



Vorträge vom DED Symposium beim Kongress
der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2012
in Hanau

**Untereinander – Miteinander – Füreinander:
voneinander lernen**

Prüfung auf dem Prüfstand

Voneinander lernen als System

Inhaltsverzeichnis

Symposium 1

Untereinander-Miteinander-Füreinander - Voneinander lernen

Seite 4

Trotz aller Bemühungen um die Verbesserung der über 14 000 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland (750 000 Plätze) bleibt stets die Symbolik der Heimübersiedlung: Beginn der letzten Lebensphase/Funktionsverluste/ Todesnähe, Abhängigkeit, Anpassungszwänge u.v.m. - Sinnvoll ist ein möglichst offener Umgang damit. Dadurch wächst die Chance, Vorteile zu erkennen: Sicherheit/Zugang zu Therapie/Training, mehr Leben, Begegnungsvielfalt/Anregungen u.v.m.

Quellen der Angst vor dem Heim

(Dr. Jens Bruder)

Auf der Suche nach dem guten Heim für einen demenzkranken Angehörigen

(Karl-Heinz Pastoors)

Wege zur einer guten Pflegepartnerschaft – Bausteine für eine gute Zusammenarbeit im Pflegeheim

(Claus Appasamy)

Symposium 2

Seite 17

IQM Demenz - konsequente Milieutherapie: Alles dreht sich um den Demenzkranken

Wie lassen sich Erfolgsrezepte guter Einrichtungen übertragen und systematisch einführen? Diese Frage stand am Anfang des Bundesmodellprojektes IQM Demenz. Jedes Kriterium für das Qualitäts-, Personal- und Organisationsmanagement stand unter der Frage: Was hilft es dem Menschen mit Demenz?

Heute liegen die Erfahrungen vor und es wird deutlich, dass dieses System sogar ein Beispiel ist, wie an aktuelle neurobiologische Erkenntnisse angeknüpft werden kann.

Komplexe Probleme brauchen einfache Lösungen - wie "Voneinander lernen" zum System wird: IQM Demenz

(Martin Hamborg)

Ernährung und Demenz

(Nicole von Oesen)

Die Folien finden Sie auf unserer Website www.demenz-ded.de

Mitarbeiter und Angehörige entwickeln gemeinsam einen Biografiebogen

(Eva Bodemann)

Qualitätskontrollen im Heim: Prüfung auf dem Prüfstand

Voneinander Lernen heißt auch: Was ist wichtig, was hat sich bewährt und was schafft Arbeit, aber kein Wohlbefinden? Was helfen die jährlichen Qualitätskontrollen der Heimaufsichten, MDK, Feuerwehr, Hygiene, Lebensmittelhygiene ... dem Menschen mit Demenz?

Prüfungen im Praxistest - mehr als ein Stresstest für die Heime?

(Michael Oehler)

MDK Prüfung - Was hat der Demenzkranke davon?

(Bernhard Fleer)

"Was zu viel ist, ist zu viel" Diskussion mit der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege

(Elisabeth Beikirch)

Symposium 1: Untereinander - Miteinander-Füreinander - Voneinander lernen

Am Anfang war die Angst vor dem Heim

Trotz aller Bemühungen um die Verbesserung der über 14 000 stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland (750 000 Plätze) bleibt stets die Symbolik der Heimübersiedlung: Beginn der letzten Lebensphase/Funktionsverluste/ Todesnähe, Abhängigkeit, Anpassungszwänge u.v.m. - Sinnvoll ist ein möglichst offener Umgang damit. Dadurch wächst die Chance, Vorteile zu erkennen: Sicherheit/Zugang zu Therapie/Training, mehr Leben, Begegnungsvielfalt/Anregungen u.v.m. – Im Zentrum des Referates steht die emotionale Hilfe bei der Angstbewältigung.

Quellen der Angst vor dem Heim

Dr. Jens Bruder, Nervenarzt, Heilwigstr. 120, 20249 Hamburg, 040 475512, DED-Vorstandmitglied

Für die große Mehrheit der Pflegebedürftigen bedeutet die Heimübersiedlung eine der größten Anpassungsleistungen im gesamten Leben, und das in der Lebensphase mit den geringsten Kräften (wenn man einmal von der Kleinkindzeit absieht). Man könnte das auch das Heimparadoxon nennen; es rechtfertigt unsere Aufmerksamkeit und Suche nach Verbesserungen.

Der Verlust der vertrauten Wohnumwelt ist zuerst zu nennen. Als miterlebender 68er weiß ich von der Freiheit der Apfelsinenkisten-Einrichtung und dem schönen Gefühl, den gesamten Besitz in einem Käfer unterbringen zu können. Aber im Laufe der Jahrzehnte habe ich erfahren, wie sehr die persönliche Umgebung zum Abbild der Seele, sozusagen zu ihrer äußeren Haut werden kann. Das ist etwas Gutes, diese so ganz stille, ganz individuelle, langsame Gestaltungskraft in jedem von uns. Sie verschafft ja auch Halt und Sicherheit.

Diese Außenschicht der Seele muss nun zurückgelassen werden. Das macht Angst. Kürzlich begegnete mir nach vielen Jahren ein alter Bekannter, der am Ende des Gespräches erwähnte, in seinem ca. 65 jährigen Leben 35mal umgezogen zu sein (freiwillig). Ich staunte und hatte ein starkes Gefühl von Fremdheit.

Die Angst vor dem Verlust der vertrauten Umgebung ist ein Sammelbecken für weitere Verlustängste, von Fähigkeiten, Erlebnismöglichkeiten, Freiräumen. Schließlich verkörpert dieser Schritt ja auch den Beginn der letzten Lebensphase. In ihm steckt auch ein Abschied vom Leben. Eine weitere Quelle von Angst sind bisherige Einblicke in Heime, etwa bei Besuchen. Zum einen ist da die Tatsache, dass die Welt der nahezu 14 000 deutschen Heime auch heute noch sehr unterschiedlich ist und qualitätsorientierte Entwicklungen nur langsam in Gang kamen. Zum anderen ist zu sehen, dass vielfältig verursachte Angst die Fähigkeit zum genauen Hinsehen nicht gerade fördert, so dass Vorurteile sich eher verhärten und der Betreffende in seiner Angst bestärkt wird und steckenbleibt. Deswegen ist alles, was glaubwürdige Einblicke in Heime ermöglicht, zu fördern. Hier ist auf einen alten Mangel zu verweisen: Es gelingt der Heimwelt immer noch nicht ausreichend, ihre zentrale Leistung wertzuschätzen und nach außen zu vermitteln: die umfassende

Verantwortung für die letzte Lebensphase der Bewohner, nicht nur im Hinblick auf Hilfe und Versorgung, sondern auch im Hinblick auf die einfühlsame, phantasievolle und unermüdliche Gestaltung der Zeit und der Umgebung. Das gilt ganz besonders für die Demenzkranken, weil deren Selbstregulationskraft immer geringer wird und sie darin zunehmend auf uns angewiesen sind. Dement zu werden bedeutet ja nicht nur den Verlust der Kontrolle nach außen – Küche, Telefon, Konto –, sondern auch nach innen – Stimmungen, Affekte, Einfälle. Demenzkranke sind sich selbst – auch ihren schwierigen Anteilen - zunehmend hilflos ausgesetzt.

Zur Beziehung von Angst und Verlust

Die Begriffe Angst und Verlust haben eine enge Beziehung, sind aber nicht gleichbedeutend. Verluste sind im Alter meist endgültiges, unfreiwilliges Abhandenkommen von ehemals besessenen Gütern – materiellen (z.B. körperliche Unversehrtheit) und immateriellen, geistigen und emotionalen (Freiräume, Beziehungen). Sie zu akzeptieren kann – und ist oft – sehr schmerzhaft. Manchmal gelingt das nur unvollkommen; dadurch kann die Angst vor neuen Verlusten wachsen. Angst bezieht sich also stets auf neue Verluste, wobei es bei Angst vor Schmerzen um den Verlust der körperlichen Unversehrtheit geht.

Man muss aber auch sehen, dass Angst sich auf eine noch nicht entschiedene Zukunft richtet. Eng mit ihr verbunden - darf man sogar sagen „in ihr enthalten“? - kann Hoffnung sein, auf das Ausbleiben von Verlusten. Sicher in unterschiedlichem Ausmaß. Vielleicht gibt es einen inneren Austausch zwischen den Impulsgebern von Angst und Hoffnung - ein mutiger Gedanke. Immerhin darf man ja nicht übersehen, dass Angst als Alarmsignal zu großen Leistungen der Abwehr und Überwindung von Schwierigkeiten führen kann. Sie gehört zur Überlebensausrüstung des Menschen. Die Frage ist, wieweit sich die Angst vor dem Heim auch als Kraftquelle nutzen lässt. Hinter dieser Frage steht die Erfahrung, dass viele zunächst Heimängstliche sehr vom Leben im Heim profitieren und im Rückblick froh über den vollzogenen Schritt waren bzw. sind.

Zum Umgang mit der Angst vor dem Heim: die potentiell Betroffenen zu Experten machen Älter zu werden heißt heute, mit dem Möglichkeitshorizont von (Halb)Marathon-Teilnahme bis Demenz zu leben. Es sollte deshalb – sozusagen auch als Dank für diese große Offenheit des Alters - zum allgemeinen Bildungsverhalten Älterer gehören, Kenntnisse des Hilfesystems zu gewinnen. Also: die Pflegeeinrichtung anschauen, an der man so oft vorbeikommt, unangemeldet, mit freundlich-neugierigen Gesicht, im Wissen einer Reihe von Kriterien, die heute in Ratgebern zur Heimbeurteilung zur Verfügung gestellt werden.

Dies ist nur ein Beispiel von vielen. Der Zuwachs an Wissen beruhigt. Es ist eindrucksvoll, in dieser Weise kundig gewordenen Älteren oder Angehörigen zuzuhören.

Ein wertvoller Effekt solcher Erkundungen kann sein zu begreifen, dass das Leben in einer Einrichtung grundsätzlich mehr Leben bedeutet, jenseits aller Unterhaltungs- und Aktivierungsangebote. Heim heißt einfach auch: mehr Leben. Heim heißt nicht nur Verzicht.

Zum Umgang mit der Angst vor dem Heim: Kennenlernen und Sich-Vertraut-Machen

Aus der ganzheitlichen Verantwortung des Heimes, besonders für die Demenzkranken, leitet sich die Verpflichtung ab, soviel von dem betroffenen Menschen zu erfahren wie irgend möglich. Von ihm selbst, selbstverständlich, an erster Stelle, aber auch von seinen Nächsten. Nicht nur bei verllorener Dialogfähigkeit, sondern aus guter Neugier, aus Wissbegier am anderen Menschen und an seinen Nächsten.

Das sagt sich so leicht, und es mutet wie eine Selbstverständlichkeit an, und es bleibt doch tausendmal im Alltag unbeachtet. Grundsätzlich gilt: jeder Mensch, der für den Rest seines Lebens ganz einer helfenden Institution anvertraut wird, hat einen Anspruch darauf, dieser Institution mit allem, was ihn ausmacht, vertraut zu sein - mit seinen Stärken und Vorlieben, mit seinen Empfindlichkeiten und Schwächen, vielleicht sogar mit seinen Sehnsüchten und verborgenen Phantasien. Nur dann wird es möglich sein, gut mit dem Betroffenen umzugehen. Außerdem wird die Begegnung viel leichter, weil man mehr Wissen über den Menschen im Kopf hat, um den es gerade geht, der vor einem liegt oder auf den man zugeht. Immer wieder machen Betreuer die Erfahrung, dass anfängliche Mühen des Informationsgewinns später reich belohnt werden durch einen lebendigeren, vielfältigeren, oft auch phantasievolleren Umgang mit den Pflegebedürftigen. Das gilt auch oder gerade für fortgeschritten Demenzkranke mit nur noch geringen Reaktionsmöglichkeiten. In sie Früheres hineinsehen zu können, kann ihnen mehr Eigenes geben.

Wichtig ist im Prozess des Sich- Vertraut-Machens: bei aller Unterschiedlichkeit von Menschen gilt doch wohl, dass Vertrauen entsteht, wenn ich spüre, dass mein Gegenüber –natürlich behutsam – erfahren will, wer ich bin und was mich ausmacht. Das gründlichere Kennenlernen hat etwas zutiefst Dialogisches; mein Interesse am anderen, an seinem Wesen, seiner Persönlichkeit lässt bei ihm auch Vertrauen in mich entstehen. Dabei geht es nicht nur um wechselseitigen Informationsaustausch, obwohl der ja durchaus zu langen Betreuungsbeziehungen gehört. Bedeutsamer ist: im Erkunden des anderen entsteht auch das Vertrauensfundament für die weitere Pflegebeziehung. Das Sich-Vertraut-Machen lohnt sich, bereichert, erleichtert die Arbeit und – ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit.

Zum Umgang mit der Angst vor dem Heim: der Hausbesuch

Von der häuslichen Umgebung als äußerer Schicht der Seele war schon die Rede. Neben dem betroffenen Menschen selbst gibt es kaum etwas, was mehr aussagt über ihn. Es ist schwer nachzuvollziehen, weshalb Hausbesuche vor - und auch nach – der Heimübersiedlung nicht längst bei allen über 200 000 jährlich in Deutschland Betroffenen gemacht werden. In der Wohnung können die Dinge zu einem sprechen. Man kann erahnen, ob jemand die Kontrolle über seine Ordnung verlor, ob es um Demenz geht, aber auch um andere psychische Störungen. Malerische lässt sich von erschöpfter, depressive von verwahrloster Unordnung unterscheiden, und immer teilte sich etwas von den betroffenen Menschen mit. Die bisherige Umgebung eines Menschen zu kennen, macht sicherer im Umgang mit ihm. Diese Chance muss man nutzen. Dabei können auch so einfache Dinge eine Rolle spielen, wie im Gespräch mit einem neuen Bewohner an bestimmte

Besonderheiten der früheren Wohnung zu denken („...wollen wir das so herrichten, wie Sie es zu Hause hatten?“). So kann Vertrauen wachsen.

Die Überwindung von Angst

Angst kann Kräfte mobilisieren, das ist allen Menschen vertraut. Jenseits der bereits berührten Aspekte kann man mit reflexionsfähigen Betroffenen auch über frühere Erfahrungen mit Angst sprechen, über ihre Überwindung, über nützliche Anstrengungen, die durch Angst ausgelöst wurden, über die Befriedigung, es geschafft zu haben („Sprung über die Hürde“), vielleicht auch darüber, dass es ein Zeichen von Besonnenheit und recht normal ist, vor dieser großen Veränderung, der Übersiedlung ins Heim, Angst zu haben. Aus Ängstlichkeit und Unsicherheit können auch kleine Schritte der Annäherung an die neue Umgebung vereinbart werden und Hoffnung auf Eingewöhnung entstehen. Angst hat konstruktive Anteile, Angst ist auch ein Zeichen von Lebendigkeit. Dass die Besonderheiten des Einzelnen dabei immer bedacht werden müssen, ist klar.

Dazu ist die entstehende oder bereits vorhandene Vertrautheit so wertvoll, um die es in diesen Überlegungen im Wesentlichen ging.

Wenn es zuhause nicht mehr geht

Heimprospekte allein sind oft trügerisch. Die Prüfnoten des MDK allein sagen auch nicht die Wahrheit. Die Qualität in der Pflege ist eingebettet in eine Beziehung. Pflegerische Maßnahmen sind immer Ergebnis einer Interaktion, eines Gespräches, eines Blickes. Pflege gelingt in einem Heim nur in einer Kultur des Vertrauens und der gegenseitigen Wertschätzung.

Auf der Suche nach dem guten Heim für einen demenzkranken Angehörigen

Karl-Heinz Pastoors, Diakon, 74523 Schwäbisch Hall, Am Postgütle 2/11, DED-Vorstandsmitglied

Pflege und Betreuung eines demenzkranken Menschen ist eine große Herausforderung. Unter Ihnen gibt es einige, die diese Aufgabe sicherlich schon lange Zeit leisten. Durch die Pflege hat sich die Familiensituation total geändert. Die Krankheit des Angehörigen bürdet dem Pflegenden eine kaum vorstellbare Last auf und häufig ist eine Pflege rund um die Uhr notwendig.

Meine Hochachtung vor allen Menschen, die es schaffen, einen Menschen lange zuhause zu pflegen. Aber es gibt vielerlei Situationen, in denen dies an irgendeinem Zeitpunkt nicht mehr möglich ist. Und es kann der Zeitpunkt eintreffen, dass irgendwann – trotz professioneller Hilfe – die Pflege zuhause nicht mehr möglich ist. Wann immer Sie die Entscheidung für ein Pflegeheim treffen, werten Sie diesen Schritt nicht als persönliches Versagen. Ist die Grenze der Belastbarkeit erreicht, kann die Entscheidung für ein gutes Pflegeheim für alle Beteiligten eine sehr gute Lösung sein.

Ein paar Sätze zu mir, warum ich meine, Ihnen einige Kriterien für die Suche nach einem guten Heim geben zu können.

Seit 1988 bin ich an verschiedenen Stationen der stationären Altenarbeit tätig. Seit dieser Zeit engagiere ich mich für einen anderen Umgang mit demenzkranken Menschen. Ich war viele Jahre Heimleiter und auch als Regionaldirektor und Geschäftsführer für eine Reihe von stationären Einrichtungen zuständig. Ich habe freiberuflich gearbeitet und zuletzt auch in mehreren Heimen als Interims-Heimleiter oder Geschäftsführer.

Ich bin seit vielen Jahren in der DED und seit 4 Jahren im Vorstand. Ich kenne durch meine Arbeit also eine Menge Heime und kann Ihnen sagen, es gibt beides. Heime, denen ich selbst jederzeit einen Angehörigen guten Gewissens anvertrauen würde aber auch Heime, wo ich denke, hier auf keinen Fall.

Für die Begleitung von Menschen mit Demenz gibt es kein Rezept. Es sind Individuen mit einem gelebten Leben. Aber vielleicht kann ich Ihnen einige Kriterien nennen, wo die Chance, dass sich der demenzkranke Mensch wohlfühlt, größer ist.

Wie findet man ein gutes Pflegeheim? Durch die Veröffentlichung der Noten für Pflegeheime seit dem Jahre 2008 sollte es Angehörigen und zukünftigen Bewohnern einfacher und transparenter gemacht werden, ein geeignetes Pflegeheim zu finden. Wie soll aber der Verbraucher Qualität messen, wenn der Landesdurchschnitt der Noten im Jahre 2011 in Baden Württemberg bei 1,0 lag.

Leider gibt es keine leicht verständlichen oder gar objektiven Kriterien für gute oder schlechte Pflegeheime. Heimprospekte allein sind oft trügerisch. Die Prüfnoten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) allein sagen nicht die Wahrheit. Auch die an manchen Orten eingeführten Gütesiegel oder Zertifizierungen sind oft nicht wirklich aussagekräftig. Wer etwas über ein Pflegeheim wissen will, der hat normalerweise keine andere Wahl, als hinzugehen und die Augen aufzumachen. Graham Stokes, englischer Psychologe und Kenner vieler Dementenheime in England, Spanien, Neuseeland und Australien hat festgestellt, dass Menschen mit Demenz sich als „Barometer der Pflegequalität, die sie erfahren“, verhalten (Stokes 2001). Auch wenn ich nicht ausdrücken will, dass die Pflegeumgebung allein Einfluss auf das Wohlbefinden und Unwohlsein einer Person mit Demenz hat, ergibt sich hier doch eine wichtige Frage: Wie sind die „Markierungen“ auf diesem Barometer, und wie können wir sie „ablesen“?

Lange dachte man beispielsweise, dass Menschen mit Demenz sich aufgrund ihrer Krankheit grundsätzlich nicht wohl fühlen können. Seit vielen Jahren wissen wir aber, dass diese Einstellung falsch ist. Relatives Wohlbefinden scheint durchaus möglich zu sein, wenn die personelle und räumliche Umgebung der Erkrankung und der Persönlichkeit eines demenzerkrankten Menschen angepasst ist.

Für einen demenzkranken Menschen sollten nur die Pflegeheime ausgesucht werden, die ein eigenes Konzept für demenzkranke Menschen anbieten. Die an Demenz Erkrankten sollen nicht "behandelt" oder "gepflegt", sondern in ihren alltäglichen Verrichtungen soweit nötig unterstützt und durch angepasste Beschäftigungsangebote aktiviert werden. Beschäftigung oder aktivierende Angebote, in denen etwas Sinnvolles getan werden kann, bedeuten, etwas in der Welt zu bewegen, gemeinsam mit anderen, ohne Leistungsdruck. Das Gegenteil von Beschäftigung ist Langeweile, Apathie und Bedeutungslosigkeit.

Sich zu beschäftigen heißt auch, sich zu bestätigen, dem eigenen Sein eine Bedeutung geben.

Der Beschäftigung von Personen mit Demenz liegen zwei wesentliche Aspekte zu Grunde. Erstens kann an vielfältige Alltagskompetenzen aus dem bisherigen Leben angeknüpft werden, und zweitens braucht der Mensch mit Demenz ein akzeptierendes Umfeld, welches seine Beschäftigungen kreativ unterstützt, ohne Lösungen vorzugeben, oder durch Sanktionen und Verhinderung bestimmte Beschäftigungen unterbindet.

Wenn Sie eine Demenzwohngruppe kommen, in denen alles immer aufgeräumt ist, wo schöne Möbel stehen, die aber nicht benutzt werden dürfen wo Schränke immer verschlossen sind, dann ist das sicherlich kein Zeichen für eine gute Arbeit. In vielen Heimen wird das Ankleiden der Bewohner übernommen, um ein adäquates Erscheinungsbild zu gewährleisten. Das Essenreichen wird übernommen, um „Schmierereien“ zu vermeiden.

Die Schränke oder Zimmer werden verschlossen, um heilloses Durcheinander zu verhindern. Medikamente werden verabreicht, um Unruhe und dauerndes Rufen zu verringern. Und diese Liste ließe sich fortsetzen.

Dieses herkömmliche Verständnis definiert den Menschen mit Demenz über seine Defizite, über seine neurologische Behinderung und über sein „Nicht – genügen - Können“. Es erkennt seinen Platz in der Gemeinschaft nicht an. Die vorherrschende Sicht bei uns in der Altenpflege ist das Defizitmodell, auch wenn dieses Modell wissenschaftlich überholt ist. In unseren Köpfen scheint es jedoch weiterzuleben: Der alte Mensch nimmt körperlich und geistig ab, die Kräfte verlassen ihn. Alter wird immer als Defizit erlebt, deshalb haben alte Menschen auch oft ein geringes Selbstwertgefühl. Mir hat ein Bild des amerikanischen Psychologen James Hilman geholfen, ein Schüler von Jung, der die These vertritt, dass der Charakter die zusätzlichen Jahre im Leben eines Menschen benötigt. Das Problem, dass wir oft keine Funktion mehr in dem Dasein eines Menschen sehen, spielt dann keine Rolle mehr: Eine alte, demente Frau kann allein deswegen hilfreich sein, weil man sie wegen ihres Charakters schätzt und nicht an den jetzigen Verhaltensweisen misst, wie ein Stein auf dem Grunde des Flusses tut sie vielleicht nicht anderes als da zu sein, still zu sein und auf dem Boden zu bleiben, aber der Fluss muss sie berücksichtigen und anders fließen, weil sie da ist. Das Altwerden kann dann auch in der Demenz einen schöpferischen Sinn gewinnen. Ich beziehe meine Würde woanders her.

Das Wichtigste von allem aber ist, auf den Umgangston im Heim zu achten: Wie sprechen die Pfleger und Pflegerinnen mit den Bewohnern? Wie die Mitarbeiter untereinander? Wie die Menschen im Heim miteinander reden, das verrät fast alles: Wo liebevoll gesprochen wird, ist wohl auch sonst Menschenliebe zu Hause. Und allein darauf kommt es bei der Pflege an: Nicht auf Zertifikate, volltönende Pflegekonzepte und Hochglanzprospekte.

Gibt es eine Kultur des Vertrauens und der gegenseitigen Wertschätzung in einem Heim? Wie wird Beziehung, Begegnungen und Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Menschen gestaltet und gelebt.

Pflegerische Maßnahmen sind für mich immer Ergebnis einer Interaktion, eines Gespräches, einer Vereinbarung, eines Blickes. Qualität in der Pflege ist eingebettet in eine Beziehung. Sonst besteht die Gefahr, dass die schönste Ganzkörperwäsche erniedrigend sein kann und Widerwillen hervorrufen kann. In allen europäischen "Erfolgsprojekten" spielte das Personal, die Mitarbeitenden, eine zentrale Rolle. Die Mitarbeiterinnen stellen die wichtigste Quelle für Qualität dar, denn Menschen, denen es nicht gut geht, können auch nicht gut pflegen. Sie leben mit den Bewohnern und prägen durch ihr Verhalten die Atmosphäre. Die Mitarbeiter begegnen den Bewohnern in dementengerechter Weise.

Das bedeutet u.a. die Bewohner erfahren in ihrem Dementsein eine Wertschätzung. Dazu benötigen alle Mitarbeitenden spezielle gerontopsychiatrische Fachkenntnisse, auch die nicht examinierten Kräfte. Diese speziellen Kompetenzen können aber nur zur Geltung kommen, wenn die Mitarbeiter ihre Wahrnehmung und Grundhaltung reflektieren und verändern, weg von funktionaler Körperpflege hin zu einer konsequenten "Herzenspflege", welche die seelischen Grundbedürfnisse in den Vordergrund stellt. Der gesamte Umgang, jegliche Kommunikation und Handlung mit den dementen Menschen muss flexibel orientiert sein an dem Spannungsbogen zwischen Aktivieren und Validieren.

Ich kenne sehr viele Pflegeheime und Gruppen für demenzkranke Menschen und weiß, dass es mittlerweile zahlreiche Pflegeheime gibt, in denen eine gute Arbeit geleistet wird.

- Gruppen, in denen oft weniger Medikamente nötig sind bzw. dass bewusster Medikamente in Absprache mit den Ärzten verordnet werden.
- Heime für Menschen mit Demenz, in denen täglich mehrere Angebote für Aktivitäten gemacht werden,
- wo häufig Spaziergänge im freien durchgeführt werden, also die Menschen mehr frische Luft bekommen

- wo Angehörige sich wohler fühlen und gerne kommen, wo ein Heim Angehörigentreffen anbietet, über die Konzeption der Dementeneinrichtung aufklärt, so dass Angehörigen ein Akzeptieren der Krankheit leichter fällt,
- wo Mitarbeiter ihre Arbeit reflektieren und eine gute Atmosphäre herrscht, wo regelmäßig Fallbesprechungen stattfinden, oft unter Teilnahme eines Facharztes für Neurologie und Psychiatrie,
- wo die Gestaltung der Räume genügend Möglichkeiten und Anregungen der Eigenbeschäftigung bieten, in denen Alltagsgegenstände zu finden sind, die im Leben der demenzkranken Bewohner eine Rolle gespielt haben. Haushaltsgegenstände wie Küchengeräte, Kochlöffel aus Holz, Einweckglas, Wäsche aus alten Tagen, alter Nähkasten, alter Schminkkoffer, Kernseife oder Schmierseife, altes Kinderspielzeug, Hüteschachtel und für die Herren: Werkzeug, Zollstock, Hammer, Wasserwaage, Schrauben.

Sie glauben gar nicht, wie viele Dinge man für ganz wenig Geld zusammentragen kann. Alles Dinge, die dem Demenzkranken aus gesunden Tagen bekannt sind.

Ich komme zum Schluss möchte aber kurz noch auf eine Gefahr hinweisen, die den Menschen in seiner Demenz nicht ernst nehmen. Lassen Sie mich dazu ein Beispiel erzählen:

An vielen Orten in Deutschland warten Senioren an einer Haltestelle auf einen Bus, der niemals kommt. Die Haltestellen sind Attrappen in vielen Alten- und Pflegeheimen, die Menschen mit Demenz vom Davonlaufen abhalten sollen. Mittlerweile findet man einen Eintrag über die „Schein-Bushaltestellen“ auch in Wikipedia. Für Bushalteschilder in einem Hausflur eines Pflegeheimes wird ins Feld geführt, dass der betroffene Mensch an dieser für ihn vertrauten Umgebung geduldig wartet und vielleicht sogar zur Ruhe kommt: (Zitat in einer Werbung eines Pflegeheimes aus dem Landkreis Schwäbisch Hall: Da sitzen dann die Bewohner und warten auf den Bus, der sie zur Erledigung ihrer Aufgaben bringt. Und nach einer bestimmten Zeit haben sie vergessen, was sie da wollten).

Viel wichtiger wäre es nach meiner Meinung doch, in den Alltag von Menschen mit Demenz eine Busfahrt, ein Einkauf in einem Geschäft, ein Stadtbesuch zu integrieren. Man sollte versuchen, die Lebenswelt der demenzkranken Menschen zu verstehen und Normalität in Wohngruppen zu leben und sie nicht an eine Schein - Haltestelle setzen. Jemanden vorsätzlich warten zu lassen kann man auch nicht als „therapeutische Lüge“ abtun, sondern ist schlichtweg ein nicht Ernstnehmen der Person.

Es gibt Sie die guten Heime, die hier angebotene Versicherung wird es nicht geben und ist auch nicht nötig, weil bereits heute – auch unter den schwierigen Bedingungen der Altenpflege – es Heime gibt, die wie eben beschrieben, arbeiten.

Deshalb ist es bei aller Schwierigkeit im Grunde doch ganz einfach, das richtige Heim zu erkennen: Wo Menschen gut zueinander sind, da ist ein gutes Heim.

Wege zur einer guten Pflegepartnerschaft – Bausteine für eine gute Zusammenarbeit im Pflegeheim

Claus Appasamy, Bremer Heimstiftung, Stabstelle Attraktiver Arbeitgeber, Marcusallee 39, 28359 Bremen, Telefon: 0421-24 34 155, 2. Vors. der DED

Die überwiegende Anzahl von Menschen wünschen sich im Alter in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben. Ein Leben in einem Pflegeheim ist für viele Menschen unvorstellbar. Das Pflegeheim ist in der Vorstellung vieler eine Institution und kein Zuhause. Es ist ein Ort, an dem sich die Bewohner/innen den Strukturen unterordnen müssen, so eine gängige Vorstellung. Ein selbstbestimmtes Leben ist im Pflegeheim nicht möglich, so eine weitere. Die im Heim geltenden Regeln machen liebgewonnen Rituale und Gewohnheiten unmöglich, eine andere Befürchtung. Gleichzeitig werden die Rahmenbedingungen für das Pflegeheim immer schwieriger. Das Pflegeneuerungs-gesetz setzt deutliche Akzente in die ambulante Versorgung. Die ambulanten Strukturen und Angebote sind in den letzten Jahren immer vielfältiger und größer geworden. Dies führt dazu, dass viele Plätze in den Pflegeheimen aktuell nicht belegt werden können. Gleichzeitig gehen die Menschen sehr viel später in ein Pflegeheim. So sind die Bewohner/innen von einer Vielzahl von Krankheiten eingeschränkt und gleichzeitig verkürzt sich die Verweildauer immer weiter.

Auch wenn die individuellen Bedürfnisse und Wünsche immer mehr in den Mittelpunkt gerückt wurden, so stößt die Befriedung dieser an Grenzen, die ihre Ursachen in den Strukturen und Abläufen der Pflegeheime haben. Beispielhaft sei hier der morgendliche Ablauf in einer Einrichtung genannt. Wenn der Frühdienst um 6.30 Uhr beginnt, dann dauert die Übergabe von dem Nachtdienst an den Frühdienst üblicherweise 15 Minuten. Ab 6:45 Uhr beginnen die Pflegekräfte dann mit der Morgentoilette. Bis zu einem gewissen Umfang kann auf die Früh- und Spätaufsteher/innen Rücksicht genommen werden, wenn aber die Anzahl der Spätaufsteher/innen zu groß wird, dann schafft der Frühdienst seine Arbeiten nicht mehr. Auch bei der Orientierung der Essenszeiten an die Bewohnerwünsche kommt die Ablauforganisation schnell an ihre Grenzen. Während das Frühstück in einem langen Zeitraum von 8 bis 10 Uhr angeboten werden kann, gibt es das Mittagessen in vielen Einrichtungen ca. um 12 Uhr. Es kann vielleicht noch das ein oder andere Essen zurückgestellt werden, aber man stelle sich die Situation vor, dass ein Teil der Bewohner/innen abends ihre warme Mahlzeit möchten und mittags vielleicht nur einen Salat. Oder es ist ein schöner Sommertag und statt des Mittagessens soll spontan abends Wurst und Fleisch

gegrillt werden. Besonders schwierig wird es am Wochenende. Auf Grund der oftmals knapperen Wochenendbesetzung können besondere Weckzeiten oder der Wunsch nach einer Dusche oder einem Bad z.B. am Samstagnachmittag kaum berücksichtigt werden.

Dies sind alles Situationen, die der Mensch in seiner Häuslichkeit selbst und spontan entscheiden kann. Dagegen ist der Tagesablauf der Bewohner/innen in einem nicht unerheblichen Maße durch die Dienstplanung und Arbeitsabläufen in der Pflege oder in der Küche/Hauswirtschaft geprägt. Zukünftig werden jedoch Organisationformen gebraucht, die dem/der Bewohner/in und dem/der Mitarbeiter/in dienen.

Hier steht nicht nur die stationäre Pflege vor der Herausforderung, dass sie nicht nur die Individualität der Bewohner in den Blick nehmen muss, sondern auf Grund des zu erwartenden Pflegekräftemangels die Wünsche der Mitarbeiter an Arbeitszeiten zu berücksichtigen hat und gleichzeitig noch bezahlbar bleiben soll.

Als ein Grund für die jetzigen Organisationsformen in den Pflegeheimen werden die knappen personellen und finanziellen Ressourcen genannt. Es ist richtig, dass seit Einführung der Pflegeversicherung, den nachfolgenden Ergänzungen und mit den Prüfungen für die Pflegenoten die Arbeitsdichte immer weiter zugenommen hat, ohne dass es hierfür einen Ausgleich gegeben hat. Das Personal ist nicht nur in den Pflegeheimen bis an seine Grenzen belastet. Aber man kann auch nicht sagen, dass die Arbeitssituation in den Pflegeheimen vor 1995 mehr Individualität für die Bewohner/innen zugelassen hat. Das Pflegeheim hat als Institution immer schon den Tagesablauf und das Leben der Bewohner gestaltet und geprägt.

Wie der sechste Altenbericht der Bundesregierung gezeigt hat, werden die Wünsche, die Werte und die Lebensmodelle der nachfolgenden älteren Generationen immer bunter und vielfältiger. Hier kommen sicherlich noch Anforderungen auf die Pflegeheime an deren Umsetzung wir heute noch nicht zu denken wagen. Zusammen mit dem zu erwartenden Personalmangel in der Pflege brauchen wir andere Organisationsformen und Arbeitsabläufe, die Bedürfnisse der Bewohner/innen und der Mitarbeiter/innen befriedigen. Da nicht davon auszugehen ist, dass wir trotz aller Verbesserung in der ambulanten Versorgungsstrukturen auf Pflegeheime verzichten können, sind Lösungen gefragt, die Antworten auf die oben beschriebenen Herausforderungen finden. Dabei gibt es nicht den großen Wurf, sondern die Vielfalt der Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen erfordern viele kleine Maßnahmen, die speziell für jede Einrichtung entwickelt werden müssen. Meist ist schon vieles vorhanden und muss nur wieder in diesen neuen Zusammenhang gestellt werden. Wichtig ist hierbei, dass diese nicht statisch sein dürfen, sondern immer wieder dynamisch an die Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen angepasst werden müssen. Letztlich gilt es soweit wie möglich Normalität in die Institution Pflegeheim einziehen zu lassen. Wie dies möglicherweise gelingen kann, soll an verschiedenen Beispielen aufgezeigt werden.

In dem ersten Beispiel haben die Bewohner/innen in einer Einrichtung die Veränderung selbst herbeigeführt. Es war der Wunsch der Bewohner/innen morgens nicht mehr so früh geweckt zu werden, um länger schlafen zu können. Es wurde in dem Heim überlegt, den Frühdienst um 7:30 Uhr beginnen zu lassen. Bei der Neugestaltung der Dienstzeiten wurde darauf geachtet, dass die

Besetzung am Wochenende nicht schlechter war als in der Woche. Gleichzeitig wurden die Dienstpläne und Arbeitsabläufe der Hauswirtschaft mit den neuen Essenzeiten abgestimmt. Die größten Befürchtungen lagen bei den Pflegekräften darin, dass die Bewohner doch früher aufstehen würden und dann der Nachtdienst dies nicht bewältigen könne. Nach einem Jahr Erfahrung lässt sich feststellen, dass sich das spätere Aufstehen positiv auf die Bewohner/innen und die Mitarbeiter/innen ausgewirkt hat. Bei den ausgeschlafenen Bewohner/innen wird für die Morgentoilette 20 bis 30% weniger Zeit benötigt. Die Bewohner/innen frühstücken besser und nehmen aktiver und wacher bei Beschäftigungsangeboten teil. Es konnten außerdem für nicht besetzte Stellen neue Mitarbeiter/innen gewonnen werden, die mit dem späteren Dienstbeginn ihre Wünsche nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie verwirklichen konnten.

Auch wenn es schon seit langem eine Diskussion um die Werte und Haltung der Pflegeberufe gibt, so ist der Pflegealltag in nicht wenigen Pflegeheimen von einer fürsorglichen Haltung der Pflegekräfte gegenüber den Bewohner/innen geprägt. Eine aktivierende Pflege ist zwar gefordert, jedoch neigen die Mitarbeiter/innen schnell dazu, den Bewohner/innen Handlungen abzunehmen, was sich nicht immer mit Zeitmangel begründen lässt. Letztlich führt diese Umgehensweise zu einer Passivität der Bewohner/innen. So wird die Klingel, die eigentlich dazu gedacht ist, dass der/die Bewohner/in, wenn er/sie selbst nicht mehr weiterkommt, Hilfe anfordern kann, zu einer Serviceklingel, die betätigt wird, wenn er/sie einen Wunsch hat. Es ist ja schön, sich verwöhnen zu lassen. Gebraucht wird eine professionelle Pflege, die sich ganz deutlich von Serviceleistungen für die Bewohner abgrenzt. Bei den freien Betten vielerorts ist dies eine Forderung, die nicht bei allen Geschäftsführern und Trägern auf Gegenliebe stößt. Zukünftig brauchen wir jedoch eine Pflege ähnlich der Assistenz im Behindertenbereich, die den/die Bewohner/innen anregt, alles das selbst zu machen, was er/sie selbst kann. Nur so kann bei der derzeitigen Personalausstattung eine größtmögliche aktive Teilhabe des Bewohners am Leben innerhalb und außerhalb des Pflegeheims gewährleistet werden.

Die jetzigen Personalstrukturen in den stationären Einrichtungen führen oftmals zu der fürsorglichen Pflege. Eine Möglichkeit hier eine Veränderung herbeizuführen, wäre der Einsatz von Alltagsassistenten, die die Aufgaben von Pflegeassistenten und z.T. von Hauswirtschaftskräften übernehmen. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt in der Assistenz der Bewohner/innen zur Teilhabe am Leben in der Einrichtung. Entgegen der gängigen funktionalen Aufspaltung von Aufgaben und Arbeiten und deren Outsourcing werden diese auf die Alltagsassistenten übertragen. Die Alltagsassistenten haben dann die Aufgabe den Bewohner/innen die größtmögliche Teilhabe und Aktivität zu ermöglichen. Hiermit ist eine Assistenz gemeint, die in ihrem Handeln nach auf der Selbstbestimmung der Bewohner/innen gründet. Die Pflegefachkraft hat dabei eine qualitätssichernde Funktion und erbringt die medizinische Behandlungspflege. Sicherlich kennt jeder, der in der Altenpflege arbeitet, genügend Beispiele, dass sich die Pflegebedürftigen nach den Anstrengungen des (Arbeits-) Lebens sich gerne verwöhnen lassen. Allerdings befinden wir uns in einem Übergang, dem die selbstbestimmte Teilhabe mit einer ganz individuellen Ausprägung der Bewohner/innen und/oder deren Angehörigen folgen wird.

Wie Vielfältig und Vielschichtig dieser individuelle Bedarf sein kann, wissen die Pflegekräfte, die in Einrichtungen oder Wohnbereichen mit dem Schwerpunkt Demenz arbeiten. Krankheitsbedingt kommt es zum Teil zu individuellen Ausprägungen des Verhaltens von dementen Bewohner/innen, welche sich oftmals nicht mit den standardisierten Abläufen und Pflegehandlungen in Einklang bringen lässt. Wenn Pflege- und Betreuungskräfte nicht in der Lage sind, ganz individuell auf die Bewohner/innen zuzugehen, dann führt dies zu einem herausfordernden Verhalten und zu erheblichen Verzögerungen im Ablauf. So wissen die Mitarbeiter/innen in solchen Einrichtungen, dass sie in dem Rahmen der Geborgenheit, welches das Pflegeheim bietet, für jede/n dementen Bewohner/in einen ganz individuellen Weg finden müssen.

Ein weiteres Beispiel für mehr Normalität ist die Einführung von Wohnküchen bei gleichzeitiger Auflösung der Großküche. In solch einer Wohnküche werden von einem Alltagsbegleiter für eine Gruppe von ca. 15 Bewohner/innen die Mahlzeiten zubereitet. In dieser Wohnküche kann der/die Alltagsbegleiter/in ganz individuell auf die Wünsche und Gewohnheiten der Bewohner/innen eingehen. Neben dem Essen ist die Wohnküche auch ein Ort für Geselligkeit und unterschiedlichste Aktivitäten. So wird die Wohnküche zu einem gemeinschaftlichen Ort, an dem die Bewohner/innen ihren Alltag leben können.

Zuletzt sei hier das 2-Schicht-System als eine weitere Möglichkeit für eine neue Pflegepartnerschaft in Pflegeeinrichtungen genannt. Das weit verbreitete 3-Schicht-System braucht in der Umsetzung viele Mitarbeiterköpfe und schafft viele Brüche. Üblicherweise finden an diesen Brüchen, mehr oder weniger ausführliche Übergaben statt, damit die nachfolgende Schicht alle notwendigen Informationen hat, um die Pflege und Betreuung der Bewohner/innen fortzusetzen. So werden in der Übergabe auch die Arbeiten und Aufgaben genannt, die nicht erledigt werden konnten und von der nachfolgenden Schicht zu Ende gebracht werden müssen. Der Grund für die Übertragung von Aufgaben an die Kolleg/innen der neuen Schicht könnte z.B. in einem Notfall, in einem kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfall, aber auch im Wunsch eines Bewohners begründet sein. Letzteres wird beim ersten Mal ohne weiteres akzeptiert, beim zweiten Mal wird die nachfolgende Schicht schon unruhiger und beim dritten Mal wird den Kolleg/innen unterstellt, sie hätten keine Lust gehabt, den/die betreffende Bewohner/in zu versorgen. So kann die Verwirklichung eines Bewohnerwunsches an einem Schichtende scheitern.

Das 2-Schicht-System mit seinem langen Dienst von 10 Stunden Arbeitszeit und zweimal eine halbstündige und einmal eine einstündige Pause schaffen ganz neue Möglichkeiten. Für die Absprachen mit dem/der Bewohner/in und für weitere Planungen steht der ganze Tag zur Verfügung. Tätigkeiten müssen nicht an die nachfolgende Schicht delegiert werden, sondern werden je nach Vereinbarung mit dem/der Bewohner/in am Tage erledigt. Da dies in den Händen einer Pflegekraft bleibt, sind keine Informationsweitergaben notwendig. Es gibt weniger Brüche und somit gehen so gut wie keine Informationen verloren. Bei dieser Dienstplanung bilden die Bewohner und die Pflegekräfte eine besondere Form der Lebensgemeinschaft, weil sie den ganzen Tag

miteinander verbringen.

Für viele Pflegekräfte in der Altenpflege sind diese langen Dienste unvorstellbar. Es gibt allerdings schon sehr positive Erfahrungen in Einrichtungen, die schon sehr lange nach diesem System arbeiten. (Vergl. Stefan Schöbel, a.a.O., S.76ff) Es wird davon berichtet, dass Pflegekräfte durch andere Möglichkeiten der Zeiteinteilung eine aktivierende Pflege umsetzen konnten, administrative Aufgaben und Sonderaufgaben in den Bereichen Qualitätsmanagement, Hygiene usw. besser erledigen konnten. Die deutliche Abnahme der Krankentage und dass, die meisten der MA, wollten nach zwei Jahren nicht wieder zurück zu dem alten 3-Schicht-Modell wollten, spricht deutlich für eine zufriedene Mitarbeiterschaft.

Bei allen großen und kleinen Veränderungsmaßnahmen, die in den Pflegeheimen für eine neue Pflegepartnerschaft eingeleitet werden, ist es wichtig eine größtmögliche Transparenz für alle Seiten herbeizuführen. Zu den Akteuren gehören die Bewohner/innen, deren Angehörige, der Heimbeirat, die Mitarbeiter/innen, die Mitarbeitervertretung und die gesamte Führung. Erst wenn alle positiven und negativen Aspekte sorgfältig abgewogen wurden und für die Bedenken auch die notwendigen Lösungen gefunden worden sind, sollte mit der Umsetzung begonnen werden. Manchmal können nicht für alle Fragen von Anfang Antworten vorhanden sein, sondern müssen erst im laufenden Prozess entwickelt werden. Es ist aber wichtig, sich dieser Lücken bewusst zu werden, denn so bleiben diese dann auch im laufenden Prozess im Blick. So gestaltete Veränderungsprozesse für eine nachhaltige und erfolgreiche Pflegepartnerschaft können so erfolgreich sein.

Literatur

- Bundesregierung, 17. Wahlperiode: Sechster Lagebericht zur älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft, Drucksache 17/3815 vom 17.11.2012, Download unter www.bmfsfj.de
- Büker, Christa: Dienstplanung leicht gemacht, Stuttgart 2006
- Goffman, Erving: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1973 [orig.: *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Chicago 1961]
- Fussek, Claus; Loerzer, Sven: *Alt und abgeschoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen*. Vorw. v. [Dieter Hildebrandt](#). Herder, Freiburg 2005
- Fussek, Claus, Schober, Gottlob: *Im Netz der Pflegemafia. Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden*. C. Bertelsmann, 2008
- Hanisch, J.; Göritz, M.: [Eine Diplomarbeit zum Thema: "Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe"](#). 2005.
- Heeg, Sibylle, Bäuerle, Katharina: *Demenzwohngruppen und bauliches Milieu*. Demenz Support Stuttgart gGmbH, Stuttgart 2005, ([Rezension Sven Lind](#) vom 5. September 2006 in socialnet.de)
- Heinzelmann, Martin: *Das Altenheim - immer noch eine "totale Institution"?* Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Cuvillier Verlag, Göttingen 2004
- Hoff, Andreas: Sind 12-Stunden-Schichtsysteme besser, Die Schwester, Der Pfleger Ausgabe 01/2009
- Huber, Martin; Siegel, Sieglinde A.; u.a.: *Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim - Wie Pflegenden die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern*. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2005
- Jenrich, Holger, Schlichting, Ruth; u.a.: *Kritiker in der Kritik*. In: *Altenpflege* 05-2006, S. 50-57

- Kelm, Ronald: Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege, Stuttgart 2008
- Mann, Bernhard: *Adäquanzuntersuchung behinderte Volljährige und Senioren in der stationären Altenhilfe. Ein wohnsoziologischer Beitrag auf der Grundlage einer Wohlfahrtsstudie (Diakonisches Werk Bayern)*. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie. 1. Jahrgang, Heft 2, Juni 1988. S. 163-173
- Müller, Herbert: Arbeitsorganisation in der Altenpflege, Hannover 2008
- Schäfer, Anne: Unternehmen führt das Modell der 4-Tage-Woche ein, Carekonkret, Ausgabe nicht bekannt
- Schlüter, Wilfried; Nickels, Alfons: Flexible Dienstzeitmodelle, München 2006
- Stefan Schöbel, Stegwiesen-Verwaltungs GmbH (Hrsg.), Der 10-Stunden-Arbeitstag in der Altenpflege, Hannover 2009
- Oberliner, Dr. med. Christoph in Seminarunterlage: Tageskonferenz, 12-Stunden-Schichtsysteme: Konzepte, nötige Rahmenbedingungen und Erfahrungen, 3.12.2012 in Frankfurt/Main
- Wipp, Michael; Wagner, Wolfgang: Der Regelkreis der Einsatzplanung, Hannover 2005

Symposium 2: Voneinander lernen als System

Komplexe Probleme brauchen einfache Lösungen - wie "Voneinander lernen" zum System wird:
IQM-Demenz

Das Integrierte Qualitätsmanagement Demenz ist ein Managementsystem für Einrichtungen, die ihr Handeln auf den Demenzkranken ausrichten: Alle Bereiche, vom Träger bis zur Hauswirtschaftshilfe stellen sich konkreten Anforderungen unter dem Schwerpunkt: "Wie erfüllen Sie Ihre Aufgabe so, dass der Demenzkranke etwas davon hat?"

IQM Demenz - konsequente Milieuthherapie: Alles dreht sich um den Demenzkranken

Wie lassen sich Erfolgsrezepte guter Einrichtungen übertragen und systematisch einführen? Diese Frage stand am Anfang des Bundesmodellprojektes IQM Demenz. Jedes Kriterium für das Qualitäts-, Personal- und Organisationsmanagement stand unter der Frage: Was hilft es dem Menschen mit Demenz?

Heute liegen die Erfahrungen vor und es wird deutlich, dass dieses System sogar ein Beispiel ist, wie an aktuelle neurobiologische Erkenntnisse angeknüpft werden kann.

Komplexe Probleme brauchen einfache Lösungen - wie "Voneinander lernen" zum System wird: IQM Demenz

Martin Hamborg, Dipl. Psychologe, Psych. Psychotherapeut, Kieler Servicehäuser der AWO, Vaasastrasse 2a, 24109 Kiel, Tel. 0431 / 53 33 057, 1. Vors. Der DED

Komplexe Probleme brauchen einfache Lösungen, diesen Satz hörte ich in einem Vortrag zu Problemlösungen. Die Versorgung Demenzkranker ist eine komplexe Herausforderung für alle Beteiligten. Der Lösungsansatz ist einfach: Da die fortschreitende Demenz die einzige Krankheit ist, in der ein Lernen und eine Anpassung an das Umfeld unmöglich wird, sollte sich die Umgebung konsequent an die Krankheit anpassen. In der demenzfreundlichen Kommune sind dies z.B.

freundlich unterstützende Personen und selbsterklärende Formulare, im demenzfreundlichen Krankenhaus nachvollziehbare, personenzentrierte Abläufe: Was für Demenzkranke notwendig ist, ist eine Erleichterung für alle.

Ein Heim, dass sich auf Demenckranke spezialisiert hat, muss sich in der Pflege und Betreuung, in seinem Management und allen Abläufen, in seinen Kooperationen und Netzwerken auf die Anforderungen der Krankheit einstellen. Dass dies möglich ist, hat das Qualitätssicherungsprojekt der DED gezeigt, dass durch das BMFSFJ bis 2006 gefördert wurde. *Eine Kurzfassung (2006), den Abschlussbericht (2007) und eine Empfehlung des MDS (2009) finden Sie bei den Literaturangaben.* Als Zuarbeit für die Umsetzung des Qualitätssicherungsgesetzes wurde das kanadische System „IQM“ an die Arbeit mit demenzkranken Menschen in stationären Einrichtungen angepasst, weiterentwickelt und mit „best practise Einrichtungen“ erprobt. So entstand „IQM Demenz“, - ein Qualitäts-, Organisations- und Personalentwicklungsinstrument, in dem folgende Fragen mit konkreten Anforderungen hinterlegt wurden:

- Was sollten Mitarbeiter, Ehrenamtliche, Familien und Kooperationspartner beachten, damit Menschen mit Demenz gut gepflegt und betreut werden? (*Qualitätsbereich Pflege und Betreuung*)
- Was sollte ein Heim an Unterstützung und Sicherheit bieten, damit alle erforderlichen Informationen fließen, die erkrankungsbedingten Risiken optimal berücksichtigt sind und geeignetes Personal gefunden, gehalten, angeleitet ... und geleitet wird? (*Informations-management, Risikomanagement, Personalmanagement*)
- Wie sollte ein Heim geführt werden, damit die Anforderungen des Bewohneralltags die Managementstrategien des Heims steuern und wie schafft die Zusammenarbeit Synergien und lebendige Netzwerke mit Kliniken, Beratungsstellen, Institutionen, Einrichtungen und Diensten? (*Alltagsmanagement und Strategisches Management*)

Diese Fragen stehen hinter den Qualitätsbereichen, die in der Abbildung 1 zusammengefasst sind. Siehe www.demenz-ded.de Grafik

IQM Demenz steht somit für eine umfassende Milieuthherapie, in der alle Ebenen systematisch im Sinne des Menschen mit Demenz koordiniert werden. Das System wird über 2 Jahre eingeführt, Selbstbewertungsteams bearbeiten die konkreten Praxisfragen und erstellen zunächst ein Profil der Einrichtung. Danach schätzen sie ein, inwieweit die bewährten Anforderungen umgesetzt sind und was in Projekten weiter bearbeitet werden sollte. Durch die hierarchie- und bereichsübergreifende Teams wächst eine wertschätzende Beziehungs- und Teamkultur. Dies fördert automatisch die Zusammenarbeit und das Verständnis für- und miteinander.

Das Instrument führt ganz nebenbei zu dem, was ein modernes Management auszeichnet:

- Pflege-, Hauswirtschafts- oder Verwaltungskräfte können ihre Potenziale entwickeln, sie werden z.B. als Moderatoren geschult und übernehmen eine Teilverantwortung

- Moderatoren, Qualitätsbeauftragte und Heimleitungen blicken über den Tellerrand und tauschen ihre Erfahrungen aus, da IQM Demenz in einer Gruppe mit anderen Heimen eingeführt wird
- Der Informationsfluss wird gefördert und Transparenz entsteht durch Fragen, die sonst oft nicht gestellt werden
- Partizipation, Mut zur Veränderung und Selbstwirksamkeit wird z.B. durch Qualitätsverbesserungspläne, die Beteiligung an der Ideenfindung und an den Projekten angeregt
- Selbsterkenntnis entsteht durch die Selbstbewertung und den Austausch
- Wertschätzung wächst durch „gehört werden“
- Die Begeisterung für das Thema wird durch eine supportive Führungskultur gefördert, auch die Leitungsebene wird diesbezüglich unterstützt

Die Inhalte und das Vorgehen knüpfen an das an, was die Vertreter der aktuellen neurobiologischen Forschung dem Management nahelegen. *„Ein Chef muss seine Mitarbeiter zwei Erfahrungen machen lassen: Sie gehören dazu, und sie bekommen Aufgaben übertragen, an denen sie wachsen können, sie dürfen und sie sollen eigenständig Entscheidungen treffen, sie werden gefordert.“* sagt Prof. Gerald Hüther (2008) in einem Interview. Dieses Fordern funktioniert nur zusammen mit dem Gefühl von Zugehörigkeit, ein wesentliches Element im Qualitätsbereich Unterstützung und Sicherheit.

„Sie müssen mit Leidenschaft führen. Eine der wichtigsten Erkenntnisse der Hirnforschung besagt, dass Menschen nur dann ihre Potenziale entfalten, wenn sie Begeisterung mitbringen. Dazu müsste eine Führungskraft ihre Mitarbeiter einladen - noch besser: ermutigen und am allerbesten: inspirieren. Was aber bedeutet, dass sie selbst Mut haben und inspiriert sein muss.“ (Hüther 2008)

Bei Leitungsscoachings sage ich oft: *„Kleine Fehler machen sympathisch, Große berühmt“*, denn Fehler und Krisen, aus denen wir lernen, sind Voraussetzung für unsere Entwicklung.

Siehe www.demenz-ded.de Grafik

Vision und Realität

Instrumente wie das IQM Demenz können dabei helfen, die Anforderungen an ein Managementkonzept der Zukunft zu begleiten. Sie werden einwenden, dass Sie kaum noch gute Fachkräfte bekommen, dass die Zeit für die Dokumentationen und deren Kontrollen enorme Ressourcen binden, Mitarbeiter ausbrennen und nicht einmal die erforderlichen Pflegestufen genehmigt werden ... Das stimmt – leider.

Und es ist noch dramatischer: Seit 10 Jahren arbeite ich mit meinem Schulungsprogramm „Gewaltvermeidung durch Professionalität“ (2002) und schule in Weiterbildungen und inhouse-Schulungen „Modelle für alle Fälle“ zum Umgang mit Herausforderungen. Dabei erfasse ich auch die Stressfaktoren der täglichen Arbeit. Die Grafik zeigt, wie hoch das Stresspotenzial von 144 Leistungsträgern. Gegenübergestellt wird der Anteil „ohne Stress“ bei neun typischen Stressfaktoren und wer „mit Bauchschmerzen“ zum Dienst kommt (80-100 Stresspunkte).

- Jeder und jede Dritte steht unter erheblichen Druck durch eine intrigante Teamkultur und Stress mit der Leitung,
- jeder und jede Vierte, weil Änderungen im Dienstplan zu Konflikten im Privatleben führen und
- jeder und jede Fünfte, weil Konflikte mit Mitarbeitern bestehen und eine Abgrenzung gegenüber zumeist depressiven Bewohnern nicht gelingt.

Siehe Abbildung 3 www.demenz-ded.de Grafik

Diese Erfahrungen motivieren mich, konsequent neue Wege zu begleiten. Die Dressurmethode „Zuckerbrot und Peitsche“ verhindert die Entfaltung und sie blockiert sogar die Hirnentwicklung. Druck löst nur Verunsicherung, Angst und Ablehnung aus, denn das Lernen aus dem Mandelkern fördert Vermeidungsverhalten und Fluchtimpulse.

Warum wird der demenzkranke Mensch zum Modell für Institutionen, die sich an den neuen Erkenntnissen der Neurobiologie orientieren?

Dazu stelle ich Ihnen zwei Zitate gegenüber. Zunächst fassen Dr. Bruder und Dr. Wojnar ein ganzes Lehrbuch zum Umgang mit Demenz in einem Satz zusammen: *„Unter Milieuthherapie wird bewusstes therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Demenzkranken verstanden.“* (Bruder & Wojnar 1994)

Ziel ist ein förderliches und stressarmes Milieu für Menschen mit Demenz. Wenn Sie den folgenden Rat des Neurobiologen für die Unternehmen der Zukunft ansehen, können Sie vielleicht meine These nachvollziehen: Die (guten) Erfahrungen der besonderen Dementenarbeit sind Modell für die Betriebe und Schulen, die sich an den Erkenntnissen der aktuellen neurobiologischen Forschung orientieren.

Prof Hüther sagt: *„Die Führungskunst besteht darin, optimale Bedingungen für die Entfaltung der Potenziale der Mitarbeiter zu schaffen und aufrechtzuerhalten. Auf diesem Gebiet erweisen sich die neueren Erkenntnisse aus der Hirnforschung als äußerst interessant. Sie können dazu beitragen, dass sich in Zukunft die Wirtschaft an die Bedürfnisse von Menschen anpasst und nicht - wie heute sehr verbreitet – die Menschen an die Bedürfnisse einer frag-würdigen Wirtschaftsstruktur oder Wirtschaftsideologie angepasst werden.“* (Hüther 2008)

Siehe Abbildung 4 www.demenz-ded.de Grafik

Literatur

Interview mit Prof. Gerald Hüther: Warum Belohnung nicht lohnt und Bestrafung vor allem den Chef bestraft Stefanie Ball, Wirtschaftsmorgen 27. August 2008, download:

http://www.morgenweb.de/nachrichten/wirtschaft/wirtschaftsmorgen/wirtschaft_und_mehr/20080827_srv0000002999620.html

Bruder, J., & Wojnar, J. Milieuthherapie. Hamburger Ärzteblatt, 52, Hamburg 1994, S 234 – 246.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2006). Aktuelle Forschung und Projekte zum Thema Demenz. Berlin: Publikationsversand der Bundesregierung

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V., Abschlussbericht Entwicklung eines Qualitätssicherungs- und Prüfinstrumentes für die spezialisierte Dementenbetreuung (QSP-Projekt), 2007, download:

www.iqm-demenz.de/downloads/QSP-Abschlussbericht.pdf

Hamborg, M. Der Demenzkranke Mensch im Beziehungsvieleck zwischen Familie, Heim und Gesellschaft. Familiendynamik Kontextgestaltung durch Qualitätsmanagement 36. Jahrgang, Heft 4, S. 322-329, Heidelberg, Klett Cotta, 2011

Hamborg, M., Entzian, H., Huhn, S., Kämmer, K. Gewaltvermeidung in der Pflege Demenzkranker. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2003.

MDS Grundsatzstellungnahme Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen Essen (2009) S. 196 f download: www.mds-ev.de/media/pdf/Demenz-Broschuere_4MB.pdf

Ernährung und Demenz

Im Rahmen eines IQM Projekts wurde das Essen und Trinken demenzkranker Menschen in unserem Haus "Private Altenpension Logehof Mulsum" auf den Prüfstand gestellt. Im Vortrag werden einige bewährte Strategien aus der Praxis vorgestellt, an denen der nationale Expertenstandard und die Prüfkriterien des MDK vorbeigehen.

Nicole von Oesen, Diplom Oecotrophologin, Logehof, Zur Loge 27, 27449 Mulsum, 04762-1844260. info@logehof.de

Die Folien finden Sie auf unserer Website www.demenz-ded.de

Der Blick auf die Biografie

Biografiearbeit oder Lebensgeschichte oder „Was wollen Sie denn noch alles wissen?“ In einem Projekt haben Angehörige und Mitarbeiter gemeinsam nach relevanten Fragen zur Lebensgeschichte gesucht. An Beispielen wird veranschaulicht, welche Informationen bei schweren Verläufen einer Demenz wirklich wichtig sind.

Mitarbeiter und Angehörige entwickeln gemeinsam einen Biografiebogen

Eva Bodemann, Haus Waldeck, Pflegeheim im Kurgebiet, Oskar-Alexander.Str. 50, 24576 Bad Bramstedt, Tel 04192 /87 85-0

Es gab schon viele Biografiebögen im Haus Waldeck. Im Rahmen von IQM-Demenz wurde festgestellt, dass Biografiearbeit anders angegangen werden muss. So entstand unser Projekt „Entwicklung eines Biografiebogens“. Bei den Projektteilnehmern aus dem Mitarbeiterkreis war sehr schnell klar, dass eine sinnvolle Arbeit nur mit den Angehörigen möglich ist, da diese die wichtigste Informationsquelle bei der Biografiearbeit sind. Schnell fanden sich drei Angehörige, die in dem Team mitarbeiten wollten, und uns bei der Entwicklung des Biografiebogens tatkräftig unterstützt haben.

Unser Biografiebogen wurde zur „Lebensgeschichte“, in der nicht einzelne Daten von Bedeutung sind, sondern die Person und die Persönlichkeit stehen im Mittelpunkt. Um sich bei uns wohlfühlen, sind scheinbar unbedeutende Kleinigkeiten von großer Wichtigkeit, wie z.B. „Meine

Mutter hat ein Leben lang ein Unterhemd getragen.“, oder „Mein Vater hat sein Haus nahezu allein gebaut und war sehr stolz darauf.“

Und so gliedert sich unsere „Lebensgeschichte“ in drei Bereiche. In einem persönlichen Gespräch werden zunächst die Vorlieben und wichtige Rituale erfragt, um den Menschen das Einleben so angenehm wie möglich zu gestalten und die Angehörigen in diesem Prozess zu begleiten, aber auch nicht zu überfordern.

Nach drei bis vier Wochen erhält der Angehörige eine Einladung zu einem weiteren persönlichen Gespräch, um die eigentliche Lebensgeschichte von der Geburt bis zum Renteneintritt zu erfragen. Nach weiteren 6 Wochen folgt ein weiterer Termin für ein drittes Gespräch. Hier geht es um das gemeinsame Erleben der Erkrankung.

Selbstverständlich können zusätzliche Gespräche geführt werden. Soweit es möglich ist, wird auch der Bewohner mit einbezogen.

Diese zeitliche Abfolge und die entspannte Atmosphäre werden von den Gesprächspartnern als sehr angenehm empfunden. Die Angehörigen geben die Informationen, die wichtig sind und sind nicht abgelenkt von einem umfassenden Fragenkatalog. Die Mitarbeiter begrüßen ebenfalls diese Art der Biografiearbeit. Von Beginn an findet eine intensive Kommunikation zwischen den Angehörigen und den Mitarbeitern statt, so dass auch Vertrauen entstehen kann.

Alle Informationen werden in einer ansprechend gestalteten Mappe gesammelt. Es können Fotos beigefügt werden etc. Der Fantasie sind hier keine Grenzen gesetzt.

Verstirbt ein Bewohner oder verlässt er unsere Einrichtung wird den Angehörigen, sofern gewünscht, die „Lebensgeschichte“ ausgehändigt.

Unser Projekt durften wir auf dem Alzheimerkongress im Oktober 2012 vorstellen. Wir waren sehr überrascht von den durchweg positiven Reaktionen: „Warum ist nicht schon längst jemand auf diese Idee gekommen?“, „Solch einen Biografiebogen habe ich mir schon immer gewünscht.“, um hier nur einige Reaktionen zu nennen.

Symposium 3: Qualitätskontrollen im Heim: Prüfung auf dem Prüfstand

Prüfungen im Praxistest - mehr als ein Stresstest für die Heime?

Michael Oehler, Heim- und Pflegedienstleiter im Pflegezentrum „Am Lehngrund“ der Städtischen Altenheim Glauchau gGmbH, Am lehngrund 3, 08371 Glauchau, Tel 03763 788 722,
DED-Vorstandsmitglied

Seit 2 Jahren werden Heime durch den MDK geprüft, sehr gute Noten haben sich durchgesetzt. Aber werden die Transparenzkriterien der Demenz gerecht? An Beispielen wird deutlich gemacht, wie „un“sinnig oder zeitaufwendig manche Anforderungen sind, bis hin zur Frage: Wann werden zu eng ausgelegte Prophylaxen zu Gewalt in der Pflege?!

Prüfung auf dem Prüfstand

Was meine ich, meinen Wir damit?

Sowohl ambulante, wie auch stationäre Einrichtungen unterliegen reichlich Prüfungen. Im vollstationären fallen mir da spontan neben dem MDK, der Heimaufsicht, der Hygiene, der Lebensmittelüberwachung, oder z.B. der Pflegebuch-VO, und noch reichlich mehr Prüfer ein. Jeder davon hat sein Spezialgebiet, welches er/sie natürlich auch in- und auswendig kennt. Dieses wird auch von uns verlangt. Wobei mein Eindruck ist, dass wir mehr als multifähig sein müssen. Alles läuft bei uns zusammen, und wir müssen das beherrschen.

Außerdem gibt es verschiedene Sichtweisen. Nennen möchte ich Heim – Hygiene bei Katzenhaltung, oder Heim – Feuerwehr bei Möbeln im Wohnbereich/Flur.

Wie oben benannt, erwarten auch die Prüfer des MDK, dass alles nach den Buchstaben der Vorgaben erfolgt. Dabei ist, so der Eindruck von vielen Kollegen, das Papier dabei ganz wichtig. Die Ausgestaltung der Wirklichkeit tritt dabei sehr oft in den Hintergrund.

Es geht mir in meinem Beitrag jedoch nicht darum alles zu zerpfücken oder zu verteufeln, aber einige Punkte möchte ich auch speziell ansprechen. Dabei will ich auf keinen Fall mit Steinen nach dem MDS/MDK werfen.

Inzwischen sind, durch wissenschaftliche Untersuchungen doch schon reichlich Belege, die gegen diese Art von Prüfungen sprechen, vorgelegt worden.

Außerdem haben sich viele Kollegen im Internet dagegen ausgesprochen. Aber dem gegenüber steht, dass inzwischen einige Einrichtungen bzw. Pflegedienste mit den Noten werben. Wobei, denke ich jeder im Pflegebereich weiß, dass die Aussagekraft dieser „Zensuren“ eher gegen Null geht.

Aber nachdem zuerst vehement dagegen Sturm gelaufen wurde, haben sich manche jetzt damit arrangiert. Das Problem, welches ich dabei sehe ist die Tatsache, dass damit keine einheitliche Meinung gegen diese, vorsichtig formuliert, unglückliche Umsetzung der Prüfungen mehr gegeben ist. Inzwischen wissen doch alle, wie die Fragen zu beantworten, und welche Nachweise, wie zu erbringen sind.

Dabei kann ich den Grundgedanken der Prüfung nicht nur verstehen, sondern unterstütze ihn auch. Es wäre doch gut, wenn Menschen, die Hilfe suchen, eine objektive Vergleichsmöglichkeit hätten.

So war diese Prüfung ja wohl ursprünglich gedacht.

Oder provokant formuliert, warum gibt es keine echten KO-Kriterien? Kriterien, die messbar sein müssen und bei Nichterfüllung wirkliche und echte Konsequenzen nach sich ziehen.

Wie sieht die Realität aus. Sicher muss ich das den meisten von Ihnen nicht nochmal extra darstellen. Aber welche Erfahrungen gibt es?

Es beginnt bereits mit dem „1. Eindruck“. Dabei entscheidet sich schon Vieles.

Es gibt schon Unterschiede, je nachdem wer zur Prüfung kommt. Es ist doch nachvollziehbar, dass der jeweilige Erfahrungshintergrund mit einfließt in die Bewertung und vor allem in die Wahrnehmung. Welche pflegerischen Erfahrungen hat der Prüfer/die Prüferin? Welche Kenntnisse sind über die Krankheitsbilder vorhanden? Ich beziehe mich da, ganz speziell auf Demenzkranke. Obwohl ich den Eindruck habe, dass heute fast Jeder, der mit Pflege zu tun hat, sich mit Demenz auskennt. Jedenfalls erscheint es so. Dabei ist mir klar, dass das natürlich nicht so ist. Auch bleibt mir immer wieder ein Schmunzeln im Hals stecken, wenn ich in einer Zeitschrift von neuen Erkenntnissen mit Demenzkranken in einer Einrichtung lese. Dabei sind viele dieser Erkenntnisse längst in anderen Einrichtungen umgesetzt. Und ein Blick über den Zaun oder zur Deutschen Alzheimer Gesellschaft oder der DED hätte den Bewohnern schon früher Positives gebracht. Das trifft in vergleichbarem Maß auch auf Mitarbeiter des MDK zu. Natürlich nicht auf alle. Wer nicht bei und mit Dementen gearbeitet hat, kann einige Dinge nicht richtig einordnen. Das ist kein Vorwurf, sondern eine Tatsache.

Dazu kommt noch die Subjektivität der Prüfer durch Erfahrungen und Erleben. Nicht untypisch scheint, dass eine vergleichbare Situation völlig unterschiedlich bewertet wird. Dazu möchte ich das klassische Beispiel des halbgefüllten Glases anbringen. Ist dieses nun halb voll oder halb leer? Ist es positiv zu bewerten, das der Bewohner schon die Hälfte getrunken hat? Oder ist es kritisch zu bewerten, dass noch die Hälfte im Glas ist?

Jeder nimmt alles vor dem Hintergrund seines Wissens und seiner Erfahrungen auf. Beim „Tag der offenen Tür“ in einer neuen Pflegeeinrichtung haben die meisten Besucher sicher das helle, freundliche und durchaus gemütliche Haus wahrgenommen. Mir aber ist der mit Gittern abgegrenzte, beschränkte Freiraum für demente Bewohner im Hof besonders aufgefallen. Aus meiner Sicht können da Ausfüllhilfen unterstützen und sogar teilweise Vergleichbarkeit herstellen, aber grundsätzlich wird es immer Unterschiede geben.

Schon die Herangehensweise, also die eigene Sichtweise bringt Messwertfehler. Dazu kommt noch die Ausnahmesituation der Prüfung. Auch wenn die Mitarbeiter inzwischen nach 3 Jahren ungefähr wissen, „wo es langgeht“, so sind Aufregung und Angespanntheit trotzdem auch Gründe für Unsicherheit und Fehler. Irgendwie kommt die Prüfung doch wie ein „Überfall“ über uns. Da werden Mitarbeiter gebunden, die dann für die Bewohner fehlen. Das kann schon ganz banal da beginnen, wo dadurch ein Bewohner nicht bewegt wird, wann es geplant ist, sondern später. Dadurch aber eine Rötung der Haut auftritt, die der Prüfer natürlich wahrnimmt und bewertet. Also, nicht laut Planung bewegt und nicht angemessen versorgt, da Rötung?! Zugegeben das Beispiel ist konstruiert, aber ich glaube nicht, dass es völlig aus der Luft gegriffen ist.

Wir haben z. Bsp. die Erfahrung gemacht, dass durch eine gewisse Unkoordiniertheit der Dokumente noch intensiver geschaut wurde, als im Jahr darauf, als alles mit „einem Griff“

herbeizuschaffen war. Auch würde ich eine gewisse Voreingenommenheit unterstellen, wenn im Eingangsbereich Zertifikate (DIN ISO etc.) hängen.

Für mich stellte sich das so dar, dass dort wo die Dokumente durcheinander sind, auch die Pflege nicht stimmen kann. Oder anders herum gesehen, wenn das QM-Handbuch geordnet ist, stimmt auch die Pflege.

Ich kann, und will mir kein Urteil über andere Einrichtungen und Kollegen erlauben, aber in Gesprächen mit Angehörigen kommt doch dann und wann eine Äußerung nach dem Motto „Wie die eine 1,0 erhalten haben verstehe ich nicht, denn ...“

Da drängt sich mir die Überlegung auf, inwieweit die Erfahrungen der Angehörigen mit einfließen könnten. Sicher auch diese sind subjektiv gefärbt, würden aber vielleicht ein größeres Spektrum abbilden. Oder nach dem Versterben der Gepflegten (wenn keine Befürchtungen von Benachteiligungen mehr zu erwarten wären) könnte doch eine Erhebungen erfolgen.

Denn wenn ich sehe, dass unsere dementen Bewohner befragt werden, dann ist die Aussagekraft doch noch mehr anzuzweifeln. Dabei meine ich nicht, dass die Gefahr bestände, dass unsere Bewohner sich negativ äußern. Nein, im Gegenteil. Aber ich meine, dass die Bewohner gar nicht in der Lage sind, die Fragen zu erfassen und umzusetzen. Wenn dann auch noch keine Bezugsperson greifbar ist, sehe ich den Bewohner in einer für ihn unüberschaubaren, angstmachenden Situation. Welche Wahrnehmung, ohne etwas zu unterstellen, könnte der Prüfer bekommen?.....

Schon bei Feiern und Festen sehe ich mitunter Unsicherheiten bei Bewohnern. Einfach weil der gewohnte Tagesablauf nicht stattfindet. Um wieviel Schlimmer muss es dann für solch einen Mensch sein, wenn auch noch eine körperliche Untersuchung erfolgt.

Wie steht es da mit der Selbstbestimmung der Bewohner aus. Wie ist es, wenn diese, weil sie nicht wissen, was mit Ihnen passiert, sich wehren. Muss gegen den Willen der Bewohner doch die Untersuchung stattfinden? Oder ist er „aggressiv“, und dieses wurde in der Planung nicht berücksichtigt?!

Sicher kann Jeder Beispiele nennen, die bei Prüfungen vorgekommen sind. Einige möchte ich anführen.

Von Kollegen aus Thüringen habe ich erfahren, dass während einer Prüfung auch das Mittagessen bewertet wurde. Das hieß das Essen wurde mit Schüsseln auf den Tisch gestellt und die Bewohner wurden gefragt, was und wieviel sie essen wollten. Aber auf die Nachfrage, ob es dafür ein Konzept gebe, musste dieses verneint werden. Ergebnis: Note 5

Oder in unserem Haus wurde im vorigen Jahr nach den konkreten Beschäftigungsplänen gefragt. Siehe :

LG 46 Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht? (MDK 10.1a)

LG 47 Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht? (MDK 10.1b)

Auch auf unsere Erklärung, dass bei unseren Bewohnern (100% Demenzkranke) eine Vorabwochenplanung gar nicht möglich sei, erhielten wir auch die Note 5. Daraufhin wurden Pläne ausgehangen, und wir erhielten in diesem Jahr die Note 1. Wohlgermerkt, wir haben in unserer Betreuung nichts geändert, nur beim Aushang.

Zum Dritten. Von Kollegen habe ich erfahren, dass Mitarbeiter des MDK in Bezug auf das Beschwerdemanagement, da keine Beschwerden vorgelegt werden konnten, interpretiert haben, dass dieses nicht in Ordnung wäre. Die Aussage, dass es bisher keine Beschwerden gab, akzeptierten die Mitarbeiter nicht.

Als letztes Beispiel. Eine Kollegin aus dem Harz berichtete mir, dass in ihrer Einrichtung die Tastwand besonders gelobt wurde. Jedoch – die Bewohner interessierten sich für diese überhaupt nicht.....

Deshalb habe ich den Eindruck, dass sich Mitarbeiter des MDK zu sehr an den Buchstaben der Vorgaben „kleben“.

Im Verhältnis viele Fragen des Prüfkataloges beschäftigen sich mit der Ernährung. Auch da drängen sich mir Fragen auf.

Kann der Ernährungszustand auf den BMI beschränkt werden? Grenzt es nicht an Gewalt, wenn unbedingt bestimmte Ess- und Trinkmengen verabreicht werden? Ist die Essbiografie als unumstößlich anzusehen? (Erfahrung, dass eine Bewohnerin, die laut Aussage ihrer Tochter, nie Leberwurst gegessen hatte, als erstes auf den Teller mit den Leberwurstbroten langte. Oder, ich. Der ich bis zu meinem 27. Lebensjahr kaum Bananen gegessen habe. – Allerdings gab es die in der ehemaligen DDR eben auch kaum!)

Dürfen wir Bewohnern Essen vorenthalten, oder ist das Gewalt? Konkret meine ich insulinpflichtige Diabetiker.

Dazu kommt der niedrige Satz, den Einrichtungen für die Verpflegung von den Pflegekassen zugestanden bekommen. In unserem Fall, 4,15€ pro Tag, pro Bewohner.

Nächstes Problem. Hinter der Bewertung von Lücken in der Dokumentation stehen Fragen wie: Welcher Wahrheitswert steht hinter den Aussagen: „nicht dokumentiert heißt nicht gemacht“ oder „Die Dokumentation ist keine sicherer Nachweis der Durchführung“. Aus meiner Sicht ist es aber eher so, dass ein 100% fehlerfreies Protokoll die Vermutung nahe legt, dass die Handzeichen nachträglich nach einem festen Muster erstellt wurden.

Zum Abschluss möchte ich noch eine Überlegung anschließen. Würde es nicht ein Qualitätsmerkmal darstellen, wenn nachweisbar ist, welche, wieviel, und in welcher Qualität Weiterbildungen für die Mitarbeiter angeboten und wahrgenommen werden. Natürlich wäre auch die Umsetzung zu prüfen.

Schließen möchte ich mit einer Aussage von Kollegen:

Wenn es den Mitarbeitern gut geht, dann geht es auch den Bewohnern gut.

Leider war es mir nicht möglich, in der beschränkten Zeit, auch noch weitere Aspekte anzusprechen.

Die da unter anderem wären:

Kontrakturenprophylaxe - notwendig, wissenschaftlich belegt?

Oder Gewalt: Werden Demente nur fremdbestimmt? Oder dürfen sie sich auch verweigern?

Mileutherapie - mehr als nur Architektur

Bobath-Konzept heißt Konzept, weil es ein KONZEPT ist und keine Zwangsvorgabe

MDK Prüfung - Was hat der Demenzkranke davon?

Die jährlichen MDK-Prüfungen wurden eingeführt, um die Qualität und das Wohlbefinden auch für Menschen mit Demenz im Heim zu verbessern. Der Vortrag und die Diskussion sollen Antworten auf die Fragen sondieren: Was hat sich dabei bewährt und in welchen Aspekten ist eine Neubewertung sinnvoll.

Bernhard Fler, Fachgebiet Pflegerische Versorgung, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen

Die Folien des Vortrages finden Sie auf unserer website www.demenz-ded.de

"Was zu viel ist, ist zu viel" Diskussion mit der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege

Pflegekräfte klagen über hohe bürokratische Anforderungen, die das Zeitproblem noch weiter verstärken. Dies wurde politisch erkannt. Die zuständige Ombudsfrau fasst in einem Statement wichtige Erkenntnisse aus ihrer Recherche zur Möglichkeiten der Entbürokratisierung zusammen. In der Diskussion wird die Frage vertieft, wo aus Sicht der Dementenbetreuung die wichtigsten Handlungsfelder liegen."

Elisabeth Beikirch, Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Weitere Informationen zum Thema Entbürokratisierung finden Sie auf der website

www.bmg.bund.de in der Rubrik PFLEGE, dort finden Sie das Stichwort Entbürokratisierung in der Pflege.