewohner. In: *Altenheim* 49 (8), 18–21.
- Schuhmacher, B.; Becker, C.; Koczy, P.; Viol, M.; Klie, T. (2010): Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege: Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis. Freiburg: AGP Institut für angewandte Sozialforschung.

5.
Achtsamkeit oder:
Wer pflegt die Pflegenden?



Pausenregelung

Hauptproblem: Die Arbeitspausen werden von Pflegenden oft nicht in Anspruch genommen, obwohl ihnen in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz permanent Aufmerksamkeit abgefordert wird. Eine mangelnde Regenerierung kann mit der Zeit zu Erschöpfung führen.

Für jede/-n Arbeitnehmer/-in ist Pause machen zunächst einmal gezielter Arbeitsschutz. Dies gilt selbstredend auch für alle Mitarbeiter/-innen eines Pflegeheims. Das Arbeitsschutzgesetz regelt, wozu eine Arbeitspause dienen soll und welche Ansprüche und Pflichten sich hieraus ergeben.

Im Pflegealltag haben sich drei unterschiedliche Pausentypen ausgebildet:

1. Es gibt Pflegenden, die ihre Pause „flexibel“ handhaben, die aber in der Pause meist auf dem Wohnbereich bleiben. Dies hat oft den Hintergrund, dass Mitarbeiter/-innen sich der Kollegin oder dem Kollegen gegenüber verantwortlich fühlen (kleine Personalbesetzung). Darüber hinaus ist hier wohl eine bestimmte Auffassung von Fürsorgeverantwortung bzw. ein Gefühl der Verpflichtung gegenüber der Bewohner/-innen im Spiel. Mitarbeiter/-innen mit einem solchen Pflichtbewusstsein sind oft unruhig und können ihre Pause außerhalb des Wohnbereichs kaum genießen, weil sie denken, ihre Abwesenheit belastet die Kollegin/den Kollegen oder Konflikte unter Bewohner/-innen könnten sich in ihrer Abwesenheit zuspitzen. Ein anderes Problem ist, dass sich im Team langfristig Unstimmigkeiten einstellen können, wenn rauchende Mitarbeiter/-innen ihre Pause(n!) grundsätzlich nehmen, während die Nichtraucher/-innen auf dem Wohnbereich die Stellung halten. Dies kann zu verdeckten oder offenen Konflikten führen, weil hier das Prinzip der Gerechtigkeit verletzt wird. Werden Mitarbeiter/-innen während der Pausenzeit von Angehörigen angesprochen, fühlen sie sich nicht selten unter Rechtfertigungsdruck, die Pausensituation zu erklären.

2. Das ganze Pflgeteam entscheidet sich für eine gemeinsame Pause auf dem Wohnbereich – etwa um gemeinsam zu frühstücken. Die Mitarbeiter/-innen nehmen den damit verbundenen Arbeitsdruck in Kauf, zur Pausenzeit „fertig“ sein zu müssen. Meistens findet die Pause im Dienst- oder Besprechungszimmer des Wohnbereichs statt. Anfragen von Bewohnern oder Angehörigen werden während der Pause durch „Springer“ abgedeckt. Störungen sind unbeliebt, weil die gemeinsame Pause die einzige Möglichkeit bietet, sich im Pflgeteam über Bewohner/-innen auszutauschen oder auch einmal privat miteinander zu reden. Vor allem in Pflegeeinrichtungen, die ihre Dienstzeiten soweit ökonomisiert haben, dass gemeinsame Übergaben nicht mehr stattfinden, scheint dies ein Bedürfnis der Mitarbeiter/-innen zu sein und eine Gelegenheit, sich als Team zu erfahren.
3. Eine optimale und für die Mitarbeiter/-innen entspannende Pause ist dann am besten gewährleistet, wenn man den Wohnbereich für 30 Minuten verlässt und einen Pausenraum aufsucht (oder alternativ auch einmal einen Spaziergang macht). Der Pausenraum muss attraktiv gestaltet und entsprechend ausgestattet sein. Gleichzeitig ist für ein Team ein „Verfahren“ zur Pausenregelung unerlässlich. Die Festlegung von Pausenkorridoren und die Regelungen für die Schichten bei Dienstbeginn können mit einem Steckkartensystem visualisiert oder in einem Übergabeprotokoll festgelegt werden.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Pausenlose Aufmerksamkeit erschöpft, widerspricht dem Arbeitsschutzgesetz und kann mittelfristig zur Krankheitsentstehung beitragen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erschöpfte Mitarbeiter/-innen gehen weniger empathisch auf die Bedürfnisse der Bewohner/-innen ein.

Tipps:

- Informieren Sie mit einem Türschild über die gemeinsame Auszeit: „Pause – wir sind gleich wieder für Sie da!“
- Eine Pausenverteilung zu jeder Schicht bringt Fairness für Raucher und Nichtraucher.
- Falls kein Pausenraum vorhanden oder dieser wenig anheimelnd gestaltet ist: Setzen Sie eine Arbeitsgruppe zur Umgestaltung oder Neuschaffung eines Pausenraums ein.
- Achten Sie darauf, dass der Raum attraktiv gestaltet wird und eine angemessene Ausstattung erhält (z. B. eine gute Kaffeemaschine, ein Massagesessel).
- Schaffen Sie Anreize für Mitarbeiter/-innen, damit die Nutzung des Pausenraumes gefördert wird (bieten Sie z. B. ein Gesundheitsfrühstück für Mitarbeiter/-innen an).
- Gehen Sie mit gutem Beispiel voran und achten Sie darauf, dass Ihre Mitarbeiter/-innen ihre Pausen auch wirklich nehmen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Dürk, B. (2012): Gesund und motiviert ins Rentenalter. In: Pflegezeit-schrift 65 (8), 460-463.

Vertretungsregelung

Hauptproblem: Lücken in der Personalbesetzung, die durch Urlaub, Krankheit oder Kündigung entstehen, werden in vielen Pflegeeinrichtungen dadurch geschlossen, dass Mitarbeiter/-innen aus ihrer arbeitsfreien Zeit gerufen werden. Wenn dies über Jahre praktiziert wird, kann das Pflegenden erheblich belasten: Die Freizeit kann nicht mehr unbeschwert gestaltet und genossen werden, weil ständig mit einem Anruf gerechnet wird.

Pflegende springen bei Personalengpässen, die überwiegend im Zusammenhang mit der Erkrankung eines Kollegen oder einer Kollegin entstehen, meistens ein. Die Verpflichtung gegenüber den betreuten Bewohnern und Bewohnerinnen und der Anspruch, eine gute Pflege zu gewährleisten, werden so mit dem Prinzip der Kollegialität verschweißt. Die anderen nicht „hängen“ zu lassen gehört meist zu den ungeschriebenen Gesetzen eines Pflgeteams. Aus der Vertretung im Ausnahmefall wird jedoch allzu oft ein Dauerzustand. Hierzu trägt auch die Knappheit von (Fach-)Personal bei, die häufig durch Überstunden des Personalstamms abgedeckt wird. Steigt die Belastung an, weil Krankheitswellen die Dienstplanung teilweise außer Kraft setzen, dann können verdeckte Konflikte in Teams entstehen, wenn sich die Vertretungserfordernisse ungleich auf die Mitarbeiter/-innen verteilen. Oftmals werden vorzugsweise jene Kollegen und Kolleginnen angefragt, die sich mit einer ablehnenden Antwort generell schwer tun. Mitarbeiter/-innen, die ihre Freizeit schützen, laufen andererseits Gefahr, als unkollegial abgestempelt zu werden. Strukturprobleme werden auf diese Weise personalisiert und die daraus entstehenden Spannungen innerhalb des Pflgeteams häufig nicht richtig aufgelöst. Solche Teamkonflikte stellen eine weitere Belastung für Pflegenden dar. Ein plötzlicher Personalausfall muss nicht immer durch eine Kollegin oder einen Kollegen kompensiert werden.

Das Konzept einer 3-Tages-Vertretung sichert die arbeitsfreie Zeit der Mitarbeiter/-innen, gibt klare Anweisungen für Arbeitsabläufe und kann auch für Angehörige transparent gemacht werden. Das Konzept beinhaltet folgende Punkte:

1. **Allgemeines zu Krankmeldungen:** gesetzliche Regelungen, Fürsorgepflicht des Arbeitgebers etc.
2. **Krankmeldung:** telefonische Information des Wohnbereichs, Dokumentation, Vorlagen, Weiterleitung an Verwaltung
3. **Organisation im Wohnbereich:** Die Bewohner/-innen, die von der krankheitsbedingt ausgefallenen Pflegeperson versorgt und betreut worden wären, werden auf die anwesenden Kollegen/Kolleginnen verteilt. Die Aufteilung wird im Tagesplaner dokumentiert.
4. **Bei reduzierter Besetzung werden inhaltlich Schwerpunkte in der Pflege und Betreuung gesetzt:**
 - 3-Punkt-Körperpflege
 - Mobilisation im Bett
 - Flüssigkeits- und Speisenaufnahme
 - Versorgung von Ausscheidungen
 - Bewegung (Spaziergang etc.)
5. **Es werden zusätzliche Regelungen in der Einrichtung getroffen:** Mitarbeiter/-innen aus anderen Wohnbereichen helfen aus. Ab dem vierten Tag wird eine Vertretung gewährleistet.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegenden:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Erschöpfung steigt, wenn die Freizeit keinen Ausgleich mehr ermöglicht. • Kumulierte Belastungen können zu weiteren Personalausfällen führen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Gefahr von personignierenden Verhaltensweisen gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern steigt, was zu verschlechtertem Wohlbefinden führen kann.

Tipps:

- Verschaffen Sie sich einen Überblick: Im Dienstzimmer hängt eine Mitarbeiterliste aus, in der die Häufigkeit der kurzfristigen Vertretungen eingetragen wird. Die Vertretungsliste wird über einen definierten Zeitraum geführt (vierteljährlich) und ausgewertet. Die Vertretungsliste gibt Führungskräften auch eine Information darüber, wie prekär die Situation auf dem Wohnbereich durch häufigen Personalausfall ist und welche Mitarbeiter/-innen besonders beansprucht werden. Es ist eine Führungsaufgabe, diesen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zu danken und deren Hilfsbereitschaft nicht überzustapazieren.
- Regen Sie eine Arbeitsgruppe an, die ein Konzept zur Vertretungsregelung erstellt. An der Arbeitsgruppe sind Führungskräfte, Pflegenden und Mitarbeitervertreter/-innen beteiligt. Im Konzept sind Regelungen für kurzfristige und langfristige Ausfälle beschrieben.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Dürk, B. (2012): Gesund und motiviert ins Rentenalter. In: Pflegezeitschrift 65 (8), 460-463.

Kämmer, K. (2008): Zeit ist Geld. In: Altenpflege 33 (4), 37-39. Berichts- und Lernsystem „Aus kritischen Ereignissen lernen“ <http://www.kritische-ereignisse.de/berichte/ereignis/1569.html>

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Hauptproblem: Ein Mangel in der Ausstattung technischer Pflegehilfsmittel oder eine ablehnende Haltung gegenüber deren Einsatz führt zu einer höheren körperlichen Belastung Pflegenden.

Für die Anschaffung von Pflegehilfsmitteln geben Pflegenden die entscheidenden Impulse an Ärzte, Angehörige oder gesetzliche Betreuer/-innen. Aktualisierte Kataloge in den Wohnbereichen bieten Pflegenden einen guten Überblick. Eine Beratung von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern muss dann erfolgen, wenn Bewohner/-innen sturzgefährdet sind und die Anschaffung von Hüftprotektoren angezeigt ist. Diese Kosten werden bislang nicht von der Pflegekasse übernommen.

Transfers und Lagerungen von bewegungseingeschränkten Bewohnern/-innen werden von Pflegenden überwiegend alleine bewältigt – oftmals zum Leidwesen beider Beteiligten. Pflegenden meistern im Kraftakt die Situation mit einer hohen Belastung für den Rücken, während Bewohner/-innen in einer von Angst getragenen Abwehr gegen den Bewegungsablauf arbeiten. In solchen Fällen kann es sein, dass Bewohner/-innen sich aus Angst und dem Bedürfnis nach Sicherheit festkrallen oder Mitarbeiter/-innen kneifen. Der Einsatz technischer Hilfsmittel wie Lifter, Rutschbrett oder Drehscheibe kann Überlastung vorbeugen und Bewohner/-innen Sicherheit geben.

Um eine allgemeine Akzeptanz für den Einsatz von Pflegehilfsmitteln zu schaffen, benötigen Pflegenden Informationen und eine Anleitung im Pflegealltag. Die Heranbildung von

Expertenwissen innerhalb der Einrichtung schafft die Grundlage dafür, kontinuierlich entsprechende Impulse an die Teams zu geben und diese bei der Anwendung zu unterstützen sowie zu begleiten. Kinästhetische Grundlagen bei Pflegenden werden vorausgesetzt.

Der Einsatz technischer Hilfen in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz kann Risiken reduzieren. Über eine Sensormatte wird beispielsweise ein Signal an die Nachtwa- che übermittelt, wenn sturzgefährdete Bewohner/-innen Nachtaktivitäten zeigen. Über Bewegungsmelder kann die Sicherheit beim nächtlichen Toilettengang erhöht werden, indem sich die Beleuchtung automatisch einschaltet. Es lohnt sich außerdem, über Verbesserungs- und Hilfsmöglichkeiten nachzudenken, die durch technische Innovationen oder Neuentwicklungen bereitgestellt werden. So ist es bereits heute realisierbar, dass Pflegenden ein Signal über ein Personenortungssystem mit GPS (Satellit) oder GSM (Handyfunknetz) erhalten, wenn eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner die Einrichtung verlässt. Durch die Möglichkeit, die entsprechende Person über das technische System zu lokalisieren, lässt sich diese auffinden, wenn sie sich z. B. verlaufen hat. Solche technischen Lösungsansätze setzen freilich voraus, dass grundlegende rechtliche und ethische Fragen (z. B. informationelles Selbstbestimmungsrecht) zuvor mit den Angehörigen und den Betroffenen abgeklärt werden.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegenden:

- Ohne Einsatz technischer Hilfen sind die körperlichen Beanspruchungen (zu) hoch.
- Die Notwendigkeit, Bewohner/-innen zu „überwachen“, die die Einrichtung verlassen möchten, bindet Aufmerksamkeit und erhöht den Stress für Pflegenden.

Für Bewohner/-innen:

- Einschränkungen der Autonomiebedürfnisse beeinträchtigen die Lebensqualität.

Tipps:

- Stellen Sie einen „Hilfsmittelordner“ mit Informationsmaterialien und Preislisten (auch zur Beratung von Angehörigen) bereit. Der Ordner enthält Materialien, die in drei Kategorien sortiert sind: (1) Privatfinanzierung (Protektoren, Overalls, Schuhe etc.), (2) Rezeptfinanzierung (Helme, Gehhilfen, Rollstühle etc.) und (3) einrichtungsinterne Hilfsmittel (Esshilfen, Rutschplatten, Sicherungsmittel etc.).
- Planen Sie Auffrischungseinheiten zum Einsatz technischer Hilfen über das Jahr ein.
- Beziehen Sie die Pflegenden in die Auswahl bzw. Anschaffung entsprechender Hilfsmittel ein! Sie erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit, dass die Mittel auch wirklich genutzt werden.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- Demenz - Das Magazin. Schwerpunktausgabe: Sicher sein. 2/2009.
- Heeg, S.; Mollenkopf, H.; Volpp, H. (2010a): Anwender und Hersteller gemeinsam an einem Tisch. In: *Altenheim* 49 (6), 20–24.
- Heeg, S.; Volpp, H.; Mollenkopf, H. (2010b): Therapeutische Architektur für Menschen mit Demenz – das Projekt Hüfingen. In: *medAmbiente* 13 (1), 30–31.
- pflegen: Demenz (2007). Spannungsfeld Pflege und Technik. Heft 4, 3. Quartal.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2007): Technische Unterstützung bei Demenz. Bern: Huber.

Akzeptanz Gesundheitsmanagement

Hauptproblem: Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung werden von Pflegenden oft wenig wahrgenommen. Eine geringe Akzeptanz bedeutet nicht unbedingt Desinteresse, sondern kann bereits Ausdruck von Beanspruchung oder Überforderung sein. Fehlen kreative Zugänge und werden aus Frustration über eine geringe Beteiligung die Angebote reduziert, dann festigt sich der Teufelskreis.

Die Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist in vielen Pflegeheimen noch keine Selbstverständlichkeit. In Einrichtungen, die sich hier bereits engagieren, sind Pflegenden teilweise an der Auswahl und Mitgestaltung von Inhalten und Angeboten beteiligt. Dort, wo Pflegenden aktiv einbezogen sind und nach ihren Vorstellungen befragt werden, klagen Führungskräfte oftmals über die mangelnde Beteiligung an gesundheitsfördernden Maßnahmen bzw. über das schwache Engagement bei der Ausgestaltung des Gesundheitsprogramms. Auf den ersten Blick scheint dies ein Widerspruch in sich zu sein. Tatsächlich handelt es sich hier jedoch um eine Art Berufsblindheit: Pflegenden sind über ihre Berufstätigkeit gleichsam darauf konditioniert, die Bedürfnisse anderer Menschen, speziell Pflegebedürftiger, in den Blick zu nehmen. Dadurch wird bei vielen die Sensibilität für die eigenen Bedürfnisse zurückgefahren bzw. vernachlässigt.

In Bezug auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit handeln Pflegenden oftmals alles andere als vorbildlich. Die Erwartung, dass von Pflegenden fundiert an Konzepten der Gesundheitsförderung mitgearbeitet wird, erscheint momentan als überhöht. Vielmehr muss es darum gehen, das Thema Gesundheit für Pflegenden zu erschließen. Hierzu eignen sich beispielsweise Sensibilisierungskampagnen, die sich in unterschiedlichen Formaten gestalten lassen, etwa als jährliche Befragung, als fester Programmpunkt bei Mitarbeiterversammlungen oder in Form einer Gesundheitswoche oder Vortragsreihe in der Einrichtung. Möglich ist auch die Durchführung kleiner Gesundheitsangebote im Pflegealltag oder im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung. Eine Auswertung der Beteiligung an Gesundheitsmaßnahmen verschafft einen guten Überblick darüber, ob die Angebote eine bessere Akzeptanz finden und welche Angebote besonders beliebt sind.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegenden:

- Werden zu hohe Belastungen nicht durch eine gute Gesundheitsfürsorge ausbalanciert, dann steigen die Gefahr gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie das Risiko häufiger Personalausfälle.

Für Bewohner/-innen:

- Wenn Pflegenden durch Erschöpfung eine depersonalisierende Haltung ausbilden, werden Bewohner/-innen in ihrer Person weniger wahrgenommen. Personignorierende Interaktionen schmälern Wohlbefinden und Lebensqualität der Bewohner/-innen.

Tipps:

- Das wird Ihnen auch schon aufgefallen sein: Pflegenden halten sich außerhalb ihrer Dienstzeiten ungern in der Pflegeeinrichtung auf. Angebote der Gesundheitsförderung, die sich in der Nähe des Wohnortes befinden, sind für Pflegenden oft weitaus attraktiver. Regelungen dafür können in einer Arbeitsgruppe festgelegt werden. Es gibt auch die Möglichkeit, Mitarbeiter/-innen dazu aufzufordern, selbst Aktivitäten zu organisieren (Kurse von Sportvereinen, Mitgliedschaft im Fitnesscenter, Eintrittskarten für Schwimmbad, Kurse zur Gewichtskontrolle etc.). Solche Aktivitäten können beim Arbeitgeber mit dem entsprechenden Nachweis für eine Gesundheitsprämie (z. B. ein zusätzlicher Urlaubstag) eingetauscht werden.
- Machen Sie Mitarbeiter/-innen mit noch wenig genutzten Angeboten bekannt. Dies lässt sich beispielsweise durch die Einbindung des Angebots in eine Fortbildungsveranstaltung oder in Form von Schnupper-Intervallen während der Arbeitszeit erreichen.
- Initiieren Sie alltagsbegleitende, in den Pflegealltag integrierte Gesundheitsangebote. Erfahrungsgemäß werden diese von Mitarbeiter/-innen angenommen (siehe BidA 2012).

Hilfreiches zum Weiterlesen:

- BidA – Balance in der Altenpflege (2012): Handlungsleitfaden zur Einführung und Umsetzung von betrieblichem Gesundheitsmanagement. Neuendettelsau: Diakonie Neuendettelsau.
- Brieskorn-Zinke, M. (2011): Auf die eigene Wahrnehmung achten: Professionelle Gesundheitskompetenz und Selbstpflege. In: *Pflegezeitschrift* 64 (2), 80–83.
- Höfler, H. (2010): Stressfrei in 10 Minuten: Ruhepausen und Energie-Kicks. Hannover: Humboldt.
- Werner, S. (2009): „Den Tag irgendwie überstehen“ Zum Umgang mit psychischen Belastungen in der Altenpflege. In: *Pflegezeitschrift* 62 (7), 396–399.



Unterstützung der Selbstpflege: eine Leitungsaufgabe

Hauptproblem: Pflegenden geraten die eigenen Bedürfnisse oftmals aus dem Blick; Selbstpflegeimpulse rangieren dann an letzter Stelle. Eine Vernachlässigung der eigenen Gesundheit aufgrund falsch verstandener kollegialer Loyalität oder aufgrund eines überhöhten Anspruchs an die eigene Person führt in die Erschöpfung und kann depressive Verstimmungen nach sich ziehen.

Im Fall von Krankheitswellen werden Personallücken häufig durch Mehrarbeit geschlossen. Der Umgang mit den eigenen Krankheitssymptomen wird dann oft davon abhängig gemacht, wie der Tagdienst besetzt ist. Sich Kolleginnen und Kollegen gegenüber loyal zu verhalten erscheint Pflegenden zuweilen wichtiger als die Wahrung der eigenen Gesundheit. Oft wird der Arzt erst dann aufgesucht und eine Krankmeldung eingereicht, wenn es gar nicht mehr anders geht. Dies geschieht dann womöglich noch mit einem schlechten Gewissen, weil die Kolleg/-innen dann eine Lücke schließen müssen. Anders gesagt: Um das Thema Selbstsorge und Selbstpflege ist es in der Pflege schlecht bestellt. Die Eigenverantwortlichkeit Pflegender ist überlagert von der Fürsorge für andere. Es ist eine Leitungsaufgabe, deutliche Akzente zu setzen und einen Bewusstseinswandel einzuleiten. Wie anspruchsvoll diese Aufgabe ist wird daran deutlich, dass diese Akzente sehr viele Gesichter haben können. Bereits in der Ausstattung mit und in der sicherheitstechnischen und ergonomischen Beurteilung von technischen und kleinen Hilfsmitteln wird Farbe bekannt. Rückengerechtes Arbeiten ist aber damit längst nicht gewährleistet. Erst die fachgerechte und beständige Anwendung im Alltag und die Akzeptanz tragen zu einer dauerhaften Entlastung bei. Dabei muss das Thema immer wieder aufgefrischt werden, damit

auch neue Mitarbeiter/-innen den Geist des Hauses aufnehmen und Hilfsmittel als ein Bestandteil in die Pflegekultur integriert werden. Die Verantwortung für die Mitarbeitergesundheit wird auch in der Festlegung von Mehrarbeitsgrenzen sichtbar: Wer die Grenzen überschreitet, dem wird solange Freizeit zugesichert, bis eine vertretbare Stundenanzahl unterschritten ist. Dafür sind Konzepte für die Personalbesetzung in den Wohnbereichen notwendig. Antworten auf folgende Fragen müssen nicht von Leitungskräften alleine gegeben, sondern durch deren Unterstützung in einem Pflegeteam erarbeitet werden: Wie kann eine Überlastung in Pflegeteams verhindert werden? Wie werden Überlastungen in Wohnbereichen oder von Einzelnen „angezeigt“? Gibt es Angebote für Teams oder für Einzelne, wenn sich Überlastungen andeuten oder erst, wenn eine massive Überlastung eingetreten ist? Werden Konfliktgespräche durch professionelle Begleitung unterstützt? Besteht die Möglichkeit für Einzelcoachings oder Supervisionen? Leitungsaufgaben im Bereich Unterstützung der Selbstpflege betreffen auch kritische Situationen wie das Sterben von Bewohner/-innen oder tätliche Übergriffe auf Mitarbeiter/-innen. Mit Blick auf letztere sollte die Leitung die Entwicklung eines Konzepts zum Umgang mit tätlichen Übergriffen anstoßen.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:

- Im Laufe der Zeit kommt es zu einer gesteigerten Missachtung selbstpflegerischer Impulse und die Belastungsgrenzen werden überschritten.

Tipps:

- Erstellen Sie eine Liste mit den Namen aller Mitarbeiter/-innen Ihres Wohnbereichs und weisen Sie ihren Status (Fachkraft oder Pflegehilfskraft) aus. In ihr wird jede „Krankheitsvertretung“ verzeichnet. Die Liste wird über drei Monate geführt. Damit ergibt sich ein schneller Überblick, wer wie häufig eine Krankheitsvertretung übernommen hat. Die Übersicht kann der Selbstregulierung im Team dienen und für Führungskräfte hilfreich sein, um Maßnahmen im Sinne der Fürsorgepflicht einzuleiten.
- Legen Sie in Ihrem Wohnbereich eine Liste an, in die die Häufigkeit und die Formen tätlicher Übergriffe, die sich gegen Pflegende gerichtet haben, eingetragen werden. Nach einem festgelegten Zeitraum wird die Liste von Leitungskräften ausgewertet (siehe: „Für alle Fälle ...“ 2012).

- Sorgen Sie für eine Einrichtungskultur, die Selbstpflege unterstützt und in der Vorgesetzte mit gutem Beispiel voran gehen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Boschert, S. (2010): Sich kennen, verstehen und wertschätzen lernen. In: Pflegezeitschrift 63 (3), 158–160.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2012): Für alle Fälle ... Licht in das Dunkel bringen. Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen. Berlin.

6. Partizipation

Partizipative Konzeptentwicklung

Hauptproblem: Konzepte, die ohne die Beteiligung Pflegender entwickelt werden, provozieren Widerstand, sind zäh in der Umsetzung und werden oft nur mit viel Zeit, Druck und Kosten realisiert. Pflegende fühlen sich „ausgeladen“, aktiv ihren Arbeitsplatz mitzugestalten und zu „Arbeitsbienen“ degradiert.

Nur lebendige Konzepte sind gute Konzepte:

Einmal erstellt, liefert ein Konzept ein Grundgerüst, das immer wieder angepasst, ergänzt oder korrigiert werden muss. Ein Pflegekonzept gehört zur Grundausrüstung einer Pflegeeinrichtung – hier sind die Leitlinien beschrieben. Teilkonzepte wie Palliative Pflege oder Konzeptbausteine wie beispielsweise Bewegungsförderung, Biografiearbeit oder Schmerzmanagement müssen konkretisiert werden. An einer solchen Konkretisierung sollten Pflegemitarbeiter/-innen unbedingt beteiligt werden, um ihre Vorstellungen in die Diskussion einzubringen und das Ergebnis mitbestimmen zu können. Hierdurch werden die Einführung und Umsetzung von Konzepten erheblich erleichtert. Einbeziehung gewährleistet, dass Pflegemitarbeiter/-innen sich von den Anforderungen, die an sie gestellt werden, nicht überfahren fühlen und sich stattdessen als kompetent und selbstbestimmt erleben können.

Wenn konzeptionelle Inhalte in einer Arbeitsgruppe unter Mitwirkung Pflegender erstellt werden, die dann aufgrund eines standardisierten, trägerintern entwickelten Konzepts vom „Tisch gewischt“ werden, dann könnte die Frustration darüber durchaus zu einer „inneren Kündigung“ führen. Aus diesem Grund ist vor der Entwicklung von Konzeptbausteinen eine Klärung mit dem Träger (wenn vorhanden) unabdingbar, um Arbeit für den Papierkorb zu vermeiden und die Energie und das Engagement von Pflegenden nicht zu verschwenden. Zur Entwicklung konzeptioneller Inhalte gehört auch ein Umsetzungskonzept. Darin ist beschrieben, welche Informationswege für alle Beschäftigten gewählt werden, ob eine Pilotphase in einem Wohnbereich stattfindet, in welchen Zeiträumen Umsetzungsstapen erfolgen, wer als Ansprechpartner/-in für Fragen zur Verfügung steht, welche Reflexionsschritte geplant sind und wie Optimierungsmaßnahmen umgesetzt werden und letztendlich wieder Eingang in das Konzept finden.

Belastungen und Beanspruchungen	
Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Einbeziehung kann bei Pflegenden eine innere Distanz zum Arbeitsplatz entstehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende können das Gefühl von Beliebigkeit und Ersetzbarkeit auf Bewohner/-innen übertragen. Dadurch wird das Wohlbefinden geschmälert.

Tipps:

- Klären Sie innerhalb der Trägerschaft den Mehrwert von Konzepten ab: Die Entwicklung einrichtungsinterner Konzeptbausteine kann auch für andere trägerzugehörige Einrichtungen von Nutzen sein. Das Engagement einer Arbeitsgruppe wird aufgewertet, wenn das Ergebnis innerhalb der Trägerschaft verbreitet wird. Mit dessen Übernahme sollte eine Form der Anerkennung verbunden sein.
- Bieten Sie einmal im Jahr einen Workshop für engagierte Pflegemitarbeiter/-innen zu neuen Themen oder Konzepten der Zukunft an.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Kämmer, K.; Palm, G. (2009): Erkennen, kümmern, dranbleiben. In: *Altenpflege* 34 (12), 34–35.

Mitbestimmung bei der Fortbildungsplanung

Hauptproblem: Die Planung von Fortbildungen in einer Pflegeeinrichtung orientiert sich an gesetzlichen Anforderungen (z. B. Brandschutz), pflegerischen Neuerungen (z. B. Expertenstandards), organisatorischen Umstellungen (z. B. EDV-unterstützte Bewohnerdokumentation) und thematischen Schwerpunkten (z. B. Kinästhetik, Demenz). Pflegende werden oft nicht an der Planung beteiligt und bleiben somit in einer Position, in der andere entscheiden, welche Inhalte relevant sind. Diese Form der Unmündigkeit wirkt sich negativ auf das Gefühl der Selbstwirksamkeit Pflegender aus.

Die Einflussnahme auf die Planung hausinterner Fortbildungsveranstaltungen fördert die aktive Beteiligung und Mitgestaltung Pflegender und erhöht und stärkt die Identifikation mit dem Arbeitgeber.

Eine Abfrage im Herbst für die Planung des nächsten Jahres kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen:

- Pflegeteams führen in ihren Wohnbereichen einen Diskussions- und Abstimmungsprozess durch, um gemeinsam die Inhalte für ihren Bedarf festzulegen. Da die Vorstellungen zum Thema Gesundheitsförderung noch sehr vage sein dürften, kann eine Liste mit konkreten Vorschlägen zu

diesem Themenbereich den Einstieg in die Diskussion erleichtern. Über die wohnbereichsinterne Priorisierung der Themen wird sichergestellt, dass mindestens ein Thema der jeweiligen Kategorie berücksichtigt wird.

- In einer hausinternen Arbeitsgruppe werden Fortbildungsthemen verhandelt und ausgewählt. Die Themen lassen sich in Muss-Themen (z. B. Hygienevorschriften) und Kann-Themen (Biografiearbeit, Aromatherapie) unterteilen. Die Aufbereitung erfolgt in Form eines Fragebogens, der einen Überblick zu den „Pflichtthemen“ gibt und eine Befragung zu den optionalen Themen ermöglicht, die Pflegende ankreuzen und abgeben können.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:

- Eine strukturelle „Unmündigkeit“ führt zu Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz und letztendlich mit dem Pflegeberuf.

Tipps:

- Nutzen Sie Mitarbeiterversammlungen zur Mitbestimmung in der Fortbildungsplanung.
- Fordern Sie Pflegende dazu auf, Vorschläge für die Planung der Fortbildungen einzureichen. In einem festgelegten Zeitkorridor (im Herbst) können Karten in den „Fortbildungskasten“ abgegeben werden. Die Auswertung erfolgt vor der Mitarbeiterversammlung, so dass hier bereits Informationen gestreut werden können.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Schäfer, A.; Clees, J. (2011): Die sieben Todsünden. In: *Altenpflege* 36(11), 40–41

Werner, S. (2007): Personalentwicklung in der Altenpflege: Berufliche Weiterbildung liegt im Interesse aller. In: *Pflegezeitschrift* 60(4), 216–218

Verbesserungsvorschläge

Hauptproblem: Pflegende erleben es als Geringschätzung, wenn sie mit ihren Ideen oder Verbesserungsvorschlägen nicht gehört werden. Potenziale von Mitarbeiter/-innen werden verschwendet. Sinkendes Engagement und Frustration motivieren langfristig dazu, entweder den Arbeitsplatz zu wechseln oder die „innere Kündigung“ auszusprechen.

Pflegende wollen ihren Arbeitsplatz mitgestalten und Verbesserungen einbringen. Sehr engagierte Mitarbeiter/-innen stellen ihre Gedanken und Ideen Leitungskräften vor, um ihre Fähigkeiten zu entfalten, Veränderungen voranzutreiben und an den konzeptionellen Inhalten aktiv mitzuwirken. Die Motivation dafür ist mit dem Wunsch verbunden, für die Bewohner/-innen eine Verbesserung der Lebensqualität zu bewirken, Missstände für Bewohner/-innen und Pflegende zu beseitigen und/oder Neuerungen in die Arbeit für Pflegende einzubringen. Die Kraft dieser Motivation prallt nicht selten an den Türen von Vorgesetzten ab oder verpufft in den Gängen der Bürokratie. Wer dieses Potential ungenutzt versiegen lässt, verpasst die Chance, dass in der Einrichtung ein lebendiger Austausch geführt wird und Impulse für eine Weiterentwicklung genutzt werden. Diese Ressource kann auch für gezielte Fragestellungen fruchtbar gemacht werden, wenn beispielsweise nach einer MDK- oder Heimaufsichtsprüfung Mängel sichtbar werden.

Wichtig ist, Pflegenden zu signalisieren, dass Verbesserungsvorschläge erwünscht sind, wenngleich damit keine Garantie für eine direkte Umsetzung verbunden sein kann. Eine Kultur des lebendigen Miteinanders setzt auf die Beteiligung Pflegenden, egal, ob es sich um konzeptionelle Verbesserungen oder um Ideen für das Sommerfest, einen neuen Namen für einen Raum oder um die Gartengestaltung handelt. Pflegende erfahren, dass ihre Ideen oder Meinungen gefragt sind. Der Rücklauf oder die Visualisierung der Ergebnisse dürfen nicht vernachlässigt werden. Dies kann beispielsweise zum Jahresende in Form eines Rückblicks oder nach jedem „Aufruf“ in regelmäßigen Abständen erfolgen. Der Zusammenhang zwischen Verbesserungsvorschlägen und den daraus resultierenden Entscheidungen muss hergestellt werden. Durch Nachvollziehbarkeit und Transparenz vermittelt sich Pflegenden, dass gedankliche Anstrengungen aufgegriffen werden und in konkreten Umsetzungen münden. Das schafft Zufriedenheit.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Mitarbeiter/-innen sind frustriert, wenn Verbesserungsvorschläge mit fadenscheinigen Argumenten abgetan werden. Engagement verpufft mit der Erfahrung der Wirkungslosigkeit. Demotivation und Resignation können die Folge sein. 	<ul style="list-style-type: none"> Die „innere Kündigung“ kann sich auf die Beziehung zu den Bewohner/-innen negativ auswirken.

Tipps:

- Rufen Sie eine Kampagne aus:** Verbesserungskampagnen sind befristet und gut vorbereitet. Erstellen Sie eine Vorlage „Verbesserungsvorschlag“, stellen Sie eine beschriftete Einwurfbox an einem zentralen Ort in der Einrichtung auf, schaffen Sie einen Anreiz (Verlosung unter allen Vorschlägen) und verteilen die Karten für die Verbesserungsvorschläge in den Wohnbereichen und an zentralen Orten. Legen Sie ein Verfahren zur Auswertung der Einreichungen und zur Auswahl fest. Visualisieren Sie die Top 3 und sorgen Sie für die Umsetzung oder Weiterbearbeitung in Arbeitsgruppen. Eine Wertschätzung der eingereichten und ausgewählten Vorschläge kann in der Mitarbeiterversammlung oder beim jährlichen Mitarbeiterfest stattfinden.

- Anreiz oder Prämie für Verbesserungsvorschläge können sein: Gutscheine für Kurse bei der Volkshochschule, Büchergutscheine, Einkaufsgutscheine im Bioladen, Massagegutschein etc.
- Zur Einrichtungskultur gehören auch Feiern und Feste. Überlegen Sie, wie Erfolge gefeiert werden können (z.B. wenn ein Konzept fertig gestellt ist) und wie dies der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden kann (z.B. indem Mitarbeiter/-innen eingebunden werden, bei Veranstaltungen das Konzept zu präsentieren).

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Kämmer, K. (2009): Erkennen, kümmern, dranbleiben. In: *Altenpflege* 34 (12), 34–35.

Maaß, A. und M. (2006): Stärken stärken. In: *Altenpflege* 31 (4), 58–59.

Präsenz im Alltag

Hauptproblem: Einseitige oder wenige Kontakte zwischen Leitungsebene und Pflegenden verstärken die Rollenzuschreibung, in der Pflegende sich als „Befehlsempfänger/-innen“ sehen. Wenn ein großes Hierarchiegefälle besteht, dann tendieren Pflegeteams dazu, ein Eigenleben zu entwickeln und sich unauffällig abzuschotten. Veränderungen werden dann als „Anordnungen“ verstanden und teilweise als „Schikane“ erlebt.

Das Thema Partizipation bedeutet nicht nur die aktive Beteiligung von Pflegenden an Veränderungen und konzeptionellen Weiterentwicklungen, sondern auch die Beteiligung von Führungskräften am Pflegealltag. Unter der Voraussetzung, dass eine solche Präsenz nicht zur Kontrolle eingesetzt wird und auch nicht in der Weise verstanden wird, lassen sich durch einen derartigen Schritt Brücken zwischen den Hierarchieebenen etablieren. Echte Anteilnahme und Interesse an den Arbeitsbedingungen und an den Mitarbeiter/-innen selbst

ist die Voraussetzung dafür, dass die Anwesenheit von Leitungskräften positiv auf- und wahrgenommen wird. Situativ eignet sich hierfür beispielsweise die Beteiligung am Mittagessen der Bewohner/-innen. Eine derartige Aktivität lässt sich von der Führungskraft problemlos in die Wochenplanung integrieren, so dass ein regelmäßiger Besuch in jedem Wohnbereich ermöglicht wird. Führungskräfte verbessern dadurch nicht nur den Kontakt zu den Pflegenden, sondern erleben zudem ihre „Klienten“ in deren Wohnumfeld.

Belastungen und Beanspruchungen

Für Pflegende:	Für Bewohner/-innen:
<ul style="list-style-type: none"> Ein hierarchischer Führungsstil schafft Distanz zu Pflegenden. Das Selbstverständnis von Pflegenden wird nicht gestärkt und Arbeitsmotivation geschwächt. 	<ul style="list-style-type: none"> Eine geschwächte Motivation kann sich auf die Bewohner/-innen auswirken, weniger sensible Pflegende nehmen weniger empathisch deren Bedürfnisse wahr.

Tipps:

- Wählen Sie einen festen „Mittagessenstag“ aus und kündigen Sie die Beteiligung im Wohnbereich vorher an.
- Halten Sie den Kontakt zu Ihren Mitarbeiter/-innen – „Flurgespräche“ können hier schon einen wichtigen Beitrag leisten. Informieren Sie Ihre Mitarbeiter/-innen über aktuelle Entwicklungen.

Hilfreiches zum Weiterlesen:

Bauer, G. (2009): *High Touch in der Altenpflege. Emotionen, Sinn und Beziehung als Hauptaspekte erfolgreicher Führung.* Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Giesert, Marianne (Hg.) (2012): *Erfolgreich führen ... mit Vielfältigkeit und Partizipation.* Hamburg: VSA.

Heuser, K. (2011): Der Ursprung der Irrtümer. In: *Altenpflege* 36 (6), 38–39.



Literatur

- Bär, M.; Fenchel, V.; Marx, L. (2004): Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten: Arbeitshilfe für die Entwicklung und Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Bäuerle, K. (2007): Palliatives Milieu: Umgebungsgestaltung in der letzten Lebensphase. In: DeSS orientiert 1/07, 17–21. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2007_letzte_lebensphase_pflegerheim.pdf
- Bäuerle, K. (2006): Gärten für Menschen mit Demenz: Aufenthalt im Freien sollte Teil des Konzepts sein. In: *Altenheim* 45 (3), 17–19.
- Bauer, G. (2009): High Touch in der Altenpflege. Emotionen, Sinn und Beziehung als Hauptaspekte erfolgreicher Führung. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Berner, Renate (2012): Professionelles Schmerzmanagement. Sichere Umsetzung des Expertenstandards in die Pflegepraxis. Kempten: Mensch und Medien GmbH.
- Bickel, T.; Blumenauer, H. (2011): Besser spät als nie. In: *Altenpflege* 36 (12), 38–39.
- BidA – Balance in der Altenpflege (2012): Handlungsleitfaden zur Einführung und Umsetzung von betrieblichem Gesundheitsmanagement. Neuendettelsau: Diakonie Neuendettelsau www.balance-altenpflege.de
- Biedermann, M. (2004): Essen als basale Stimulation. Hannover: Vincentz Network.
- Bienstein, C., Fröhlich, A. (2006) Basale Stimulation in der Pflege – Die Grundlagen. Seelze-Velber: Kallmeyer bei Friedrich.
- Bleckmann, M.; Deuse, C. (2010): Vom Altenheim zum Bürgerhaus. In: *Altenheim* 49 (4), 36–39.
- Brieskorn-Zinke, M. (2011): Auf die eigene Wahrnehmung achten: Professionelle Gesundheitskompetenz und Selbstpflege. In: *Pflegezeitschrift* 64 (2), 80–83.
- Böttjer, M.; Strube, H. (Hrsg.) (2006): Neue Impulse für bewohnerorientierte Verpflegungskonzepte. Hannover: Vincentz Network.
- Buchinger, S. M. (2012a): Mit ethnischer Vielfalt umgehen. Das Integrationsverhalten multikultureller Pflegeteams. In: *Pflegezeitschrift* 65 (8), 474–477.
- Buchinger, S. M. (2012b): Chancen und Risiken multi-ethnischer Altenhilfeteams. In: *ProAlter* 44 (3), 38–41.
- Buchinger, S. M. (2011): Schritt für Schritt optimal versorgt: Modellprojekt verbessert Heimarztversorgung. In: *Pflegezeitschrift* 64 (6), 350–352.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2012): Für alle Fälle ... Licht in das Dunkel bringen. Mit schwierigen Themen in der Pflege offen umgehen. Berlin. www.modellprojekt-demos.de
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Chalfont, G. (2010): Naturgestützte Therapie. Tier- und pflanzengestützte Therapie für Menschen mit Demenz planen, gestalten und ausführen. Bern: Huber.
- Crawley, H. (2005): Essen und Trinken bei Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- DED Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (Hg.) (2005): Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen. Praktische Erfahrungen und Empfehlungen aus der Milieuthérapie. Rieseby: Selbstverlag Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.
- Boschert, S. (2010): Sich kennen, verstehen und wertschätzen lernen. In: *Pflegezeitschrift* 63 (3), 158–160.
- Demenz - Das Magazin (2010): In der Gemeinde. Heft 5.
- Demenz - Das Magazin (2009): Sicher sein. Heft 2.
- Demenz Support Stuttgart gGmbH (2010): DeSS orientiert: Licht und Demenz. http://www.demenz-support.de/Repository/dessjournal_1_2010_korr_Licht.pdf
- Dürk, B. (2012): Gesund und motiviert ins Rentenalter. In: *Pflegezeitschrift* 65 (8), 460–463.
- Ebner, S.; Kämmer, K. (2009): Vernetzt begleiten. In: *Altenpflege* 34 (6), 35–37.
- Ehret, T. (2011). Farben wirken: Gezielte Farbgestaltung im Seniorenheim. Beilage zur Zeitschrift pflegen: Demenz. Heft 19. Friedrich Verlag GmbH.
- Enke, A; Störzel, P. (2011): Auf nachhaltige Entwicklung setzen. In: *Pflegezeitschrift* 64 (4), 230–232.
- Eyßer, S. (2011): Demenzsensible Ausstattung. In: *Altenheim* 50 (6), 44–47.
- Fünfstück, M.; Oertel, D. (2008): Entwicklung eines Pflege- und Betreuungskonzeptes für Menschen mit Demenz: Leitfaden zeigt Weg zum gelebten Konzept. In: *Pflegezeitschrift* 61 (2), 82–86.
- Frank, A.; Kaltenegger, J. (2006): Prima Klima. In: *Altenpflege* 31 (4), 54–56.
- Giesert, Marianne (Hg.) (2012): Erfolgreich führen ... mit Vielfaltigkeit und Partizipation. Hamburg: VSA.
- Graber-Dünow, M. (2008): Heimküche: Erst outgesourct – jetzt in Eigenregie. In: *Altenheim* 47 (1), 23.
- Grimm, S. (2006): „Hier bin ich zu Haus!“. In: *pflegen: Demenz*. Heft 1, 30–34.
- Haarhaus, F. (2009): Chancen und Grenzen der ehrenamtlichen Tätigkeit aus Sicht des Trägers: Freiwilliges Engagement koordinieren. In: *Pflegezeitschrift* 62 (5), 286–287.
- Hasseler, M. (2010): Zusammenhang zwischen Polypharmazie und Sturz bei älteren Menschen: Multidisziplinäre Konzepte schaffen. In: *Pflegezeitschrift* 63 (1), 23–26.
- Heeg, S. (2007): Architektur als Therapie: Wohngruppe für Demenzkranke. In: *barrierefrei* 7 (2), 12–16.
- Heeg, S. (2008): Bau und Innenraumgestaltung. In: *Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hg.): Stationäre Versorgung von Alzheimer Patienten*. 6., aktualisierte Auflage. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 97–122.
- Heeg, S.; Bäuerle, K. (2011): Freiräume: Gärten für Menschen mit Demenz. 3. Auflage. Frankfurt: Mabuse.
- Heeg, S.; Bäuerle, K. (2008): Heimat für Menschen mit Demenz. Frankfurt: Mabuse.
- Heeg, S.; Mollenkopf, H.; Volpp, H. (2010a): Anwender und Hersteller gemeinsam an einem Tisch. In: *Altenheim* 49 (6), 20–24.
- Heeg, S.; Volpp, H.; Mollenkopf, H. (2010b): Therapeutische Architektur für Menschen mit Demenz - das Projekt Hüfingen. In: *medAmbiente* 13 (1), 30–31.
- Hellbrück, J.; Fischer, M. (1999): Umweltpsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Heuser, K. (2011): Der Ursprung der Irrtümer. In: *Altenpflege* 36 (6), 38–39.
- Höfler, H. (2010): Stressfrei in 10 Minuten: Ruhepausen und Energie-Kicks. Hannover: Humboldt.
- Kämmer, K. (2010): Kompetenzen und Potentiale. In: *Altenpflege* 35 (6), 36–37.
- Kämmer, K. (2010): Das therapeutische Bündnis. In: *Altenpflege* 35 (6), 33–35.
- Kämmer, K. (2009): Erkennen, kümmern, dranbleiben. In: *Altenpflege* 34 (12), 34–35.
- Kämmer, K. (2009): Qualität durch Wissen. In: *Altenpflege* 34 (7), 38–39.
- Kämmer, K. (2009): Wie einen Garten gießen. In: *Altenpflege* 34 (6), 35–36.
- Kämmer, K. (2008): Zeit ist Geld. In: *Altenpflege* 33 (4), 37–39.
- Kuhn, Christina (2011): Weiterbildung und Schulung im Pflegeheim. In: *Zukunftsforum Demenz: Arzneimittelversorgung im Pflegeheim – Balance zwischen Freiheit und medikamentöser Fixierung*. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, 51–57.
- Kuhn, C.; Radzey, B. (2005): Demenzwohngruppen einführen: Ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung. Stuttgart: Demenz Support Stuttgart gGmbH.
- Lang, G. (2010): Mitten in der Gemeinde. In: *Demenz – Das Magazin* 2010 (5), 17–19.

- Lemcke, C. (2008): Die Angehörigen ins Boot holen! Projektarbeit mit Angehörigen von demenzkranken Heimbewohnern. In: *pflegen: Demenz*. Heft 9, 26–29.
- Menebröcker, C.; Rebbe, J. (2008): Genuss im Alter: Kochen für Menschen mit Demenz. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Michels, B.; Fischer, C.; Schmidtman, U.; Raabe, H.; Schlichting, R.; Biedermann, M. (2004): Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim: Planungshilfe unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. 11. Auflage, Köln: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung BMA/BMGS Modellprojekte.
- Hanke, F. (2011): Konkrete Konsequenzen. In: *Altenpflege* 36 (5), 29–31.
- Meyer, G.; Möhler, R.; Krüger, C. (2012): Oberstes Gebot: Freiheit. In: *Altenpflege* 37 (7), 19–23.
- Pape-Raschen, K. (2009): Jeden Tag einen Schritt. In: *Altenpflege* 34 (6), 29–31.
- Perrar, K. M. (2009): Die Besonderheiten der Medikamentenabgabe bei Menschen mit Demenz und Schmerzen – Medikamente gegen den Schmerz. In: *pflegen: Demenz*. Heft 13, 20–23.
- pflegen: Demenz* (2008): Angehörige. Gemeinsam für die Betroffenen. Heft 9, 4. Quartal.
- pflegen: Demenz* (2007): Essen und Trinken. Heft 2, 1. Quartal.
- pflegen: Demenz* (2007): Spannungsfeld Pflege und Technik. Heft 4, 3. Quartal.
- ProAlter (2009): Home, sweet Home? Innenarchitektur für mehr Lebensqualität. 3/2009.
- Radzey, B.; Heeg, S. (2013a): Planungshilfe: Gemeinschaftsräume (in Vorbereitung).
- Radzey, B.; Heeg, S. (2013b): Planungshilfe: Licht (in Vorbereitung).
- Radzey, B. (2009): Behaglichkeit, Ästhetik und Funktionalität – Gestaltung von Wohn- und Lebensräumen für Menschen mit Demenz. In: *pflegen: Demenz*. Heft 12, 12–15.
- Radzey, B. (2005): Zwischen Lust und Frust: DCM-Beobachtungen zum Essen im Altenpflegeheim. In: *ProAlter* 37 (3), 12–17.
- Radzey, B.; Fischer, U. (2007): Zur Bedeutung von Ernährung im Alter insbesondere bei demenziellen Erkrankungen: Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. In: *pflegen: Demenz*. Heft 2, 8–12.
- Reich, M. (2011): Sozialer Kitt. In: *Altenpflege* 36 (2), 38–39.
- Reuter, B.; Voigt, G. (2008): Wie Mitarbeitende in der Altenpflege lernen, ihre Kommunikation zu verbessern: Das multikulturelle Team als Herausforderung und Chance. In: *Pflegezeitschrift* 61 (9), 490–493.
- Richter, R. (2012): Offen, beschützend, geschlossen. In: *Altenheim* 51 (6), 16–23.
- Riesner, C.; Müller-Hergl, C.; Mittag, M.; Bruce, E.; Surr, C.; Tibbs, M. A.; Downs, M.; Wey, S. (2005): „Wie geht es Ihnen?“ Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Köln: KDA.
- Rißmann, U.; Becker, C. (2010): Mehr Bewegung für die Bewohner. In: *Altenheim* 49 (8), 18–21.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2007): Ernährung bei Demenz. Bern: Huber.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2007): Technische Unterstützung bei Demenz. Bern: Huber.
- Rutenkröger, A. (2006): Wenn der Rücken schmerzt – Schmerztherapie mit komplementären Pflegemethoden. Klinische Beobachtungsstudie zu Erleben und Verlauf von Rückenschmerzen. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Schäfer, A.; Clees, J. (2011): Die sieben Todsünden. In: *Altenpflege* 36 (11), 40–41.
- Schmidl, M. (2011): Recht auf „chronische“ Heimärztinnen. Das Recht auf eine kontinuierliche ärztliche Sorge durch vertraute Personen. In: Kojer, M.; Schmidl, M. (Hg.): Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Wien/New York: Springer, 206–212.
- Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (Hg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice“. Berlin/München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; TNS Infratest Sozialforschung; Abteilung für Psychologische Altersforschung, Universität Heidelberg; Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneider-Grauvogel, E.; Kaiser, G. (2009): Licht + Farbe. Wohnqualität für ältere Menschen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Schneider-Schelte, H. (2008): Grundsätze einer gelingenden Angehörigenarbeit: Heißen Sie Angehörige willkommen auf Ihrer Station! In: *pflegen: Demenz*. Heft 9, 12–15.
- Schuhmacher, B.; Becker, C.; Koczy, P.; Viol, M.; Klie, T. (2010): Beispiele für eine gute Praxis bei der Vermeidung von körpernahen Fixierungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege: Best-Practice-Bericht zum Projekt ReduFix Praxis. Freiburg: AGP Institut für angewandte Sozialforschung.
- Seigel, M. (2009): Immer auf dem aktuellen Wissensstand. In: *Häusliche Pflege* 18 (12), 20–24.
- Solidar – Freiwillige Soziale Dienste e.V. (2007): Jubiläum SOLIDAR e.V. 2007. <http://www.solidar-fsd.de/pdf/Festschrift-SOLIDAR-10-10-2007.pdf>
- Strunk-Richter, G. (2008): In den Blick nehmen. In: *Altenpflege* 33 (4), 42–43.
- Technische Universität Dresden (2012): Handlungshilfe für Demografiefeste Arbeitsplätze in der Pflege. Dresden: Eigenverlag. www.demogap.de
- Thüler, M. (2003): Wohltuende Wickel – Wickel und Kompressen in der Kranken- und Gesundheitspflege. 9. Auflage. Kornwestheim: Brockhaus Commission.
- Werner, S. (2009): „Den Tag irgendwie überstehen“ Zum Umgang mit psychischen Belastungen in der Altenpflege. In: *Pflegezeitschrift* 62 (7), 396–399.
- Werner, S. (2007): Personalentwicklung in der Altenpflege: Berufliche Weiterbildung liegt im Interesse aller. In: *Pflegezeitschrift* 60(4), 216–218.
- Wolter, D. (2009): Neuroleptika für Demenzkranke: Risiken und zulassungsüberschreitende Anwendung. In: *Dr. med. Mabuse* 34 (180), 45–48.
- Zemlin, C.; Müller-Hergl, C. (2008): Mitarbeiter werden zu internen Experten. In: *Altenheim* 47 (1), 36–38.
- Zieres, G.; Weibler, U. (2008): Essen ist Leben. Ein Praxisratgeber für die Ernährung älterer Menschen. Dienheim: latros Verlag.

Auswertungsmatrix für Checkliste

Die Ergebnisauswertung einer Checkliste, die in einer Gruppe bearbeitet wurde, erfolgt am Flipchart. Hier kann die aufgeführte Tabelle als Orientierung zur Visualisierung dienen.

Zur Dokumentation der Gruppenergebnisse und zur Ableitung von Maßnahmen ist die Checkliste 1 exemplarisch ausgearbeitet (siehe Bsp. unten).

Checkliste Nr. 1
KOPIERVORLAGE

Thema: Umweltstressoren für Menschen mit Demenz – Über-/Unterstimulation

Einrichtung bzw. Wohnbereich: Haus Sonnenschein

Durchgeführt am: 25.10.2012 | von: 13:30 - 14:30 Uhr | Leitung: M. Groß

Teilnehmer/-innen: A. Müller, C. Schmid, K. Maier, L. Ruppert, R. Berner, H. Sieber, P. Wende, B. Klein, M. Schneider, W. Greiner, N. Bauer | Anzahl insg. 11

Einsatz im Zusammenhang mit: Kurzfortbildung

Antwort (jeweils einen Strich eintragen)

Stichwort	ja	nein	weiß nicht
1. Beleuchtungskonzept			+++ +++
2. Akustische Umgebung			+++ +++
3. Raumgeruch	+++		
4. Raumklima	+++		+++
5. Aufenthalts- und Essbereich			+++ +++
6. Gruppengröße und Überschaubarkeit		+++ +++	
Ergebnis: 6 Fragen x 11 Teilnehmer/-innen = 66	12	14	40

Reflexion:

- Diskussion zur Wirkung von Licht auf den Biorhythmus, Stimmung etc. war vielen Teilnehmer/-innen neu.
- Die akustische Umgebung wird im Pflegealltag kaum wahrgenommen. Radio läuft, um das Schweigen im Aufenthaltsbereich „erträglich“ zu machen oder um die störenden Geräuschquellen wie Rufe von Bewohner/-innen zu überdecken.
- Raumklima wird individuell bewertet und vielen Teilnehmer/-innen finden es zu warm, aber wohl angemessen für die Bewohner/-innen.
- Der Aufenthaltsbereich wird als zu klein wahrgenommen, das Rangieren mit Rollstühlen und die vielen Rollatoren stehen im Weg. Hier wurde darüber nachgedacht, ob die Tischgruppen optimiert werden können, damit mehr Rangierfläche möglich wird.
- Eine Gruppengröße mit 25 Bewohner/-innen ist bei den Mahlzeiten anstrengend. Es herrscht oft hektische Betriebsamkeit, vor allem bringen demenzerkrankte Bewohner/-innen viel Unruhe (stehen vom Platz auf, rufen, essen mit den Fingern etc.), was von den rüstigen Bewohner/-innen entsprechend kommentiert wird.

Maßnahmen:

- Helligkeitsmessgerät und Schallpegelmessgerät anschaffen
- Vertiefung zum Thema Licht und Bewegung planen
- Empfehlung, Arbeitsgruppe zum Thema Mahlzeiten gestalten

Zuständigkeit: S. Seifert (PDL) | Umsetzung bis zum: Dezember 2012

Checkliste Nr.

Thema: _____

Einrichtung bzw. Wohnbereich: _____

Durchgeführt am: _____ | von: _____ | Leitung: _____

Teilnehmer/-innen: _____

Anzahl insg. _____

Einsatz im Zusammenhang mit: _____

Antwort (jeweils einen Strich eintragen)

Stichwort	ja	nein	weiß nicht
Ergebnis: Fragen x Teilnehmer/-innen = 			

Reflexion:

Maßnahmen:

Zuständigkeit: _____ | Umsetzung bis zum: _____

Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Demografischer Wandel in der Pflege“ wurden in drei Projekten ganzheitliche Ansätze für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit im Pflegeberuf erarbeitet.

Praxisorientierte Handlungsanleitungen informieren über Belastungen in der Pflege, die damit verbundenen Risiken und Möglichkeiten, stellen erprobte Konzepte und Herangehensweisen vor und wollen zur nachhaltigen Umsetzung betrieblicher Maßnahmen motivieren.

Das Modellprojekt DemOS wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert, durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin fachlich begleitet und von der Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung unterstützt.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Fachlich begleitet durch:



Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin

Begleitet durch:



Gesellschaft für soziale
Unternehmensberatung mbH

Projektdurchführung:



Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer