

Best Practice 2008



Dokumentation

Sinnvolle Ansätze zur Begleitung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung

Fachtag am 30. Januar 2008 in Stuttgart



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



*Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer*

Inhaltsverzeichnis

Einführung zur Ausschreibung	3
Beiträge zum Fachtag am 30. Januar 2008	
<i>Peter Wißmann:</i> Begrüßung und Einführung ins Thema	5
<i>Reimer Gronemeyer:</i> Scheitern und Gelingen: Zum Umgang mit Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz - was können wir lernen	9
<i>Gerda Graf:</i> Das Konzept Holde: Hospizkultur und palliative Versorgung im Pflegeheim	14
Präsentation der Preisträger	
1. Preis: „Treffpunkt“ Kieler Servicehäuser der AWO, Kiel	19
2. Preis: Heywinkel Haus, Osnabrück	21
3. Preis: Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V., Düsseldorf	23
Ausgewählte Konzepte und Projekte	
Azurit Seniorenzentrum Laaberg	25
Haus Drei Linden, Wollbrandshausen	26
Haus Schwansen, Rieseby	27
Pflegeheim Heiliggeiststift, Freiburg	28
Altenwerk Marthashofen, Grafenrath	29
Diakoniestation Mössingen	30
Verein „Gemeinsam statt Einsam“, Kirchheim/Teck.....	31

Einführung zur Ausschreibung „SinnVoll: Die Pflege von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung“

1. Problem und Herausforderung

Die Bereitstellung einer qualitätvollen Versorgung von Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden, ist und wird auch zukünftig eine der großen Herausforderungen für unsere Gesellschaft sein. In den letzten Jahren konnten durch gemeinsame Anstrengungen bei einer Vielzahl von Projekten und Initiativen Verbesserungen in der Betreuungssituation von Menschen mit Demenz erzielt werden. Es gibt einen deutlichen Wissenszuwachs in Bezug darauf, was die strukturellen Eckpfeiler einer qualitätvollen Betreuung sind und wie innerhalb derer Lebensqualität für die Betroffenen erreicht werden kann.

Anders stellt sich die Situation bei Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung dar. Neben massiven kognitiven Beeinträchtigungen leiden sie an einer Vielzahl physischer Störungen. Oft fehlt ihnen die Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme, sie sind in ihrer Mobilität stark eingeschränkt, hinzu kommt häufig eine Inkontinenz. Als Folge besteht ein hohes Risiko für Muskelkontrakturen, Dekubiti und Infekte. Ihre Bedürfnisse nach Identität, Wertschätzung und Interaktion mit der Umwelt laufen Gefahr, keine Befriedigung zu finden. Oftmals zeigen sie so genannte herausfordernde Verhaltenweisen. Diese große körperliche und seelische Bedürftigkeit bedingt, dass diese Menschen in allen Bereichen des täglichen Lebens vollständig auf die Unterstützung Dritter angewiesen sind.

Da die Möglichkeiten verbaler Kommunikation in diesen Krankheitsstadien meist vollständig verloren gehen, liegt die Gestaltung einer qualitäts- und respektvollen Betreuung in der Hauptsache im Ermessen der Pflegenden. Diese müssen in der Lage sein, sowohl die physiologischen, als auch die psy-

chosozialen Bedürfnisse, wie den Wunsch nach sozialer Interaktion oder sensorischer Anregung richtig zu deuten. Um diese anspruchsvolle Aufgabe zu bewältigen, benötigen Pflegenden ein fundiertes pflegerisch-medizinisches Fachwissen sowie ein hohes Maß an Empathie und die Fähigkeit zur liebevollen Fürsorge.

(Inter)nationale Forschungsarbeiten belegen eine deutliche Unterversorgung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Defizite bestehen im Hinblick auf adäquate Schmerzbehandlung, bedarfsgerechte Nahrungsaufnahme und angemessenes Symptommanagement. Ebenso mangelt es an Konzepten, deren Ziel die Befriedigung der psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse ist. Insgesamt besteht große Unsicherheit bei der Beantwortung der Frage, wie man eine angemessene Pflege dieser Menschen gestalten kann, damit ein größtmögliches Maß an Leidensfreiheit und Wohlbefinden erreicht wird, zumal die Betroffenen in diesen fortgeschrittenen Demenzstadien noch jahrelang leben können. Da dies ein nur schwer zu beforschendes Themenfeld ist, bietet die Forschung bisher nur wenig verlässliches Wissen.

2. Ziel der Ausschreibung

Mit ihrer Ausschreibung „SinnVoll: Die Pflege von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung“ wollte die Demenz Support Stuttgart gGmbH im Sommer 2007 einen anderen Weg der Wissensgenerierung einschlagen. Ziel war es, Beispiele einer guten Versorgungspraxis für Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz auf allen Ebenen der Versorgung ausfindig zu machen und innovative Ansätze in allen Bereichen der Alten- und Krankenversorgung zu sammeln, denen es gelungen ist, ein qualitätvolles Versorgungskonzept für schwer demenzkranke Menschen zu etablieren. Drei besonders herausragende Konzepte wurden prämiert (siehe unten). Gemeinsam mit allen Akteuren möchte die Demenz Support Stuttgart einen verantwortungsbewussten Umgang mit neuen Betreuungskonzepten fördern, aktuelle Entwicklungen und vorhandenes Erfahrungswissen öffentlich zugänglich machen. Diese Dokumentation zur Ausschreibung „SinnVoll“ soll einen Beitrag zum Informationstransfer in die Versorgungspraxis leisten.

3. Teilnehmergruppe und Bewerbungen

Die Ausschreibung „SinnVoll“ richtete sich an alle Träger, Einrichtungen und sonstigen Dienstleister der stationären und ambulanten Pflege, an Kliniken und Krankenhäuser sowie bürgerschaftlich organisierte Initiativen, die Konzepte zu einer qualitätvollen Versorgung für Menschen mit Demenz in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung entwickelt haben und diese bereits erfolgreich umsetzen. Fristgerecht (zum 15. November 2008) gingen insgesamt 30 Bewerbungen aus folgenden Bereichen ein:

- stationäre Altenpflegeeinrichtung: 17 Bewerbungen
- ambulante Pflege: 2 Bewerbungen
- ambulant betreute Wohngruppe: 2 Bewerbungen
- Klinik/Krankenhaus: 2 Bewerbungen
- bürgerschaftlich organisierte Initiative: 2 Bewerbungen
- Schulungskonzept: 3 Bewerbungen
- Sonstige: 2 Bewerbungen

4. Auswahlkriterien des fachlichen Beirats

Ein fachlich unabhängiger Expertenbeirat wertete die eingegangenen Bewerbungen nach den folgenden Kriterien aus:

- Eindeutigkeit und Klarheit der Zielformulierungen,
- eindeutige Kriterien zur Identifizierung der Zielgruppe,
- Nachvollziehbarkeit des Konzepts,
- Darstellung der Umsetzungsstrategien und -erfahrungen,
- Darstellung der Praxiserfahrungen bzw. der Ergebnisse, die Konzeptanpassungen erfordert haben (strukturelle Veränderungen, Bewusstseinsveränderung des Pflegepersonals, Ethikbeauftragte etc.),
- Schlüssigkeit des Antrags insgesamt.

Mitglieder des fachlichen Beirats waren:

- Prof. Dr. Astrid Elsbernd, *Professorin für Pflegewissenschaft, Hochschule Esslingen*
- Gerda Graf, *Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz und PalliativVerbandes e.V.*

- Prof. Dr. Dr. Reimer Gronemeyer, *Professor für Soziologie an der Universität Gießen, Vorstand der Aktion Demenz e.V.*
- Dr. Klaus Maria Ferrar, *Oberarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie an den Rheinischen Kliniken Düren, Mitglied des Expertenbeirats des Deutschen Hospiz und PalliativVerbandes e.V.*
- Prof. Dr. Andreas Heller, *Leiter der Abteilung „Palliative Care und Organisationsethik“ an der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt in Wien*



5. Preisverleihung

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Fachtags am 30. Januar 2008 vergab die Demenz Support Stuttgart drei monetäre Preise in Höhe von 5.000 Euro, 2.500 Euro und 1.250 Euro. Die prämierten Konzepte, sowie weitere ausgewählte Betreuungsansätze, die das gesamte Spektrum der eingegangenen Bewerbungen spiegeln, werden weiter unten in dieser Dokumentation ausführlich dargestellt.



Begrüßung und Einführung ins Thema

Peter Wißmann, Geschäftsführer der Demenz Support Stuttgart gGmbH

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Gäste!
Ich begrüße Sie herzlich als Geschäftsführer der Demenz Support Stuttgart zu unserem heutigen Fachtag mit dem Titel „Sinnvolle Ansätze zur Begleitung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung“. Vorab: Sie alle haben mir einen großen Wunsch zerschlagen. Als Kritiker von Veranstaltungen, die als Frontalveranstaltungen aufgebaut sind – hier die Redner, dort das Publikum, das sich gegenseitig auf den Rücken statt in die Augen schaut – wollte ich gerne eine mehr auf Dialog zielende Raumkonzeption realisieren. Dass das nicht möglich war, liegt an der großen Nachfrage, die unser Fachtag gefunden hat und daran, dass wir wesentlich mehr Teilnehmer zugelassen haben, als eigentlich geplant. Konkret: Heute sind wir über 160 Teilnehmer im Saal, fast 60 weiteren Personen mussten wir leider eine Absage erteilen. Wir freuen uns natürlich über das große Interesse, und ich möchte die Tatsache, dass Sie nun wieder einmal den anderen Teilnehmern auf den Rücken schauen müssen, durch ein kleines Vorspiel etwas entschärfen. Sie werden heute nicht alle anderen Teilnehmer kennen lernen können, aber vielleicht

doch zwei bis drei. Ich bitte Sie alle jetzt, sich umzudrehen, den unmittelbar hinter ihnen sitzenden zwei oder drei Personen zuzuwenden, sich gegenseitig kurz vorzustellen und mitzuteilen, was sie motiviert hat, hier heute anwesend zu sein. Hierzu haben Sie exakt drei Minuten Zeit! Los geht's!

Sehr geehrte Damen und Herren,
auch wenn man gängigen Einteilungsmodellen der Demenz nach Schweregraden durchaus kritisch gegenübersteht, weil man weiß, dass sie oft als Beleg für eine scheinbare Gradlinigkeit und Schicksalhaftigkeit von Demenzverläufen missverstanden werden, und weil man weiß, dass viele Menschen mit Demenz bis zu ihrem Tod aktiv, mobil und sozial integriert leben können, kommen wir nicht umhin zu konstatieren, dass es eine bestimmte Personengruppe gibt, die wir bei der Demenz Support mit dem durchaus sperrigen Namen „Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung“ bezeichnet haben.

Wer sind diese Menschen oder wen zählen wir zu dieser Gruppe? Wir haben versucht, sie so zu beschreiben: Unter Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung verstehen wir diejenigen, die mit erheblichen physischen und kognitiven Beeinträchtigungen zu tun haben. In ihrer Mobilität sind sie sehr stark, oft bis zur Bettlägerigkeit, eingeschränkt. Eine fehlende oder massiv beeinträchtigte verbale Kommunikationsfähigkeit führt zu großen Gefahren. So werden Schmerzen oft nicht erkannt, da sie von den Betroffenen nicht mehr geäußert werden können und nonverbale Ausdrucksformen von der Umwelt nicht richtig gedeutet werden. Psychosoziale und spirituelle Bedürfnisse werden leicht übersehen oder übergangen, denn auch sie können nicht mehr zum Ausdruck gebracht werden, oder sie werden nicht mehr als relevant betrachtet. Die Menschen zeigen vielleicht so genannte herausfordernde Verhaltensweisen, aber nicht etwa Weglaufen, sondern eher Apathie und Abkapselung. Und sie sind tatsächlich oft von der Umwelt isoliert. Die Pflegewissenschaftlerin Angelia Zegelin (2005) hat zum Thema Bettlägerigkeit geschrieben:

„Menschen, die zurückgezogen im Bett liegen, sind der Aufmerksamkeit entzogen; sie protestieren kaum und sind öffentlichen Blicken nicht zugäng-

lich – die begrenzten Ressourcen der beruflich Pflegenden widmen sich eher dem „Akuten“ und „Lautstarken“. Die „stumme Gefährdung“ des weiteren Rückzugs pflegebedürftiger Menschen ins Bett und in die Innerlichkeit erfordert eine deutliche Aufmerksamkeit und Aufwertung in den Einrichtungen.“

Wie sehr gilt diese auf Bettlägerige allgemein gemünzte Aussage erst recht bei Menschen mit Demenz! Sie sind eine besonders vulnerable Gruppe. Und: Sie sind auf allen Bedürfnissebenen, den körperbezogenen – Stichwort: Nahrungsaufnahme – und den psychosozialen – Stichwort: Anerkennung – von Dritten abhängig. Sie gehören zu den großen „Losern“ im Pflegebetrieb; zu denen, die durchs Raster fallen.

Aus der Analyse der internationalen Fachliteratur und Forschung wissen wir, dass wir nicht wirklich viel über diese Menschen wissen. Aber: Internationale Studien belegen eine große Unterversorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz und stellen Defizite insbesondere in den Bereichen Schmerzbehandlung, Nahrungsaufnahme und Symptommanagement fest. Hier besteht großer Handlungsbedarf.

Der amerikanische Psychiater Prof. Ladislav Volicer erweitert diese Perspektive jedoch noch und bringt auf den Punkt, worum es geht: „Viele behaupten, Demenzpatienten würden früher oder später in einem Stadium dauerhaften Dahinvegetierens enden. Dem widerspreche ich ganz entschieden. Es ist wichtig anzuerkennen, dass Menschen mit stark fortgeschrittener Demenz noch immer empfindsame Wesen sind, die ihre Umwelt bewusst wahrnehmen und einen Anspruch auf stimulierende, Lebensqualität und Wohlbefinden fördernde Begegnung haben.“ (Demenz Support 2006).

In seinem Modell weist er „bedeutsamen Aktivitäten“ neben medizinischen Aspekten und psychiatrischen Symptomen die wichtigste Rolle für die Lebensqualität im fortgeschrittenen Demenzstadium zu (Volicer & Bloom-Charette 1999) und fordert, dass diese bedeutsamen Aktivitäten in den Alltag zu integrieren seien (Volicer 1997). Damit ist das wesentlichste Ziel einer Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz beschrieben: Es geht um Lebensqualität; und diese beinhaltet neben wei-

teren Aspekten auch die Frage sozialer Inklusion.

Doch dann das: „Für viele ist es das schlimmstmögliche Ende: das Leben zu verlieren, lange vor dem Tod. Schon heute dämmern rund eine Million Demenente in Deutschland dahin, Jahr für Jahr werden es mehr. [...] Dabei wird kaum ein Schicksal für das eigene Alter so gefürchtet wie das, irgendwann nur noch dumpf und dämmernd in einem Heimbett zu liegen. Lieber lahm, blind oder am besten gleich tot – aber um Gottes Willen nicht das, kein lebendiges Versinken ins ewige Vergessen. [...] Das Elend beginnt schleichend und kaum merklich. Doch in Jahren löst sich auf, was einmal ein Leben war. [...] Bis heute, heißt das, endet dieses Leiden so entsetzlich, dass kaum mehr von einem Menschen bleibt als eine welke Hülle und Kinder ihren kranken Eltern nur noch den Tod wünschen, damit das tagtägliche Sterben ein Ende hat.“ (Ochmann 2007).

Was Sie soeben gehört haben sind Zitate aus dem Leitartikel eines großen deutschen Boulevardmagazins, des Stern, den dieser im November letzten Jahres veröffentlicht hat. Es muss uns klar sein: Hier wird von der Zielgruppe unsers heutigen Fachtages gesprochen. Diejenigen, die ich vor wenigen Minuten als vulnerable und abhängige Menschen bezeichnet habe und die Prof. Volicer als empfindsame, ihre Umwelt wahrnehmende Wesen bezeichnet hat, sind hier nur noch vor sich hin vegetierende Körperhüllen, denen angeblich selbst von ihren Angehörigen nur noch der leibliche Tod gewünscht wird. Soviel zu Bildern, wie sie in der Gesellschaft vorzufinden sind und wie sie – wie das Beispiel Stern zeigt – ganz offiziell kolportiert werden.

Übrigens: Die Aktion Demenz e.V. und die Demenz Support Stuttgart haben auf den Artikel des Stern mit einem langen und geharnischten Brief an die Redaktion geantwortet. Und es ist auch eine Reaktion erfolgt. Der verantwortliche Redakteur, Leiter des Ressorts Medizin und Wissenschaft (!), hat unsere Vorwürfe zurückgewiesen und seinem eigenen Beitrag wissenschaftliche Fundierung attestiert.

Meine Damen und Herren, erlauben Sie mir ein offenes Wort: So etwas hat mit Wissenschaftlichkeit nichts zu tun, so etwas ist einfach nur verantwortungsloser und menschenverachtender Boulevard-Journalismus!

Aber: Das Beispiel Stern zeigt exemplarisch auf, welche diffizilen ethisch-moralischen Fragestellungen mit unserem Thema verbunden sind. Ich denke, Prof. Gronemeyer wird diese Aspekte in seinem Vortrag auch noch einmal thematisieren.

Menschen mit fortgeschrittener Demenz sind vor allem ein Thema der Praxis. Hier – in der Praxis – erfährt man sie als „Problem“ oder besser: als Herausforderung. Und so haben sich denn manche in der Praxis auf den Weg gemacht, um konkret etwas an der Situation dieser Menschen zu verbessern. Eine große Rolle in der öffentlichen Diskussion spielen dabei aktuell so genannte Pflegeoasen als spezielle Versorgungsform für Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Als Demenz Support Stuttgart haben wir gerade die erste Evaluation einer solchen Oase in Holle (Niedersachsen) abgeschlossen. Es ist auch dringend notwendig, dass dieser Versorgungsansatz wissenschaftlich angeschaut und ausgewertet wird. Diskussion und Praxis dieses Konzeptes bewegen sich in Deutschland momentan irgendwo zwischen einzelnen sehr ernsthaft durchdachten Modellen von Trägern, zum Teil sehr unkritischen und unreflektierten oasenähnlichen Modellen und einer oft sehr polemischen Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Kritikern der Oasen.

Doch gehen Bemühungen zur Verbesserung der Versorgungssituation von schwer dementen Menschen in sehr verschiedene und vielfältige Richtungen. Diese herauszufinden und einer öffentlichen Diskussion zuzuführen war das Ziel unserer Best-Practice-Ausschreibung „SinnVoll“. Wir wollten wissen, was es in der Praxis alles an bereits erprobten und vielleicht auch bewährten Modellen gibt. Heute sind wir unter anderem auch hier, um drei dieser Praxismodelle auszuzeichnen.

Lassen Sie mich kurz die Best-Practice-Ausschreibung darstellen. Wir hatten insgesamt 30 termingerecht eingereichte Bewerbungen. Sie repräsentierten im Wesentlichen das Spektrum, das wir in unserer Ausschreibung auch angesprochen hatten. Da sind Modelle aus dem stationären Bereich, vor allem dem Heimbereich, aber auch aus Kliniken und Krankenhäusern. Da haben sich Projekte aus dem Bereich der ambulanten Pflege und der ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit

Demenz beteiligt. Da gibt es bürgerschaftlich organisierte Initiativen, und es gibt Schulungskonzepte. Nicht alle entsprachen den Kriterien der Ausschreibung. So gibt es eine ganze Reihe recht ansprechender Praxismodelle, die sich zum Teil aber gar nicht auf die spezielle Zielgruppe von „SinnVoll“ beziehen. Es gibt Ansätze, die neue Versorgungssettings beinhalten – Beispiel Oase – und es gibt Modelle, die ganz bewusst Lösungen innerhalb der existenten Strukturen suchen, also beispielsweise innerhalb einer normalen Demenzwohngruppe im Heim oder auch in normalen Senioren-Wohnhäusern. Oft sind es Einzelaspekte, die aufgegriffen und mit Blick auf die Zielgruppe konzeptionell und praktisch zu spezifischen Handlungsansätzen entwickelt werden. Beispiele für solche wichtigen Einzelaspekte können die Nahrungsaufnahme oder das „Sinnvolle Baden“, wie es in einem Konzept heißt, als Element des Sinnes-Erlebens sein. In einigen Projekten geht es um Vernetzung, um die Vernetzung von Diensten oder auch um die Vernetzung von ambulanter Pflege und Palliativpflege. Und es gibt Projekte, deren Inhalt die Qualifizierung von beruflich oder bürgerschaftlich engagierten Menschen ist.

Wir werden all diese Projekte heute nicht vorstellen können. Wir werden nur die drei Preisträger kurz vorstellen und Ihnen Gelegenheit geben, direkt bei den Gewinnern nachzufragen. Aber wir werden die Ergebnisse der „SinnVoll“-Ausschreibung, die Projekte und auch die Beiträge dieses Fachtags zu einer Dokumentation zusammenfassen und der Öffentlichkeit auf unserer Webseite zur Verfügung stellen. Denn das Ziel ist ja der Informationstransfer von der Praxis in die Praxis.

Was zeigen uns die Ergebnisse von „SinnVoll“?

Die Demenz Support Stuttgart möchte zu einer sol-

- Sie zeigen, dass sich in der Praxis etwas tut und dass die Herausforderung, die Betreuungs- und Lebenssituation von Menschen mit fortgeschrittener Demenz zu verbessern, bei vielen angekommen ist.
- Sie zeigen auch, dass es viele unterschiedliche Ansätze gibt und eine Verengung der Diskussion auf spezielle Lösungswege nicht zielführend ist.

- Und sie machen deutlich, dass diese sehr lebendigen und realen Ansätze in einen informativen und kommunikativen Austausch gebracht werden müssen und auch,
- dass fast alle dieser (als Reaktion auf Probleme in der Praxis geborenen) Konzepte einer Auswertung und Fundierung durch wissenschaftliche Studien bedürfen.

chen Untermauerung weiterhin beitragen. Die Pilotstudie zur Oase in Holle war ein erster Schritt, in diesem Zusammenhang. Schon heute möchte ich Sie auf eine Veranstaltung am 8. Juli 2008 hinweisen. Dort werden wir im Rahmen eines Fachtags die Ergebnisse dieser in Deutschland ersten Studie zu einer Oase vorstellen und diskutieren. Wir möchten darauf aufbauend sowohl weitere Pflegeoasen, als auch andere Konzepte zur Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz beforschen. Die Fragstellung lautet: Wie wirken sich die jeweiligen Konzepte auf die Lebensqualität der Zielgruppe aus? Falls Sie sich angesprochen fühlen, nehmen Sie bitte Kontakt zu uns auf.

Meine Damen und Herren,
ich möchte zum Abschluss Dank aussprechen. Mein erster Dank gilt dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), das die Ausschreibung „SinnVoll“ und diesen Fachtag gefördert hat. Ich bedanke mich bei all denjenigen, die sich mit einem Beitrag an der Ausschreibung „SinnVoll“ beteiligt haben. Dank geht an die Jury, die ihre Aufgabe, die eingereichten Konzepte durchzuarbeiten, zu bewerten und drei Preisträger auszuwählen, sehr konstruktiv gelöst hat. Mitglieder der Jury waren Herr Prof. Reimer Gronemeyer (Uni Gießen), Herr Dr. Klaus Maria Perrar (Rheinische Kliniken Düren), Frau Gerda Graf (Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof und Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes), Herr Prof. Andreas Heller (Alpen Adria Universität Klagenfurt/Wien) sowie Frau Prof. Astrid Elsbernd (Hochschule Esslingen). Und ich bedanke mich beim Team der Demenz Support Stuttgart, das wieder einmal wundervoll zusammengearbeitet hat.

Auf einer Veranstaltung der Robert Bosch Stiftung in Berlin anno 2006, auf der die Aktion Demenz e.V. aus der Taufe gehoben wurde, sahen wir uns bei Vorstellung der geplanten Arbeit zur Entwicklung

einer zivilgesellschaftlichen Perspektive der Demenzthematik der Kritik eines Teilnehmers ausgesetzt, dies bezöge sich typischerweise doch nur auf die fitten Menschen mit Demenz, und schwer demente Personen blieben wieder einmal außen vor. Dies war seinerzeit schon ein großes Missverständnis. Aber unabhängig von diesem Missverständnis sollten wir eines niemals tun: Die unterschiedlichen Lebenssituationen von Menschen mit Demenz gegeneinander ausspielen. Demenz muss als ein Kontinuum mit unterschiedlichen Herausforderungen für die Betroffenen und auch für professionelle Helfer und Akteure betrachtet werden. Und heute wollen wir uns einem wichtigen Teil dieses Kontinuums zuwenden, ohne die anderen darüber zu vergessen.

Ich wünsche uns allen neue Erkenntnisse, neue Impulse und weiterhin viel Phantasie!

Demenz Support Stuttgart gGmbH

Zentrum für Informationstransfer

Hölderlinstraße 4

70174 Stuttgart

Tel. 0711 - 99 787 10

Fax 0711 - 99 787 29

E-Mail: info@demenz-support.de

Internet: www.demenz-support.de

Literatur:

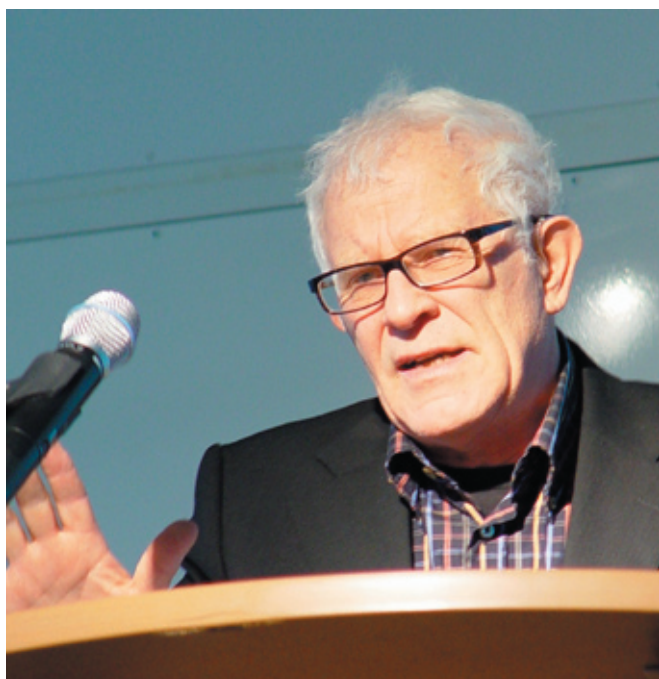
Demenz Support (2006): Interview mit Prof. Ladislav Volicer und Dr. Ann Hurley: Pflege von Menschen mit schwerer Demenz: Auswirkungen innovativer Forschung auf die Praxis. In: Dess orientiert 2/06, 31-33.

Ochmann, F. (2007): Demenz. Stern (49), 155-160.

Volicer, L.; Bloom-Charette, L. (1999): Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Volicer, L. (1997): Goals of care in advanced dementia: Comfort, dignity and psychological well-being. In: American Journal of Alzheimer's Disease 12(5), 196-197.

Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“ Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber.



Scheitern und Gelingen: Zum Umgang mit Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz - was können wir lernen?

*Prof. Dr. Reimer Gronemeyer, Universität
Gießen, Vorstand der Aktion Demenz e.V.*

Meine Damen und Herren,
herzlichen Dank für die Einladung hierher. Ich habe von der Lektüre der eingesandten Arbeiten zur Ausschreibung „SinnVoll“ sehr viel gelernt, und das ist keine rhetorische Floskel, sondern gibt wirklich wieder, was ich meine. Mit der Anfrage zum heutigen Vortrag ist mir ein Thema gestellt, an dem man eigentlich nur scheitern kann. Aber ich nehme diese Tatsache als etwas, was in einem tiefen Inneren ja auch ganz dem entspricht, worum es geht, nämlich, dass Menschen mit Demenz, die dem Ende des Lebens nahe sind, für uns – Peter Wißmann hat das eben schon sehr schön dargelegt – der Inbegriff des Scheiterns sind. Insofern entspricht dem, was ich zu sagen habe, das Bild, das wir uns von diesem Stadium des Menschseins machen.

Ich erinnere mich sehr genau an den Besuch einer Palliativstation in Mailand vor einer Reihe von Jahren, wo ich eigentlich zum ersten Mal mit Menschen konfrontiert gewesen bin, die sich in einer solchen

Situation befanden. Dort gab es einen ganz langen Gang, alle Türen standen offen, und in jedem der Zimmer lag ein Mensch, der nach meiner Wahrnehmung unansprechbar war, ohne eigene Regung, und versorgt wurde. Was mir so durch den Kopf ging bei dieser ersten Begegnung – daran erinnere ich mich sehr genau – ist dies zwiespältige Gefühl, dass ich einerseits gedacht habe: „für mich bloß nicht eine solche Situation“, und zum anderen fand ich einen merkwürdigen Zwiespalt darin, dass eine hoch industrialisierte, komplexe, leistungsorientierte Gesellschaft doch den Aufwand nicht scheut, Menschen, die eigentlich auf den ersten und wohl auch auf den zweiten Blick zu nichts mehr nütze sind, so aufwendig zu versorgen.

Und darin fand ich eigentlich etwas sehr Tröstliches, dass diese immer radikaler sich als Leistungsgesellschaft verstehende Gesellschaft sich offensichtlich noch nicht, und hoffentlich auch in Zukunft nicht, der Fürsorge, der Sorge für Menschen, die nun nichts mehr beizutragen haben, entzieht. Das ist vielleicht ein viel bedeutsameres kulturelles Element in dieser europäischen Gesellschaft, als es der Blick auf den Börsenspiegel, auf Wachstumsraten oder sonst etwas bietet. Also, ich glaube, dass vielleicht in diesen Situationen, ganz am Rande des Lebens, in denen wir zunächst nichts anderes sehen als eine Situation extremen Scheiterns, extremer Aussichtslosigkeit, extremer Hoffnungslosigkeit, vielleicht gerade etwas sehr Klares und Bedeutendes über die kulturelle Zukunft dieses im Entstehen begriffenen Europas gesagt wird. Wird sich dieses Europa im globalisierten Kontext in immer härter werdender Konkurrenz mit allen möglichen Mächten dazu entschließen, diese Menschen mit schwerer Demenz als eine Entsorgungsfrage zu begreifen oder wird sie darauf beharren, dass diese Menschen die extremste kulturelle Herausforderung sind? Ich denke, dass über die kulturelle Zukunft Europas eben nicht die Wachstumsraten Auskunft geben, sondern die Frage: Wie wird das sein mit der wachsenden Zahl von Menschen, die alles das nicht mehr sind, was diese Gesellschaft eigentlich ihren Subjekten abverlangt? Das ist die spannende Frage.

Die Aktion Demenz e.V. hat es sich – darauf hat Peter Wißmann schon hingewiesen – zur Aufgabe gemacht, diese zivilgesellschaftliche Seite des Themas Demenz, nicht in Konkurrenz, nicht im

Widerspruch zur Alzheimer-Gesellschaft oder zu Pflegenden oder zur medizinischen Profession zu bedenken und zu befördern und zu betreiben, sondern die Frage zu stellen: Kommt aus unseren Gesellschaften, aus unserer Gesellschaft in Deutschland, auch ein Beitrag? Kann von dort ein Beitrag kommen, der der vermutlich weiter steigenden Zahl von Menschen mit Demenz – neben den pflegerischen oder medizinischen oder familialen Unterstützungen – helfen kann? Ich glaube, ich brauche das in diesem Saal nicht zu unterstreichen, dass die humane und die kulturelle Zukunft, von der ich eben schon gesprochen habe, im wachsenden Maße davon abhängt, ob wir es schaffen, soziale Kräfte zu mobilisieren, die denen, die die pflegerische, medizinische oder familiäre Arbeit machen, mit an die Seite treten. Ich denke, dass ist eine der ganz großen zivilgesellschaftlichen Herausforderungen in unserer Gesellschaft.

Natürlich orientiert und konzentriert sich die Aktion Demenz e.V. zunächst auf den Bereich, in dem das erst einmal einfacher ist: Also bei Menschen, die am Anfang der Demenzentwicklung stehen. Die Aktion Demenz versucht Familien zu unterstützen, die Menschen mit Demenz in ihrer Mitte haben. Sie will sich selbstverständlich auch der Zusammenarbeit mit den – manchmal isoliert in der Gesellschaft eingebetteten – pflegenden Einrichtungen widmen und versuchen, die Grenzen dort durchlässiger zu machen. Dies alles sind Aufgaben, die sich die Aktion Demenz gestellt hat.

Aber ich bin Peter Wißmann sehr dankbar dafür, dass er mich dazu veranlasst hat, über diese Frage nachzudenken: Gibt es denn eigentlich auch eine zivilgesellschaftliche Aufgabe in den Randsituationen des Lebens? Oder: Welchen Blick haben wir eigentlich darauf? Müssen wir da sagen: Da haben wir nichts mehr zu suchen? Ich denke, wir können nicht daran vorbei reden und nicht daran vorbei schauen, dass dies wirklich eine Herausforderung ist, die vielleicht zu den Schwierigsten gehört, die ein Bürger, eine Bürgerin heute wahrnehmen kann. Ich will versuchen zu erläutern, warum das so ist und warum darin aber gleichzeitig eine ganz besondere, ich möchte fast sagen schöne Aufforderung liegt, sich seiner Aufgaben in dieser Zivilgesellschaft bewusst zu werden.

Ich beginne meine Überlegungen dazu mit einem Zitat von Søren Kierkegaard, dem dänischen Philosophen und Theologen des 19. Jahrhunderts, der gesagt hat: „Aber jede wahre Kunst der Hilfe muss mit einer Erniedrigung anfangen. Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte. Er muss begreifen, dass zu Helfen nicht zu Herrschen ist, sondern zu Dienen. Dass Helfen nicht eine Macht-, sondern eine Geduldausübung ist. Dass die Absicht zu helfen einem Willen gleich kommt, bis auf weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der andere verstanden hat.“ Also, das gehört für meine Begriffe zu dem Radikalsten, was man zu dem Thema „Helfen“ sagen kann, gerade in dieser Situation am Rande des Lebens. Und es macht eigentlich auch deutlich, dass wir begreifen müssten, dass dieser Mensch, der da liegt oder vielleicht noch gerade sitzt, uns als Helfende, als Mediziner oder als Bürgerin und Bürger eben in der Tat ein Geschenk macht. Ein Geschenk, das nicht wir, die Helfenden, ihm machen, sondern das der, der da mit uns vielleicht nicht mehr spricht, uns ein Geschenk macht, das darin besteht, dass er oder sie einen Anlass gibt, uns unserer Rolle als Menschen, als Bürger und Bürgerinnen bewusst zu werden.

Und ein anderes Sprungbrett möchte ich aufstellen, das in dem Satz besteht, der ebenso schwierig ist, wie dieser Satz von Kierkegaard. Der stammt von dem französischen Philosophen Levinas, der gesagt hat: „Es geht immer darum, das Andere am anderen gelten zu lassen.“ Das andere am anderen gelten zu lassen. Ich denke, das ist das, was die Schönheit und die ungeheuerliche kulturelle Herausforderung ist an Menschen mit Demenz in ihrem letzten Lebensstadium, dass wir uns die Frage stellen: Was heißt das und was bedeutet das, das Andere am anderen gelten zu lassen?

Ganz generell – und da rede ich vielleicht eher als Reimer Gronemeyer, denn als Vorsitzender der Aktion Demenz – ist es an der Zeit, auf das Thema Demenz auch einen gesellschaftlichen Blick zu werfen. Unbeschadet der medizinischen und pflegerischen Aspekte gibt es glaube ich einen Blick auf das soziale Phänomen Demenz. Ist Demenz die Rückseite dieser Gesellschaft? In der Demenz tritt uns alles entgegen, was wir als das Schrecklichste, was einem Menschen zustoßen kann, verstehen: der

Verlust der Autonomie, der Verlust der Flexibilität, der Verlust der Leistungsfähigkeit, der Verlust der Beschleunigungsfähigkeit und vielleicht auch sogar weitgehend der Verlust der Fähigkeit, zu kommunizieren. Demenz ist symbolisch und konzentriert die Rückseite alles dessen, was wir sein möchten oder was uns zu sein auferlegt ist: flexibel, beschleunigungsfähig, autonom, leistungsfähig etc.

Egon Friedell, der Wiener Kulturwissenschaftler, hat gesagt: „Jede Zeit bringt die Krankheit hervor, die für sie charakteristisch ist, in der sie sich selber auf den Begriff bringt.“ So wie Thomas Mann im Zauberberg die Tuberkulose als symbolische Krankheit des ausgehenden 19. Jahrhunderts beschreibt, so ist die Demenz die Krankheit, die zu uns gehört, weil sie die Rückseite alles dessen zeigt, was wir als wichtig ansehen. Die Menschen mit Demenz sind gewissermaßen alles das, was wir nicht sein wollen. Und noch einmal: Daran ist diese Idee, dass diese Menschen uns etwas zu schenken haben, glaube ich ganz greifbar. Dass sie uns nämlich etwas entgegen halten, einen Spiegel entgegen halten, in dem wir uns wahrnehmen können. Wenn ich das noch ein Stück weiter vorantreibe, dann könnte man sagen: Sie tragen – so würde man es jedenfalls in einer klassischen philosophischen und theologischen Perspektive sehen – gewissermaßen alles das, was diese Gesellschaft den Menschen auflegt, als Sündenböcke mit sich. Sie sind – noch einmal zugespitzt – diejenigen, die man als die Heiligen dieser Gesellschaft betrachten könnte, insofern sie das Leiden der Gesellschaft an dem, was diese Gesellschaft dem Menschen auferlegt, zu tragen haben. Und noch einen Schritt weiter geht das im Grunde genommen: Menschen mit Demenz sind zugleich auch das, was im Kern dieser Gesellschaft als Scheitern angelegt ist.

Wir ahnen alle, dass wir in unserer spätindustriellen Gesellschaft immer mehr in einer Situation der Vereinzelung sind; physisch und psychisch. Jeder zweite Über-85-Jährige dieser Gesellschaft lebt allein. Aber das Empfinden, dass wir vereinzelte Menschen sind, scheint immer mehr Menschen zu erfassen. Und dieses grundlegende Phänomen der Gesellschaft, das der Vereinzelung, auch das der Kommunikationsunfähigkeit und schließlich auch das der Erinnerungslosigkeit, sind die Kernphänomene, die sich in dieser Gesellschaft ausbreiten.

Und diese Kernphänomene werden an den Rändern direkt greifbar als das, was uns in der Demenz entgegentritt. Selten ist eine Gesellschaft so erinnerungslos gewesen wie unsere und man kann sich nicht darüber wundern, dass diese erinnerungslose Gesellschaft, die nicht mehr an ihre Vergangenheit erinnert werden will, Menschen aus sich heraussetzt, die dieses physisch erleiden. Was ich mit Erinnerungslosigkeit meine, ist etwa das Phänomen, dass wenn ich mich mit meinen Studentinnen und Studenten zusammensetze, alles das verschwunden ist, was, sagen wir, abendländische Tradition gewesen ist: Kenntnis von philosophischen Gedankengängen, Kenntnis von christlicher Kultur, ob man ihr nun anhängt oder nicht. Es ist weg. Und dieser Abbruch mit dem wir es da zu tun haben, der kehrt irgendwo in dieser Krankheit wieder. Jedenfalls kann ich nicht anders, als den Versuch machen – noch einmal sei es gesagt, nicht in Leugnung der medizinischen und pflegerischen Perspektive – zu sehen, dass sich darin etwas Ausdruck verschafft, was den Kern, die zentralen Größen dieser Gesellschaft in dieser Krankheit symbolisch repräsentiert. Es sind – anders gesagt – diejenigen, die die kulturelle Armseligkeit dieser Gesellschaft, in der wir uns befinden, an sich exekutiert sehen.

Wenn man versucht, sich dem Phänomen noch einmal von einer anderen Seite zu nähern, dann erlauben Sie mir, auch angesichts der knappen Zeit, noch einmal etwas zu tun, was immer unüblicher und peinlicher wird. Also, das merke ich in meinem universitären Kontext: Man kann jederzeit Plato zitieren, man kann Buddha zitieren, man kann sogar Tom Cruise zitieren, aber das Neue Testament eher nicht, das ist eigentlich fast immer schon peinlich. Ich habe mich gefreut, auf dem Weg durch das Treppenhaus herauf zu sehen, dass hier ein paar Bibelsprüche an der Wand hängen. Das erlaubt mir den kühnen Sprung in ein neutestamentliches Zitat, von dem ich denke, dass es mich gestern gefunden hat, beim Nachdenken darüber, wie ich mein Scheitern hier heute Morgen geschickt verbergen kann. Und es ist wirklich wahr, ich erfinde das nicht, dass mir diese Geschichte entgegen gesprungen ist. Ob es mir gelingt, den Bogen von dem, was ich sagen möchte, zu dieser Geschichte zu spannen, weiß ich nicht. Es ist abhängig davon, ob Sie es hören wollen.

Es gibt im Markusevangelium eine Geschichte, von der ich gedacht habe: Das ist unser Thema! Jesus sitzt in einem Haus, predigt und ist bekannt als ein Mensch, der heilt, der Kranke heilt. Und dann kommen vier Männer und tragen einen Bettlägerigen. Wir können uns vorstellen: Pflegestufe III. Sie tragen ihn an dieses Haus heran und kommen nicht herein. Dann decken sie das Dach ab und lassen diesen Pflegling durch das Dach herab vor seine Füße. Jesus schaut sich den an und sagt dann: „Dir sind deine Sünden vergeben.“ Eisiges Schweigen, kann man sich so vorstellen, weil man natürlich etwas ganz anderes erwartet hat. Man hat gedacht er sagt: „Geh nimm dein Bett und wandle!“ Jesus aber sagt: „Dir sind deine Sünden vergeben.“ Nach dem eisigen Schweigen ergreift Jesus noch einmal das Wort und sagt – ich interpretiere ihn: „Weil ihr gar nicht hören könnt, was ich da sagen will, füge ich noch etwas hinzu. Ihr wartet natürlich darauf, dass ich sage: Geh, nimm dein Bett und wandle. Das sag ich jetzt auch noch.“ Und er tut es, und der Pflegefall vor seinen Füßen kann wieder gehen. Gesagt wird: Ihr habt gar nicht begriffen, dass etwas anderes als die physische Heilung wichtig ist. Nämlich, dass es eigentlich in dieser Situation um die Frage geht: Was ist mit der Seele des Menschen? Was ist mit dem, was er trägt oder was ihn trägt oder woran er zerbrochen ist? Ich meine nicht diese Dimension, die man vielleicht zuerst hört in dem Satz: „Dir sind deine Sünden vergeben.“ Die Frage nach dem Zusammenhang von Krankheit und Sünde stellen wir hier jetzt nicht. Der aufregende Punkt an dieser Geschichte ist, dass darauf aufmerksam gemacht wird, dass im Umgang mit Menschen am Rande der Leistungsgesellschaft nicht nur, und vielleicht überhaupt nicht, die Frage nach ihrer physischen Versorgung im Zentrum steht.

Ich komme zum Schluss. In einer Auseinandersetzung mit der Politik des Bertelsmann-Konzerns hat Silke Lüder gesagt: „Was wir erleben ist ein Vormarsch einer Orwellschen Neusprech-Unkultur, die propagandistisch mit solchen Vokabeln daherkommt wie Wettbewerb, Qualität, Effizienz, Effektivität, Transparent, E-Democracy, der selbstbestimmte Patient, die Exzellenzuniversität, Best Practice, Benchmarking, effizienter Ressourcenverbrauch, Nachhaltigkeit, Kundenstatus der Patienten oder Dienstleisterrolle des Arztes.“ Ich habe Hoffnung, dass in diesen Situationen am Rande des Le-

bens diese neo-orwellschen Kategorien, mit denen heute im Gesundheitswesen immer mehr gearbeitet wird, zum Scheitern verurteilt sind. Auch deswegen – und da knüpfe ich noch einmal an das an, was Peter Wißmann gesagt hat – weil jedes „man“, jede Verallgemeinerung, jede Standardisierung im Umgang mit diesen Menschen hoffentlich – das ist meine intensive Hoffnung – scheitern muss; weil sie nur im direkten personalen Gegenüber von pflegenden Angehörigen und Medizinern zu diesen Menschen irgendwie ihre Aufhebung, ihre Fürsorge und ihre Hilfe erleben kann.

Natürlich können wir nicht so tun, als wenn man die zivilgesellschaftliche Idee umstandslos in diesen Grenzbereich des Lebens hineingetragen werden kann. Aber das erste ist nicht die Feststellung, dass wir aufklären müssen über Demenz, sondern dass die Menschen mit Demenz uns aufklären über das, was wir sind. Die Menschen, die uns konfrontieren damit, dass die Kommunikation zu Ende ist, jedenfalls die, mit der wir gewohnt sind umzugehen, die sind ja die intensivste Aufforderung dazu, darüber nachzudenken, was es mit unserer Kommunikation und unserer Kommunikationsunfähigkeit auf sich hat. Also von da aus noch mal: Diese Menschen mit Demenz sind ein Geschenk, das uns vielleicht auf einen anderen Weg im Umgang miteinander bringen könnte. Jean-Paul Sartre hat in dem Stück „Geschlossene Gesellschaft“ eine Situation beschrieben, in der drei Menschen sich an dem Ort wieder finden, den wir traditionell „die Hölle“ nennen. Und sie warten auf den Folterknecht, der kommt, um sie mit flüssigem Blei und Peitschen zu quälen, bis sie bemerken, dass der Folterknecht der andere ist, das Gegenüber. Die Hölle, so endet dieses Stück, das sind die anderen. Und dagegen ist der zivilgesellschaftliche Aspekt zu setzen.

Das ist in einer Geschichte von Italo Calvino, mit der ich abschließen möchte, schön formuliert. Italo Calvino beschreibt in dem Buch „Die unsichtbaren Städte“ die Reise des Marco Polo zum Hofe des Kublai Khan, des Mongolenkaisers; und zwar nun beschrieben als eine fiktive Reise durch neue Städte, in denen die Menschen mit ihren Lastern und ihren Tugenden leben. Und Kublai Khan fragt am Ende dieser Reise, am Ende dieser Erzählung angekommen den Marco Polo: „Und was ist die letzte Stadt, was ist der letzte Hafen, in dem wir

ankommen werden?“ Und dann sagt Marco Polo: „Diese letzte Stadt, dieser letzte Hafen, dort sind wir schon längst angekommen. Und dieser letzte Ort – das ist die Hölle.“ In der Hölle leben wir schon. „Aber,“ so sagt Marco Polo, „es gibt zwei Weisen, mit dieser Realität des Schreckens umzugehen. Die eine ist, dass wir uns dem höllischen Schrecken anpassen und so in ihn einbetten und so auf ihn einlassen, dass wir ihn als Hölle nicht mehr wahrnehmen. Das ist der normale, der leichte Weg. Der andere besteht darin, dass wir den Schrecken, der uns umgibt, als Schrecken wahrnehmen und das, was wir tun an dem Ort, wo wir sind, den Schrecken in sein Gegenteil verwandeln, indem wir freundschaftlich, liebevoll mit Menschen umgehen. Und das ist der Augenblick, in dem die Hölle verschwindet, in dem etwas anderes Platz greift.“

Diese Geschichte scheint mir auf unser Thema ziem-

lich direkt zuzutreffen, weil, so begreife ich es, es im Wesentlichen darum geht, im Umgang mit diesen Menschen das Antlitz des anderen und das eigene Antlitz zu wahren und die Aufforderung zur Liebe und zur Freundschaftlichkeit nicht aufzugeben. Und ich denke, dass viele von den Arbeiten, die eingereicht wurden und die ich gelesen habe, auch von diesem Impuls und von diesem Wunsch getragen sind, das Zivilgesellschaftliche, das Freundschaftliche – vielleicht ist das der viel schönere Begriff – im Umgang mit Menschen mit Demenz in den Vordergrund treten zu lassen.

Aktion Demenz e.V.

Karl-Glöckner-Straße 21 E

35394 Gießen

Tel. 0641 - 99 232 06

Fax 0641 - 99 232 19

E-Mail: reimer.gronemeyer@aktion-demenz.de

Internet: www.aktion-demenz.de



Das Konzept HoLDe:

Hospizkultur und palliative Versorgung im Pflegeheim

Gerda Graf, Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof, Ehrenvorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V.

Grundlage der HoLDe-Konzeption ist die Anerkennung einer hospizlichen Haltung und die damit einhergehende Wissensvermittlung an alle Mitarbeiter. Die Implementierung der Hospizidee in eine Organisation ist abhängig von der Haltung der Führungskräfte, im Besonderen der Geschäftsführung bzw. Heimleitung, aber auch der flankierenden Berufsgruppen wie Pflegedienstleitung, Leitung der sozialen Dienste, Hauswirtschaftsleitung und – je nach Struktur – Verwaltungsleitung.

Die sensible Wahrnehmung der menschlichen Existenz in seiner Gebrechlichkeit am Lebensende und das damit verbundene Annehmen von körperlichem und geistigem Verfall sind wesentlich für die Persönlichkeitsentwicklung von Führungskräften im Gesundheitswesen. Darin besteht eine Analogie zur Befähigung des (ehrenamtlichen) Hospizhelfers. Allein die Aussage „ich will helfen und begleiten“ reicht nicht aus, um qualifizierte hospizliche Beglei-

tung anzubieten. Der Sterbende ist aber auf eine qualitativ hochwertige Hilfestellung angewiesen, da er sich im Vertrauen auf Andere einlassen muss.

Erst dann jedoch, wenn der Hospizhelfer sich auf das Eigene einlässt, kann die Hospizwurzel Nährboden zum Wachstum finden. Das Eigene kennzeichnet zunächst die mir eigene Befindlichkeit von Körper, Seele, Geist im sozialen Kontext. Die schonungslose aber nicht zerstörende Auseinandersetzung mit meiner eigenen Sterblichkeit im Leben („Mitten im Leben sind wir vom Tod umfassen“) führt zu einer Lebenszugewandtheit, die bei wahrhafter Begegnung im Du mündet.

Dieser Führungsansatz scheint auf den ersten Blick nicht praktikabel; ja, er konterkariert die notwendige Distanz, die Führungstheorien so gerne zu Grunde legen, damit Spitzenkräfte durch die mitmenschliche Nähe zur Praxis nicht den Blickwinkel der ökonomischen Entscheidung verlieren. Management im Gesundheitswesen bedeutet aber mehr als die Einhaltung ökonomischer Grundregeln. Viele Pflegenden an der Basis (hier verstehe ich unter Pflege auch Hauswirtschaft und sozialen Dienst) kränken buchstäblich daran, dass die Führung ihnen gegenüber eine andere Erwartungshaltung pflegt als sie selbst den Pflegenden angedeihen lassen. Das heißt, im Verlangen hoher sozialer Kompetenz mit ganzheitlichem Ansatz am alten Menschen vernachlässigt die Führung die gleiche Ausübung dem Mitarbeiter gegenüber. Diese ist aber zwingend notwendig, wenn der ganzheitliche Aspekt auch zu einem ganzheitlich orientierten Betrieb führen soll, der den begleitenden Aspekt auf allen Ebenen, in der Gesamtheit von Mitarbeitern und Bewohnern einschließt. Hier gewinnt die Aussage von Eugen Drewermann elementare Bedeutung, in der er von einer Revolution spricht, wenn das unbezahlte mitmenschliche Handeln am Menschen wichtiger wird, als die bezahlte Arbeitszeit. An dieser Stelle knüpft die Bürgerbewegung Hospiz an und zeigt den Organisationen einen Weg auf, der eine nähere Betrachtung lohnt.

Während im ambulanten und stationären Hospizbereich die hospizliche Sterbekultur schon für die Sterbenskranken, Angehörigen und Mitarbeiter gleichermaßen in eine Lebenskultur gemündet ist, die den oben erwähnten Parametern Rechnung trägt, so befindet sich die stationäre Altenhilfe noch

im Rechtfertigungszustand ihrer Etablierung. Dabei ist die Arbeit in den Altenheimen längst nicht so schlecht wie oft medienwirksam dargestellt wird. Nur dringt diese von Vielen geleistete Arbeit weniger an die Öffentlichkeit als das Fehlverhalten Einzelner. Das System ist sehr offen – im Gegensatz zu Krankenhausstrukturen, die als „halbgeschlossenes“ System viele ihrer Fehlerquellen nicht nach außen dringen lassen. Dies gelingt in der stationären Altenhilfe nicht, und das ist gut so, birgt jedoch die Gefahr, sich auch selbst als „letzte Institution“ zu betrachten, ähnlich wie das Alter und das Lebensende. Mit einer Integration der Hospizidee in der stationären Altenhilfe besteht die Möglichkeit, nicht nur eine hospizliche Führungshaltung wachsen zu lassen, sondern parallel dazu auch eine Qualität zu sichern, die der Altenhilfe gerecht wird.

Bei näherer Betrachtung von Sterbeorten wie Krankenhaus, Hospiz und Palliativstationen zeigen sich in Bezug auf die Verweildauer folgende Bilder:

Einrichtung	Verweildauer Ø	Quelle
Krankenhaus	8 Tage	Tagespresse 2004
Palliativstation	10 Tage	DGP 2004
Hospiz	24 Tage	BAG Statistik 2004 (www.hospiz.net/themen/archiv/bag_2004_statistik-bericht.pdf)
Altenheim	2,5 Jahre	Stationäre Altenhilfe Sophienhof

DGP = Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

BAG = Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz

In der Grundannahme, dass hospizliche Sterbekultur zu einer neuen Lebenskultur führt, fällt es nicht schwer, allein die lange Verweildauer in der stationären Altenhilfe nutzbar zu machen für eine Sterbebegleitung, die Zeit lässt, Beziehungen aufbauen kann und die die letzte Lebensphase als Chance ansieht ein „Leben im Sterben“ (BAG Hospiz 2005) zu postulieren.

In sechs Schritten soll nachfolgend dargestellt werden, wie das Ziel „Integration der Hospizidee“ innerhalb von etwa ein bis zwei Jahren in Altenheimen erreicht werden kann.

Die zu Beginn aufgeführten Maßnahmen 1 bis 3 gewährleisten das Basiswissen für alle Mitarbeiter und das Expertenwissen für Pflegekräfte:

1. Schritt: *Hospizliche Haltung braucht hospizliche Führung*

Auseinandersetzung der Führung mit den Grundzügen der Hospizidee in min. 20 bis 30 Stunden. Dies betrifft die Geschäftsführung bzw. Heim-, Pflegedienst-, Verwaltungs- und Hauswirtschaftsleitung sowie den sozialen Dienst. Min. 1 Teilnehmer muss einen Befähigungskurs für Hospizhelfer von 100 Stunden (vgl. Curriculum Alpha, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.) besucht haben. Hier kann schon berücksichtigt werden, wer im späteren Verlauf die Koordinatorenfunktion wahrnehmen soll.

2.Schritt: *Sterben geht uns alle an*

Pflichtveranstaltung aller Mitarbeiter in der stationären Altenhilfe. Die Betonung liegt auf alle Mitarbeiter, so dass Hauswirtschaft, Pflege, sozialer Dienst, Schüler und Hilfskräfte eingeschlossen sind, unter Mitarbeit der örtlichen Hospizbewegung bzw. der Koordinatorin. Curriculum von 30 Stunden ist bei der Wohnanlage Sophienhof erhältlich.

3.Schritt: *Expertenwissen für die Pflege*

Fortbildung in palliativer Pflege mit einer Dauer von 160 Stunden für min. 1 Pflegekraft je 10 Bewohner; Anschriften von Fortbildungsinstitutionen sind beim Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V. erhältlich.

Darüber hinaus sollte einmal jährlich eventuell ein Tageskurs zum Thema Sterbebegleitung für alle stattfinden.

4. Schritt: *Netzwerk Hospiz*

Kooperationsvertrag mit örtlichem Hospizverein; das sichert die Qualität, da gewährleistet ist, dass befähigte Ehrenamtliche als Unterstützung zur Verfügung stehen. Darüber hinaus kann dies der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung dienen; Musterverträge für Mitglieder beim Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V. erhältlich.

5. Schritt: Nur eine lernende Organisation wird Hospizarbeit integrieren können

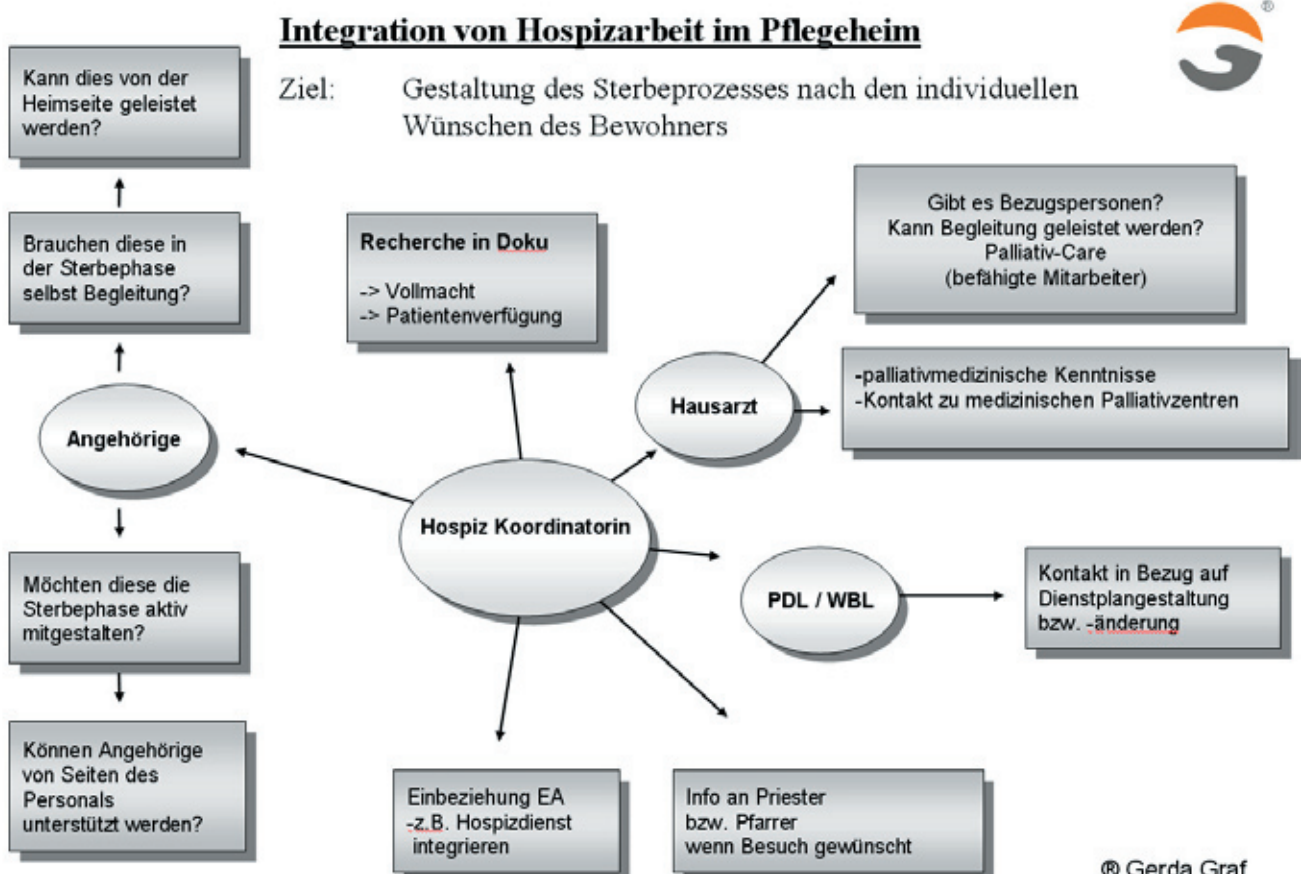
Nur eine Vernetzung von bestehenden „Hilfsorganisationen“ (Hospiz- und Pflegedienste, palliative Zentren etc.) führt zur umfassenden Integration von Palliativmedizin. Die Einbeziehung der Hospizarbeit beginnt mit dem Einzug des Bewohners. Beispielsweise muss beim Hausbesuch die Biografie des Bewohners abgefragt und festgehalten werden. Fragen nach Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Sterbebegleitung bis hin zum Beerdigungsritual werden thematisiert. Flankierende Maßnahmen zur Manifestierung in der Organisation: Nur eine lernende Organisation, die in ihrem Leitbild den Sterbenskranken mit einbezieht, wird die Hospizarbeit berücksichtigen. Leitsätze könnten beispielsweise sein:

- Der Mensch braucht besonders im Alter ein stabiles Fundament zum Leben und zum Sterben.
- Wir wollen das Alter lebbar gestalten und für ein würdevolles Sterben Sorge tragen.
- Für die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Hausärzten ist eine Kultur der Visite unumgänglich. Die Visite ist ein wichtiger Bestandteil bei der Berücksichtigung der Hospizarbeit, da im Pflegeheim keine ärztliche Versorgung rund um die Uhr gewährleistet ist. Deshalb muss die Visite bei den Bewohnern unter eventueller Einbeziehung der Angehörigen stattfinden.

Eine Qualifizierung der Hausärzte soll durch palliative Zentren und die örtlichen Hospizvereine erfolgen. Örtliche Qualitätszirkel, in denen Hausärzte, Pflegeheime und Hospizinitiativen einen regelmäßigen Austausch pflegen, sollten Standard werden.

6. Schritt

Diese flankierenden Maßnahmen münden in das konkrete Ziel: „Gestaltung des Sterbeprozesses nach den individuellen Wünschen des Bewohners“ (siehe auch Grafik). Schaffung einer Koordinatorenstelle (vgl. Hospizhelferin/1. Schritt); Ausbildungsvoraussetzung sollten 100 Befähigungsstunden sein; zu den Tätigkeitsmerkmalen sollten u. a. gehören: Netzwerkaufbau betreiben (4. Schritt), Angehörigenarbeit leisten, Fortbildungsseminare zur Qualitätssicherung organisieren, Öffentlichkeitsarbeit betreiben etc.



Die Integration der Hospizarbeit wird bei den Mitarbeitern eine Haltung bedingen, die eine Basis für die Altenhilfe bietet, die dem individuellen Anspruch eine Stabilität gibt. Bei Einhaltung dieser sechs Schritte ist das Fundament für das Konzept HoLDe (Ho = hospizliche Haltung) gelegt.

Als zweiten wesentlichen Aspekt benötigen die Mitarbeiter in der Altenhilfe ein besonderes Wissen um die Lebenswelt des Bewohners. Wie schon von Frau Dr. Enzian beschrieben und von Karla Kämmerer weiter entwickelt, schließt eine konsequente Lebensweltorientierung biografische Arbeit mit ein. Das Wissen um die Lebenswelt des Bewohners wird dazu beitragen, das Mitarbeiter verstehen, wie ein Bewohner sich und seine Umgebung wahrnimmt und wie das, was wir und die Umgebung tun, sein Verhalten beeinflusst. Diese Wirkung von Einfühlungsvermögen – und somit dem Annehmen des Menschen und dem daraus resultierenden Verhalten – kann nur dann zum Erfolg führen, wenn der Bewohner vor dem Einzug in seinem originären zu Hause besucht wird. Bei diesem Erstbesuch eröffnen sich für den Mitarbeiter die Lebenswelten, sowohl in psychosozialer Hinsicht, als auch in Bauweise, Zimmergestaltung und finanziellen Gegebenheiten. Bei dem Versuch, den individuellen Alltag des Bewohners in die Pflegeeinrichtung mitzunehmen, ist das erworbene Wissen durch den Hausbesuch und das Gespräch mit den Angehörigen unerlässlich. Dazu gehört selbstverständlich auch die Einbeziehung pflegerischer Aspekte. Im Wissen, das Gebrechlichkeit, Unsicherheit und Einsamkeit die wichtigsten Parameter in der Altenpflege darstellen, muss die Pflegepraxis an die Biografie des Bewohners angepasst werden.

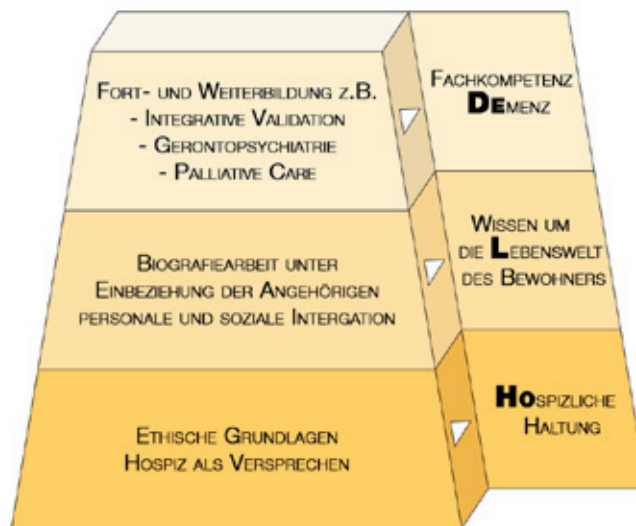
Die Einbeziehung der Lebenswelten bedeutet gleichermaßen auch einen Abschied der Krankenpflege im Sinne einer Mobilisation um jeden Preis. Hier nähert sich die Altenpflege mehr dem hospizlichen Ziel, das den Leiden lindernden Aspekt stärker in den Vordergrund rückt. In den Wohnbereichen haben wir entsprechend unserer Lebensweltorientierung drei Lebenswelten geschaffen. Die erste ist gekennzeichnet vom hauswirtschaftlichen Tun (z. B. Backen, Wäsche falten usw.). In der zweiten Lebenswelt geben wir Tagerstrukturen vor (z. B. geleitetes Dementenfrühstück), und die dritte Lebenswelt beinhaltet überwiegend hospizliche und palli-

ative Maßnahmen (Snoezelen). Das Wissen um die Lebenswelt des Bewohners steht im HoLDe-Konzept mit „L“.

Unerlässlich ist in der HoLDe-Konzeption die zu erwerbende Fachkompetenz im Sinne einer adäquaten Fort- und Weiterbildung, sowohl der pflegenden, als auch der anderen Mitarbeiter. Entsprechend der Zielsetzung des Pflegeheimes bedarf es einer kontinuierlichen Weiterentwicklung zum Grundthema Gerontologie. Aber auch die Etablierung von Pflegeexperten zu bestehenden Fragestellungen, sowie die Ausbildung von Palliative-Care-Fachkräften und die konsequente Anwendung von Integrativer Validation sind Gewährleistung für die Umsetzung von HoLDe.

Fachkompetenz Demenz Fachkompetenz Alter

Das Konzept der Wohnanlage Sophienhof entwickelt sich unter den hier aufgezeigten Prämissen ständig weiter, wobei heute schon sichtbar wird, dass das HoLDe-Konzept nicht nur eine qualitätssichernde Maßnahme, sondern ebenso eine Motivation für alle Berufsgruppen ist.



Zur Etablierung ist es meines Erachtens wichtig, dass die Leitungen nicht der Versuchung erliegen, Konzepte einfach zu übernehmen, sondern dass jeweils die Struktur des Hauses Grundlage sein muss, mit gebündelter Expertenkompetenz das Konzept für das jeweilige Haus zu finden.

Literaturhinweise zum Weiterlesen:

Mehr Informationen zu den folgenden Publikationen unter: www.hospiz-verlag.de/index.php?bef=menue&menue=9

Graf, G. (2005): Schritte zur Hospizarbeit in der stationären Altenhilfe aus der Sicht der Geschäftsführung. In: Hospiz-Zeitschrift, Ausgabe 23 (Organisation und Leitung in Einrichtungen der Hospiz- und Palliativarbeit), 13-15

SORGSAM. Handbuch für stationäre Hospize (2007): Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V./ Deutscher Caritasverband e.V./ Diakonisches Werk der EKD e.V.. Wuppertal: Hospiz Verlag

Timmermanns, P. (2006): Die „Realität“ des Sollens in der Lebenswelt. Wuppertal: Hospiz Verlag

MITGEFÜHLT. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase (2004): Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V.; Wuppertal: Hospiz Verlag

Ambulante Hospizarbeit. Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit - Teil 1 (2004): Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. Wuppertal: Hospiz Verlag

Stationäre Hospizarbeit. Grundlagentexte und Forschungsergebnisse zur Hospiz- und Palliativarbeit - Teil 2 (2004): Hg. v. Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. Wuppertal: Hospiz Verlag

Gronemeyer, R.; Fink, M.; Globisch, M.; Schumann, F. (2004): Helfen am Ende des Lebens. Hospizarbeit und Palliative Care in Europa. Wuppertal: Hospiz Verlag

Graf, G.; Höver, G. (2006): Hospiz als Versprechen. Zur ethischen Grundlegung der Hospizidee. Wuppertal: Hospiz Verlag

Allert, R.; Bremer, A. et al. (2005): Erfolgsfaktoren für Hospize. Forschungsergebnisse zu Qualität und Kosten. Wuppertal: Hospiz Verlag

Wohnanlage Sophienhof gGmbH

Am Weiherhof 23

52382 Niederzier

Tel. 02428 - 9570 0

Fax: 02428 - 9570 198

E-Mail: graf@wohnanlage-sophienhof.de

Internet: www.wohnanlage-sophienhof.de

„Treffpunkt“ Kieler Servicehäuser
der AWO, Kiel

Wohnen bis zum Lebensende auch bei schwerster Demenz

1. Preis – prämiert mit 5.000 Euro

Gewinner

„Treffpunkt“ Kieler Servicehäuser der AWO, Kiel

Projekttitel

Wohnen bis zum Lebensende auch bei schwerster Demenz – Erfahrungen aus der Sterbebegleitung einer Tagespflege im betreuten Wohnen

Urteil der Jury

Das Projekt „Wohnen bis zum Lebensende“ demonstriert in überzeugender Weise, wie durch die intelligente Verzahnung von Betreutem Wohnen, Tagespflege und speziellen, auf die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen in fortgeschrittenen Stadien zugeschnittenen Begleitungsangeboten, ein Verbleib bis zum Lebensende und ein würdiges Sterben in den „eigenen vier Wänden“ möglich ist. In der Art, wie es die Solidarität aller – auch der anderen Mieter der Servicehäuser – mit demenziell veränderten Menschen konkret einfordert und Angehörige, berufliche Helfer und ehrenamtlich Tätige zusammenführt, hat es Vorbildcharakter und Signalfunktion für alle, die sich in der Begleitung von Menschen mit Demenz engagieren.

Projektidee und Konzept

Die Kieler Servicehäuser der AWO setzen seit 1977 konsequent Alternativen zum stationären Heimaufenthalt um. Schon 1986 wurde das Konzept „Wohnen bis zum Lebensende“ eingeführt, seitdem besteht auch das Angebot einer gerontopsychiatrischen Tagespflege. Das Wohnen mit Service orientiert sich an den folgenden fünf Prinzipien:

- Privatheit und Unabhängigkeit
- Sicherheit und Verbindlichkeit
- Begegnung und Geborgenheit
- Hilfe nach Maß
- Wohnen bis zum Lebensende



Martin Homberg, Kieler Servicehäuser der AWO

Im fünften Prinzip bekommen die Mieter der Kieler Servicehäuser die Zusicherung: Wohnen bis zum Lebensende. Schon im Beratungsgespräch wird dem zukünftigen Mieter die Zielsetzung in einer Art Generationenvertrag verdeutlicht: „Wenn Sie bis zum Lebensende hier wohnen bleiben möchten, dann darf das bitte auch Ihr dementer Nachbar.“ Dieser Grundgedanke hat eine herausragende Bedeutung für die Interessenten und deren Angehörige; er ist seit 30 Jahren das Hauptargument für die lange Warteliste.

Umsetzung und Maßnahmen

Grundsätzlich wird allen Mietern ein umfassender Service angeboten, den sie mehr oder weniger in Anspruch nehmen können. Bei weitergehender Bedürftigkeit werden ambulante Dienstleistungen individuell vereinbart, so dass die Mieter bis zu ihrem Lebensende in der eigenen Wohnung betreut werden können.

Mit Hilfe eines Netzes integrativer Maßnahmen bleiben Mieter auch mit schwerster Demenz in der eigenen Wohnung: dies ermöglichen beispielsweise Leistungen der Angehörigen, ehrenamtliches und nachbarschaftliches Engagement, Betreuungsgruppen, ambulante Pflege und Tagespflege. Die Finanzierung dieser Arbeit erfolgt durch die Kombination von Grundservice und Leistungen nach dem SGBV, SGBXI, einem Eigenanteil und ergänzend nach dem SGB XII.

Damit Demenzkranke in ihrer eigenen Wohnung verbleiben können wird seit 1986 ergänzend zur ambulanten Pflege eine gerontopsychiatrische Tagespflege von 8 bis 18 Uhr über sieben Tage die Woche angeboten. Durch die strukturellen und personellen Voraussetzungen kann sie flexibel auf individuelle Bedürfnisse eingehen: Pflege, psychosoziale Betreuung, Unterstützung der Angehörigen und der Aufbau und die Koordination eines stabilen sozialen Netzes gehören zusammen. Insbesondere mobile und unruhige Demenzkranke bekommen Sicherheit in den milieuthérapeutisch gestalteten Räumen, die von den Tagesgästen gern als „Pension“ bezeichnet werden.

Die 24-Stunden-Sicherheit wird mit einem passenden Paket von Grund- und Wahlleistungen sichergestellt. Pflegekräfte sind rund um die Uhr im Haus und reagieren auf Notrufe und Wünsche.

Die Sterbebegleitung von Demenzkranken erfordert in besonderem Maße persönliche Konstanz und einen Rahmen, der es Menschen in Liegesesseln ermöglicht, auch passiv am Geschehen teilzunehmen oder Ruhe in der eigenen Wohnung zu finden. Das Konzept der Tagespflege wurde dahingehend erweitert, dass Demenzkranke in der zumeist kurzen Phase der Immobilität von vertrauten Personen bis zum Lebensende begleitet werden. Ziele sind neben einem würdevollen Umgang in der Lebenskontinuität

- intensive biografieorientierte Pflege,
- engmaschige Begleitung durch eine Nachtwache,
- Einbeziehung der Familien und Nachbarn.

Ergebnisse

Es liegt eine Evaluation zu Erfahrungen der Sterbebegleitung bei 20 Tagespflegegästen vor, die innerhalb der letzten zwei Jahre im Servicehaus „Mettenhof“ verstorben sind. Alle wurden aufgrund einer schweren Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen, häufig in Verbindung mit weiteren körperlichen Erkrankungen, Depressionen und Angststörungen durch den Treffpunkt betreut. Im Rahmen eines Workshops wurden die Verläufe systematisch ausgewertet, es wurde reflektiert, wie der jeweilige Mieter verstorben ist, wie intensiv die Begleitung war und ob Mitarbeiter in der Todesstunde anwesend waren. Folgende Ergebnisse lassen sich

knapp zusammenfassen:

- Palliativpflege ist auch im Rahmen einer unterstützenden Tagespflege möglich: Die meisten Mieter waren bis wenige Stunden oder Tage vor ihrem Tod in der Tagespflege.
- 90% verstarben im Servicehaus, 10% in der Klinik.
- Die intensive Begleitung in der Tagespflege konnte dazu beitragen, Ängste und Unruhezustände deutlich zu mildern.
- Vermutete Kontraktionen bei einigen Mieter waren ein Ausdruck innerer Spannungen, die sich mit der intensiven Sterbegleitung auflösten.
- Mediziner sind bereit, den Weg der Servicehäuser mitzugehen: Es findet eine kontinuierliche Begleitung durch Ärzte und Fachärzte, zum Beispiel in Form einer regelmäßigen Risikoerfassung in der Tagespflege statt.
- Die Qualität der palliativen Pflege im Betreuten Wohnen muss gegenüber Kliniken systematisch kommuniziert werden, damit diese bereit sind, die Servicehäuser als gleichwertige Alternative zum Pflegeheim anzuerkennen und zu empfehlen.



„Treffpunkt“ Kieler Servicehäuser der AWO

AWO Schleswig-Holstein gGmbH

Vaasastraße 2a

24109 Kiel

Tel. 0431 - 260431-51

Fax: 0431 - 260431-59

Internet: www.awo-pflege-sh.de

Heywinkel-Haus, Osnabrück

Pflegediagnostik und Ernährungsoptimierung bei Bewohnern mit schweren Beeinträchtigungen bei der Nahrungsaufnahme

2. Preis – prämiert mit 2.500 Euro

Gewinner

Heywinkel-Haus, Osnabrück

Projekttitle

Wo medizinisch nur noch die Anlage einer PEG möglich ist, gibt es für die Pflege noch viel zu tun!
– Pflegediagnostik und Ernährungsoptimierung bei Bewohnern mit schweren Beeinträchtigungen bei der Nahrungsaufnahme.

Urteil der Jury

Das Projekt des Heywinkel-Hauses befasst sich mit einem wichtigen Teilaspekt der Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz: der Ernährung. Hinter dem Projektuntertitel „Pflegediagnostik und Ernährungsoptimierung bei Bewohnern mit schweren Beeinträchtigungen bei der Nahrungsaufnahme“ verbergen sich ein komplexes Konzept sowie eine gute methodische Aufbereitung eines Projektes, das in seiner Ausdifferenziertheit und in seinem Reflexionsgrad seines gleichen sucht. Die Jury war sich einig, dass – auch wenn zunächst nur ein einzelner Aspekt der Begleitung betrachtet wird – dieser im Haus Heywinkel in beispielhafter Form beschrieben und umgesetzt wird, die über das bisher zu diesem Thema Publierte hinausgeht.

Einführung und Projektidee

Das Pflegeheim Heywinkel-Haus ist eine stationäre Altenpflegeeinrichtung mit 128 Plätzen. Im Jahr 2004 wurde ein geschützter Bereich für mobile Menschen mit Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen eingeführt. Das Konzept erwies sich als nicht tragfähig und wurde 2005 durch das Angebot einer Tagesbetreuung innerhalb des



Monika Stukenborg, Heywinkel-Haus

ursprünglichen Demenzbereichs erweitert.

Die Kritik durch Angehörige von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung gab Anstoß dazu, sich mit den Bedürfnissen dieses Personenkreises auseinanderzusetzen. Als langfristiges Konzept entstand die Idee der Einrichtung eines speziellen Wohnbereichs für Betroffene in diesem Krankheitsstadium. Als Sofortmaßnahme sollten Qualitätsverbesserungen im Bereich der direkten Pflege umgesetzt werden. Da es sich um eine Hochrisikogruppe für Mangelernährung handelt und auch die anhaltende öffentliche Diskussion um den schlechten Ernährungszustand von Pflegeheimbewohnern in der Einrichtung als Herausforderung an die pflegerische Arbeit begriffen wurde, entstand im Sommer 2006 das Projekt „Pflegediagnostik und Ernährungsoptimierung“, das von Oktober 2006 bis Juli 2007 umgesetzt wurde.

Basis des Projektes bildete die Förderung der Kompetenz und der professionellen Berufsauffassung der Mitarbeiter. Es wurde erkannt, dass es den Mitarbeitern an Handlungskonzepten für den mühevollen Bereich der Ernährung schwerst dementer Menschen fehlt, um beispielsweise die Frage nach Anlage einer PEG fachlich fundiert zu klären. Das formulierte Ziel des Projektes war die Verbesserung der direkten Pflege durch Kompetenzstärkung und Förderung eines professionellen Selbstbewusstseins der Mitarbeiter. Es sollte eine strukturierte Pflegediagnostik eingeführt und so die strukturellen

Voraussetzungen im Bereich Ernährung verbessert werden.

Projektumsetzung

Um die Kompetenz der Mitarbeiter zu verbessern, wurden zweiwöchentlich 90-minütige Fortbildungen angeboten, die sich mit dem Themenkomplex Ernährung und insbesondere dem Thema Schluckstörung befassten. Auf der Basis der neuen Erkenntnisse wurden die bestehende Pflegeplanung überarbeitet und in ein neues Format (PESR) überführt. Dieses vom medizinischen Dienst empfohlene Format umfasst ein Vorgehen in folgenden vier Schritten:

- P** Problem, Pflegediagnostentitel
Welches Problem hat der Bewohner? Wie kann es bezeichnet werden?
- E** Einflussfaktoren
Warum hat der Bewohner das Problem?
- S** Symptome
Wie zeigt sich dieses Problem?
- R** Ressourcen
Was wirkt sich günstig aus?

Da es sich beim Themenfeld Ernährung um einen Schnittstellenbereich zwischen Hauswirtschaft und Pflege handelt, wurde auch der Fachbereich Hauswirtschaft in das Projekt eingebunden. Mit Hilfe eines EDV-gestützten Programms wurde ein neues Ernährungskonzept entwickelt und in individuelle Ernährungspläne umgesetzt. Insbesondere wurde das Angebot an kalorienreichen Nahrungsmitteln und erweitert. Ebenso wurde das Nahrungsangebot für Menschen mit Schluckstörungen verbessert.

Projektergebnisse

Die Projektergebnisse zeigen, dass sich der Wissensstand der Mitarbeiter zum Themenkomplex erheblich verbessert hat, was gleichzeitig auch den Effekt eines Zuwachses an Selbstbewusstsein und Handlungssicherheit hatte. Die Mitarbeiter sind in der Lage, die Symptome, die zur Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme führen, besser einzuordnen. Sie wurden befähigt, auf der Basis ihrer Beobachtungen eine Pflegediagnose im PESR-Format zu erstellen, das heißt, sie können einen Pflegediagnostentitel auswählen, Ursachen benennen und Symptome und Ressourcen beschreiben. Die Erfahrung, dass eine realistische Ursachena-

nalyse auf Basis ihrer Beobachtungen – eine gute Pflegediagnostik – der Ausdruck von Professionalität ist, empfanden die Mitarbeiter als Stärkung ihres Selbstbewusstseins. Die Erkenntnis, dass Kostanpassung eine zentrale Maßnahme bei Beeinträchtigungen mit der Nahrungsaufnahme ist, hat sich verbessert, und die neu erstellten Ernährungspläne erweisen sich als gute Arbeitsgrundlage. Das selbstkritische bzw. selbstreflexive Handlungsbewusstsein der Mitarbeiter im Zusammenhang mit dem Thema des Essen-Anreichens hat sich verbessert. Das Bewusstsein für Pflegefehler – beispielsweise den falschen Einsatz von Hilfsmitteln, keine adäquate Kostanpassung, keine hinreichende Beachtung der individuellen Problemlage – ist gewachsen.

Beeinträchtigungen während der Nahrungsaufnahme haben vielfältige Ursachen. Die genaue Beobachtung des Essverhaltens des Bewohners, das Verstehen der Körpersprache und das kritische Reflektieren des eigenen Verhaltens sind die wichtigsten pflegediagnostischen Maßnahmen. Es zeigt sich, dass der BMI ein schwacher Indikator für Pflegequalität ist. Entscheidend ist die individuelle Problemlage des jeweiligen Bewohners. Kriterien für Pflegequalität können sein: Genuss beim Essen, Aspirationsverhinderung, Vermeiden von unnötigen Belastungen beim Bewohner während der Nahrungsaufnahme.

Als konkrete Vision aus dem Projekt entstand der Wunsch, die Möglichkeit zu haben, beim Essen-Anreichen eine logopädische Supervisionstherapie zu erhalten, damit das eigene Verhalten und die Ernährung möglichst optimal auf die Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet werden können.

Heywinkel-Haus gGmbH

Monika Stukenborg
Bergstraße 31-33
49076 Osnabrück
Tel. 0541 - 96113-0
Fax 0541 - 683037
E-Mail: kontakt@heywinkel-haus.de
Internet: www.heywinkel-haus.de

AnSehen – Konzept zur Sterbebegleitung von Menschen mit Demenz

3. Preis – prämiert mit 1.250 Euro

Gewinner

Evangelisches Erwachsenenbildungswerk
Nordrhein e.V., Düsseldorf

Projekttitel

AnSehen – Fortbildung und Beratung von haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden sowie betreuenden Angehörigen zur Begleitung von demenzerkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

Urteil der Jury

Das Ergebnis des Projektes „AnSehen“ ist eine Handreichung für betreuende Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die demenzerkrankte Menschen in ihrer letzten Lebensphase begleiten. Es setzt an der Vermittlung von Kenntnissen über die letzte Lebensphase an. Den Verantwortlichen gelingt es, aktuelles Wissen aus der hospizlichen Begleitung mit dem der Begleitung von Menschen mit Demenz in Verbindung zu bringen. Dies geschieht jedoch nicht in einer abstrakten theoretischen Abhandlung, sondern ist eingebettet in zahlreiche und anschauliche Möglichkeiten der Umsetzung. Bemerkenswert ist auch die besondere Berücksichtigung des spirituellen Erlebens. Durch seinen Ansatz als Fortbildungskonzept hat das Projekt „AnSehen“ eine wichtige Multiplikatorenfunktion.

Hintergrund

„AnSehen“ ist ein Gemeinschaftsprojekt des Evangelischen Erwachsenenbildungswerkes Nordrhein e.V. und des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche im Rheinland. Ziel ist es, haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter der stationären und ambulanten Altenhilfe sowie interessierte Angehörige auf die Sterbebegleitung demenziell Erkrankter vorzubereiten. Das im Jahr 2004 initiierte AnSehen-Projekt geht davon aus, dass Würde unabhängig



Claudia Hartmann, Ev. Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V.

von verbleibenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten ein Grundrecht jedes Menschen ist. Es konzentriert sich dabei ganz bewusst auf die Gruppe sterbender Menschen mit Demenz, die ihre Bedürfnisse oft nicht mehr verbalisieren können, und will dazu beitragen, ihnen im Sterbeprozess „AnSehen“ zu bewahren und zu geben.

Inhalte

Im Zusammenhang mit dem Projekt „AnSehen“ sind eine Arbeitshilfe für Dozentinnen und Dozenten der Erwachsenenbildung (Hartmann 2006a) und eine Informationsbroschüre für Betreuende (Hartmann 2006b) erschienen. Die Informationsbroschüre gibt Anregungen dazu, wie eine würdevolle Begegnung und Kommunikation mit schwerstpflegebedürftigen Menschen mit Demenz bis zum Tod möglich ist.

Wahrnehmung: „Ich nehme Dich (für) wahr“

Die bewusste Wahrnehmung körperlicher Signale wie Bewegung, Gestik, Mimik, Atmung, Blickkontakt etc. helfen zu interpretieren, ob der Betroffene Nähe oder Distanz sucht.

Zuwendung und Begleitung:

„Ich wende mich Dir zu“

Zuwendung bedeutet, Gefühlsäußerungen des anderen zu respektieren, auch wenn diese fremd oder unpassend erscheinen. In der letzten Lebensphase geht es nicht mehr darum, den Sterbenden zu korrigieren oder zu lenken, sondern seine Emotionen wahrzunehmen und ihm begleitend zu folgen.

Kontakt, Kommunikation, Berührung:

„Ich trete in Verbindung“

Oft ist es schwer, mit einem demenziell erkrankten Menschen in Kontakt zu treten und ihn über einen längeren Zeitraum aufrecht zu halten. Gelingen kann dies durch verbale Ansprache oder durch Berührungen, wobei Berührungen stets ein Angebot sein und nicht aufgezwungen werden sollten. Auch Kommunikation über Sinneseindrücke wie Musik, Geruch, Geschmack ist möglich.

Musik und Klang: „Ich nehme mich zurück“

Manchmal kann es den Sterbenden belasten und anstrengen, sich auf ein Gegenüber zu konzentrieren. Gemeinsame Entspannung beispielsweise beim Musikhören kann eine geeignete Alternative darstellen.

Spiritualität: „Wir sind Kirche – hier und jetzt“

Gegenstände wie Kerzen, Kreuz oder Gesangbuch und Rituale wie Gebete oder der Besuch eines Seelsorgers können gläubige Menschen mit Demenz daran erinnern, einer Gemeinschaft anzugehören und ihnen Sicherheit vermitteln.

Schulung von Begleitern

Das Schulungskonzept des AnSehen-Projekts (Hartmann 2006a) richtet sich primär an haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter der ambulanten und stationären Altenhilfe, niedrigschwelliger Besuchsdienste und Hospizdienste, ist aber auch für pflegende Angehörige geeignet. Diese breit gestreute Zielgruppe bietet die Möglichkeit der Zusammenführung von unterschiedlichen Experten mit einem breiten Spektrum an Fach- und Erfahrungswissen und wird als bereichernd empfunden. Die Seminare werden vom Evangelischen Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V. angeboten und in der Regel als Inhouse-Seminar durchgeführt. Die Schulung umfasst ca. 44 Unterrichtsstunden an vier ganzen Tagen (je zwei Tage im Block) und 3 Nachmittagen zwischen den beiden Ganztagsblöcken. Ergänzend können die Teilnehmer bei einem Hospizdienst, einer Pflegeeinrichtung o. ä. hospitieren. Zu den Inhalten der Weiterbildung vgl. Grafik.

Von Veranstaltern und Teilnehmern wird die Fortbildung nach dem AnSehen-Konzept als Qualifizierung und Stärkung von Mitarbeitern sowie als Möglichkeit zur Struktur- und Teamentwicklung ge-



Übersicht Ausbildungskonzept AnSehen

wertet. Das Seminar gibt Sicherheit im Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz und sensibilisiert dafür, dass die kontinuierliche Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen zeitliche Entlastung im Pflegealltag bringt und so sterbenden Menschen mehr Zuwendung ermöglicht. Mittlerweile wurden ca. 150 haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende sowie Angehörige in Fortbildungsprozessen geschult. In der Regel werden die Fortbildungen als Inhouse-Schulungen in Einrichtungen der Altenhilfe durchgeführt.

Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V.

Claudia Hartmann

Graf-Recke-Straße 209

40237 Düsseldorf

Tel. 0211 - 3610 229 Fax 02 11 - 36 10 222

E-Mail: hartmann@eeb-nordrhein.de

Literatur:

Hartmann, C. (2006a): Fortbildung für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Begleitung von demenzerkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Düsseldorf: Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V.

Hartmann, C. (2006b): Die Begleitung von demenzerkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V.

Einbindung schwer dementer Menschen in den Tagesablauf im direkten Wohnumfeld

Einführung und Projektidee

Das Azurit Seniorenzentrum Laaberg ist eine Altenhilfeeinrichtung mit 105 Pflegeplätzen, die sich in drei Wohnbereiche aufgliedern. Die Schwerpunktsetzung der Arbeit liegt auf der Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner. 2003 entstand die Projektidee, Möglichkeiten zu schaffen, um auch schwer demente Menschen trotz herausfordernder Verhaltensweisen und/oder Einschränkungen der Mobilität in die Gemeinschaft einzubinden und nach ihren Möglichkeiten zu aktivieren. Seit 2004 ist das Projekt in der Umsetzung.

Projektumsetzung

Priorität hat die Aktivierung und Betreuung im direkten Wohnumfeld. Offen zugängliche und von den Zimmern gut erreichbare Speisesäle wurden zu Wohnküchen umgestaltet. Kernstück des Projekts ist der Einsatz einer Präsenzkraft, die als Ansprechperson kontinuierlich anwesend ist. Neben Angeboten für die Gruppe (z.B. Singen, Bewegen oder Erzählen) steht die Einzelbetreuung der Bewohner im Vordergrund. Hierzu gehören sensorische Aktivierungen auf der Basis der Basalen Stimulation, Spazierfahrten beziehungsweise Gehübungen und das



Anreichen von Essen in einer entspannten 1:1 Situation. Die praktischen Erfahrungen haben mittlerweile dazu geführt, dass ein Beschäftigungs- und Betreuungsplan entwickelt wurde, in dem Zeiträume für gemeinsame Betätigungen, Mahlzeiten und Einzelbetreuungen verbindlich festgelegt werden.

Pflege- und Betreuungskonzept

Basis der Arbeit mit den demenzerkrankten Menschen bildet der personenzentrierte Ansatz. Alle Mitarbeiter werden in regelmäßigen Inhouse-Fortbildungen entsprechend geschult. Neben einer umfassenden Biographiearbeit steht die sensorische Anregung aller Sinne im Vordergrund der Betreuung. Hierzu werden Aktivierungen angeboten, die themenbezogenen Reize für alle Sinne anbieten wie etwa die Zubereitung eines regionalen Gerichts in der Wohnküche. Die Erfahrungen zeigen, dass es gelingt, auch motorisch stark eingeschränkte Bewohner zweimal täglich in Ruhestühlen zu mobilisieren und in die Gemeinschaft zu integrieren.



Azurit Seniorenzentrum Laaberg

Anneliese Früchtl

Zum Laaberg 2

84367 Tann-Eiberg

Tel. 08572 - 9603-0

Fax 08572 - 9603-49

E-Mail: szlaaberg@azurit-rohr.de

Internet: www.azurit-rohr.de

*Haus Drei Linden GmbH in
Wollbrandshausen*

Wohnbereich „Pflege“ im Haus Drei Linden

Einführung und Projektidee

Das Pflegeheim „Haus Drei Linden GmbH“ wurde 1990 als private Altenpflegeeinrichtung für ausschließlich gerontopsychiatrisch erkrankte Personen eröffnet und bietet 58 Plätze an. In den Jahren 2000/2001 erfolgte auf der Basis der bis dahin gemachten Erfahrungen eine interne Umstrukturierung mit dem Ziel, die Betreuung von Menschen mit Demenz in homogenen Gruppen durchzuführen. Das heißt, die Bewohner, die sich in der gleichen Erkrankungsphase befinden, werden in eigens für den spezifischen Bedarf umgebauten Wohnbereichen betreut. Die Angehörigen der Betroffenen waren in die Planung und Umsetzung eingebunden. Für zehn Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung wurde der Wohnbereich „Pflege“ eingerichtet. Hier werden ausschließlich Personen betreut, die überwiegend bettlägerig und in ihrer Mobilität sowie Kommunikationsfähigkeit drastisch eingeschränkt sind. Als weitere Aufnahmekriterien gelten eine Einstufung in Pflegestufe 3 sowie die Anerkennung als Härtefall.

Räumliche Gestaltung und Ausstattung

Die zehn Bewohner des Wohnbereichs „Pflege“ sind in Doppelzimmern untergebracht. Diese münden in einen sehr breiten Flur, der als Aufenthaltsbereich genutzt wird. Durch die Ausstattung mit einem trittschalldämmenden Fußbodenbelag sowie einem neuen Beleuchtungs- und Farbkonzept konnte ein wohnliches Ambiente geschaffen werden. Bei der Gestaltung der Bewohnerzimmer wurde Wert auf

sinnesanregende Elemente wie Mobiles, bunte Tücher, Bilder und Blumen gelegt. Die Zimmer sind soweit möglich mit bewohnereigenen Möbelstücken ausgestattet.

Pflege- und Betreuungskonzept

Der Schwerpunkt der Pflege und Betreuungsarbeit liegt in der sensorischen Anregung und Stimulation der Bewohner. Es werden Elemente aus der basalen Stimulation angewandt. Ebenso wird musik- und aromatherapeutisch gearbeitet. Es gibt ein so genanntes Snoezel-Mobil, mit dem am Bett Lichteffekte und Musik gestaltet werden können. Außerdem gibt es einen mobilen Herd, so dass bewohnernah kleine Speisen zubereitet werden können, um Geruchssinn und Geschmacksnerven zu aktivieren. Um diese Angebote durchzuführen wurde eine Ergotherapeutin für diesen Wohnbereich eingestellt. Die Bewohner werden mehrmals am Tag mobilisiert und in Pflegestühlen in den Gemeinschaftsbereich oder auf den Balkon gebracht. Ein weiterer Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit liegt im angemessenen Schmerzmanagement. Es wird ein regelmäßiges Schmerzassessment (ECPA) von den Pflegekräften durchgeführt. Ein besonderer Fokus wird auf eine gute Zahnkontrolle durch einen Zahnarzt gelegt.



Haus Drei Linden GmbH

Gudrun Friedrich-Kopp

Hauptstraße 10

37434 Wollbrandshausen

Tel. 05528 - 2814

Fax. 05528 - 3176

E-Mail: haus.drei.linden@t-online.de

Internet: <http://cms.seniorenzentrum-bovenden.de>

Die INSEL – Begleitung von Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase

Einführung und Projektidee

Das Pflegeheim Haus Schwansen in Rieseby hat sich schon sehr bald nach seiner Eröffnung im Jahr 1993 zu einer besonderen Einrichtung für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz entwickelt. Es bietet Unterbringungsmöglichkeiten für 61 Bewohner. Die praktischen Erfahrungen zeigten, dass sich an Demenz erkrankte Menschen in Abhängigkeit ihres Krankheitsbildes und Krankheitsstadiums erheblich in ihren Bedürfnissen unterscheiden und daher auch unterschiedliche Betreuungsformen benötigt werden. Durch eine entsprechende Anpassung des Lebensumfeldes kann daher ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und Würde gewahrt bleiben. Für Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung wurde daher im Jahr 2002 die „Insel“ eingerichtet, um eine den Bedürfnissen dieses Personenkreises angemessene Versorgung zu gewährleisten.

Räumliche Gestaltung und Ausstattung

Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung sind ihrer Umgebung und den entsprechenden Außenreizen schutzlos ausgeliefert. Gleichzeitig besteht die Gefahr einer Deprivation, wenn die Bewohner über einen längeren Zeitraum alleine in ihrem Zimmer sind. Ziel ist es daher, für die Erkrankten eine „sinnbetonte“ Umgebung zu gestalten, ohne die Gefahr einer Reizüberflutung. Die „Insel“ bietet einen geschützten Raum, in dem professionelle Pflege möglich ist und noch verbliebene Fähigkeiten gefördert werden können. Das Bewohnerzimmer bleibt als privater Rückzugsraum erhalten. Darüber hinaus werden für mehrere Stunden am Vor- und Nachmittag spezifische Angebote in anderen Räumen der Gemeinschaft angeboten. Ein Therapieraum wurde speziell für diese Gruppe mit entsprechenden Pflegesesseln und einer Schaukel

ausgestattet. Bei gutem Wetter wird auch der Freibereich für die Betreuungseinheiten genutzt.

Pflege- und Betreuungskonzept

Das Pflege- und Betreuungskonzept basiert auf einem ganzheitlichen palliativen Ansatz. Grundsätzlich orientiert sich die pflegerische Tätigkeit am Schlaf-Wachrhythmus der dementen Menschen. In wachen Phasen wird versucht, die Betroffenen zu mobilisieren und noch vorhandene Fähigkeiten zu fördern. Ein besonderer Fokus der pflegerischen Arbeit wird auf die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gelegt. Das Nahrungsangebot erfolgt unabhängig von den sonst üblichen Essenszeiten und ist auf die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt. Ein weiterer wichtiger Pfeiler der Pflege ist die angemessene Behandlung von Schmerzen. Die Mitarbeiter sind dazu angehalten, besonders auf Anzeichen von Unwohlsein wie Veränderungen im Verhalten, Gestik, Mimik und vokale Laute zu achten. Wichtig für diese Gruppe ist eine angepasste Sinnesstimulation. Hierfür werden Elemente der basalen Stimulation und Kinästhetik angewandt. Die Bewohner erhalten kleine Massageeinheiten, oder es wird versucht, über rhythmische Bewegungen das Körpergefühl zu verbessern. Darüber hinaus gibt es musiktherapeutische Angebote, eine Taizégebetsstunde und aromatherapeutische Anwendungen. Ein weiterer wichtiger Baustein des Konzeptes ist die angemessene Sterbegleitung. Die Mitarbeiterinnen der „Insel“ verfügen über entsprechende Qualifikationen. Soweit möglich werden auch die Angehörigen in die Arbeit einbezogen.



Haus Schwansen

Christine Petersen

Rakower Weg 1

24354 Rieseby

Tel. 04355 - 18100

Fax: 04355 - 181299

E-Mail: info@haus-schwansen.de

Pflegeheim Heiliggeiststift, Freiburg im Breisgau

OASE - eine Wohneinheit für demenziell erkrankte bettlägerige Menschen

Einführung und Projektidee

Das Pflegeheim Heiliggeiststift liegt im Freiburger Stadtteil Herdern. Es verfügt über 46 Einzelzimmer und 21 Doppelzimmer. Dem Pflegeheim angeschlossen sind Betreute Wohnungen. Menschen mit Demenz werden in dieser Einrichtung nach einem integrativen Versorgungsansatz betreut. Als besonderes Angebot gibt es seit Ende 2004 für drei bettlägerige Menschen mit Demenz die so genannte „Oase“. In der Einrichtung entstand bei den an der Versorgung der Bewohner Beteiligten der Wunsch nach einem verbesserten Versorgungsangebot für bettlägerige Bewohner. Als Umsetzungsidee wurde im Sommer 2004 die Konzeptvorlage für die Gestaltung einer „Oase“ erarbeitet, die dann bereits im Dezember 2004 in die Umsetzung ging.

Räumliche Gestaltung und Ausstattung

Die räumliche Ausstattung soll eine Atmosphäre von Geborgenheit und Wärme vermitteln. Die Wände sind in warmen Tönen lasiert, über den Betten sind Stoffhimmel angebracht. Die Decke kann mit farblich nuanciertem Licht beleuchtet werden. Die Wände sind mit Fotos und Bildern der Bewohner dekoriert. Die Basisausstattung besteht aus 3 Bet-



ten mit Nachttisch und Schränken beziehungsweise Kommoden sowie einem Sessel mit Bestelltisch. Dem Zimmer zugeordnet ist ein behindertengerechter Sanitärbereich. Zur wohnlichen Gestaltung gibt es eine Reihe von Grün- und Topfpflanzen. Weitere Ausstattungselemente, die zur sensorischen Anregung der Bewohner genutzt werden, sind Farbstrahler, Lava-, Salz- und Duftlampen, CD-Player und ein Foto-Mobile.

Pflege- und Betreuungskonzept

Den Bewohnern der „Oase“ soll menschliche Nähe und Geborgenheit vermittelt werden, was durch eine gesteigerte Präsenz der Mitarbeiter unterstützt wird. Diese sind besonders auf diese Aufgabe vorbereitet worden: insbesondere durch eine intensive Schulung in Basaler Stimulation. Basal stimulierende Waschungen und Einreibungen bilden die Basis des pflegerischen Arbeitens. Weitere spezifische Angebote wie meditative Einheiten oder musiktherapeutische Kontaktmomente werden vom Sozialdienst der Einrichtung durchgeführt. Eine Besonderheit in der „Oase“ ist der Einsatz von Klangschalentherapie, da durch die Schwingungen der Klangschalen die Körperwahrnehmung verbessert werden soll. Die konsequente Einbindung der Angehörigen sowie der Einsatz einer kleinen Gruppe von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen tragen dazu bei, dass das Ziel einer ständigen Präsenz in der „Oase“ erreicht werden kann.



Pflegeheim Heiliggeiststift

Deutschordensstraße 4

79104 Freiburg

Tel. 0761 - 2108-0

Fax 0761 - 2108-217

E-Mail: info.heiliggeiststift@stiftungsverwaltung-freiburg.de

Internet: www.stiftungsverwaltung-freiburg.de

„Sinnvolles Baden“ – Das therapeutische Bad als wertvolle Ergänzung der Pflege von demenziell veränderten Menschen

Einführung und Projektidee

Das Altenwerk Marthashofen ist ein anthroposophisch orientiertes Pflegeheim, das 1990 erbaut wurde und Platz für 85 Bewohner bietet. Im Jahr 2002 wurde dort eine halbe Stelle für eine examinierte Altenpflegerin geschaffen, die stationsübergreifend als „Badefrau“ eingesetzt wird. Ziel war es, das Baden als regelmäßiges Angebot – insbesondere für die demenziell veränderten Menschen, die den weitaus größten Anteil der Bewohnerschaft darstellen – zu etablieren. Inzwischen wird die Badefrau durch eine ehrenamtliche Mitarbeiterin unterstützt. Es wurde ein umfangreiches Konzept zum therapeutischen Baden erarbeitet, in das die gesammelten Erfahrungen, Wahrnehmungen und Beobachtungen sowie Literaturrecherchen eingeflossen sind und aufbereitet wurden.

Bauliche Gestaltung der Bäder

Im Zuge des neuen Tätigkeitsfeldes wurden die Baderäume – unterstützt durch eine künstlerische Begleitung – in einer freundlichen, die Sinne ansprechenden und behagliche Atmosphäre bietenden Weise neu gestaltet.



Therapeutisches Baden – Projektumsetzung

Baden ist nicht nur eine „Reinigungsmaßnahme“, sondern es soll alle Sinne des Bewohners ansprechen und so das körperliche und seelische Wohlbefinden positiv beeinflussen. Es lassen sich beispielsweise die folgenden Effekte beobachten:

- die Körperwahrnehmung verbessert sich,
- muskuläre Verspannungen lösen sich, dadurch wird die Beweglichkeit erhöht,
- Stoffwechselforgänge werden angeregt,
- der Gleichgewichtssinn wird stimuliert,
- der Geruchssinn wird angeregt,
- das Sprachvermögen wird in der Kommunikation mit der Therapeutin gefördert u.v.m.

Projektergebnisse

Das therapeutische, „sinnvolle“ Baden hat auf die meisten Bewohner einen anregenden und entspannenden Effekt. Vor allem die intensive Zuwendung durch die Badefrau scheint den Badegästen gut zu tun. Die Übernahme des Badens durch eine eigens dafür angestellte Kraft entlastet die anderen Pflegenden deutlich.



Altenwerk Marthashofen gGmbH

Klaus R. Griemert

Marthashofen 2

82284 Grafrath

Tel. 08144 - 9985-0

Fax 08144 - 9985-16

E-Mail: griemert@marthashofen.de

Internet: www.marthashofen.de

Palliative Care: eine andere Art zu pflegen bei Demenz

Einführung und Projektidee

Die Diakonie-/Sozialstation Mössingen-Bodelshausen-Ofterdingen gGmbH bietet an zwei Standorten mit über 100 Mitarbeitern ein breit gefächertes ambulantes Dienstleistungsangebot in den Bereichen Alten- und Krankenpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Familienpflege, Hausaufgabenbetreuung sowie weiterer sozialer Dienste. Seit 1994 gibt es in Mössingen einen ehrenamtlichen Hospizdienst, der 2003 der Diakoniestation angegliedert wurde. Eine enge Kooperation besteht auch mit dem im Jahr 2002 gegründeten Verein zur Förderung der Hospizarbeit in Mössingen e.V. Dieser Verein hat dauerhaft eine Wohnung in einem benachbarten Pflegeheim angemietet, die ausschließlich an Hospizpatienten untervermietet wird. Hier findet ein großer Teil der Sterbebegleitung statt. 2003 erarbeitete die Diakoniestation ein Konzept zur Begleitung demenziell erkrankter Menschen im ambulanten Bereich mit Betreuung, Palliative Care und Hospiz. Ziel ist es, schwerkranken Demenzpatienten ein selbst bestimmtes Leben in vertrauter Umgebung für einen möglichst langen Zeitraum zu ermöglichen.

Pflege- und Betreuungskonzept

Das Konzept „Palliative Care: eine andere Art zu pflegen bei Demenz“ nimmt das gesamte Lebensumfeld des demenziell veränderten Menschen in den Blick. Es wird versucht, die Grenzen der Belastungen und Ressourcen des Systems, in dem er lebt, auszuloten und ein maßgeschneidertes Angebot – mit Hilfe der zahlreichen Kooperationspartner vor Ort – zur Verfügung zu stellen. Für den Patienten selbst steht eine breite Palette an therapeutischen Interventionen zur Verfügung: Biografiearbeit, Validation, Basale Stimulation, Aroma- und Musiktherapie sind einige wichtige Bausteine. Möchte ein Sterbender in die Hospizwohnung umziehen, wird diese milieuthérapeutisch mit vertrauten Möbeln, Bildern etc. gestaltet, um eine Kontinuität zum bisherigen Lebenszusammenhang auch in den letzten Tagen und Wochen zu erhalten.

Das Personal der Diakoniestation sowie die ehrenamtlichen Hospizhelfer werden auf ihre Aufgaben in der Begleitung demenziell Erkrankter durch Fort- und Weiterbildungen, regelmäßige Teambesprechungen und Supervision vorbereitet.

Angehörige erfahren Entlastung durch umfassende Beratung und Begleitung, Wissensvermittlung und das Angebot zur Teilnahme an Gesprächskreisen.

Projektergebnisse

Die Diakoniestation Mössingen schließt durch das spezifische Angebot der Verknüpfung von Betreuungsformen für demenziell Erkrankte mit der Hospizarbeit eine bestehende Lücke im lokalen Versorgungsangebot und stabilisiert so die häusliche Begleitung von Menschen mit Demenz.



Diakonie-/Sozialstation Mössingen-Bodelshausen-Ofterdingen gGmbH

Rathof 1
72116 Mössingen
Tel. 07473 - 9515-0
Fax 07473 - 9515-79
E-Mail: dsm@zieglerscheanstalten.de
Internet: www.diakonie-moessingen.de

Verein „Gemeinsam statt Einsam e.V.“

Ambulant betreute Wohngemeinschaft für demente Menschen in Kirchheim/Teck

Einführung und Projektidee

Die ambulant betreute Wohngemeinschaft in Kirchheim wurde nach dem Vorbild der Berliner Wohngemeinschaften von Angehörigen initiiert und gemeinsam mit Fachkräften der Altenpflege umgesetzt. Ziel war es, eine alternative Versorgungsvariante zu schaffen, in der die Bewohner bis zu ihrem Tod verbleiben können. Die Wohngemeinschaft nahm am 1. Februar 2005 ihren Betrieb auf. Es können dort acht demenziell erkrankte Menschen betreut werden.

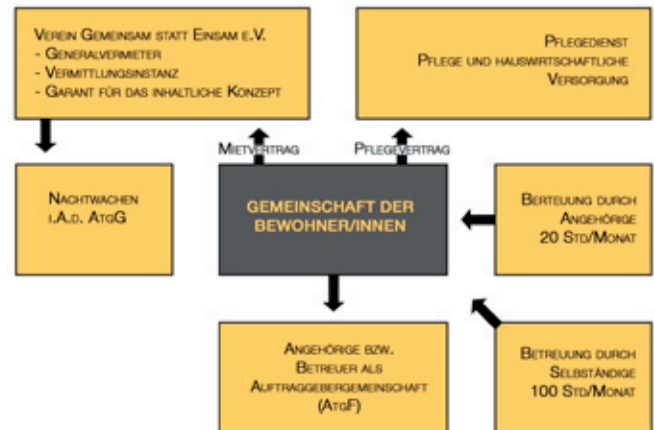
Bauliches Konzept

Vom Verein „Gemeinsam statt Einsam e.V.“ wurde als Generalmieter eine ca. 200 m² große, rollstuhlgerechte Wohnung in einem Gebäude der evangelischen Kirchengemeinde angemietet. Den acht Bewohnern stehen Einzelzimmer in unterschiedlicher Größe zur Verfügung, die mit eigenen Möbeln ausgestattet sind. Das Bad wird gemeinschaftlich genutzt. Lebensmittelpunkt der Wohngemeinschaft bildet ein großes Wohnzimmer mit offener Küche.

Pflege- und Betreuungskonzept

Die Pflege und Betreuung in der ambulanten Wohngemeinschaft steht unter dem Motto „Der Alltag ist Therapie“. In der Wohngemeinschaft ist es gelungen, für die Bewohner häusliche vertraute Rahmenbedingungen zu schaffen, die den dementen Menschen Sicherheit und Orientierung bieten. Der Tagesablauf orientiert sich an den individuellen

Wünschen und Erfordernissen. Es wird darauf Wert gelegt, die individuellen Ressourcen der Bewohner zu fördern und ein hohes Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen. Damit eine kontinuierliche Präsenz von Mitarbeitern gewährleistet ist und die Verantwortlichkeiten klar geregelt sind wurde folgende Organisationsstruktur erarbeitet.



Als Grundsatz gilt, dass das Leben in der Wohngemeinschaft bis zum Tod möglich sein soll. Von den acht Bewohnern der Wohngemeinschaft haben vier bereits ein weit fortgeschrittenes Krankheitsstadium erreicht. Eine Bewohnerin ist bereits in der Wohngemeinschaft verstorben. Um auch diese Versorgungsaufgabe qualitativ erbringen zu können, wurden für Angehörige und Mitarbeiterinnen entsprechende Fortbildungen angeboten, zum Beispiel eine Veranstaltung zum Thema Sterbebegleitung durch den Hospizverein Kirchheim. Ein Großteil der Mitarbeiterinnen der Diakoniestation hat an einer Weiterbildung in „Palliative Care“ teilgenommen. Die Erfahrungen der Wohngemeinschaft zeigen, dass gerade in dieser Lebensform auf die körperlichen und seelischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien sehr gut eingegangen werden kann, wenn den Pflegenden durch Fort- und Weiterbildungen das entsprechende Rüstzeug für diese anspruchsvolle Aufgabe vermittelt wurde.



Gemeinsam statt Einsam e.V.

Sybille Mauz
Stifterstraße 23
73230 Kirchheim
Tel. 07021 - 47148
E-Mail: gemeinsam-statt-einsam@t-online.de
Internet: www.eckpunkt-kirchheim.de

Impressum

Herausgeber und Redaktion

Demenz Support Stuttgart gGmbH

Zentrum für Informationstransfer

Hölderlinstraße 4

70174 Stuttgart

Tel. 0711 - 99 787 10

Fax: 0711 - 99 787 29

E-Mail: info@demenz-support.de

Internet: www.demenz-support.de