

Ich bin für Sie da.

Sie haben Fragen oder möchten sich informieren? Ich freue mich auf Ihren Anruf oder Mail.

Tobias Münzenhofer



LICHTBLICKE
DEMENZSTRATEGIE

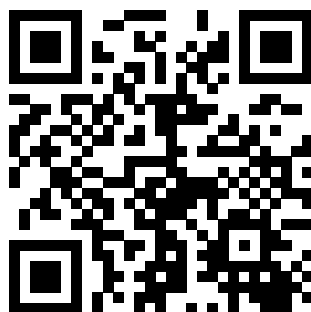


LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

Mommsenstr. 5
80805 München

T: +49 89 800 45 600

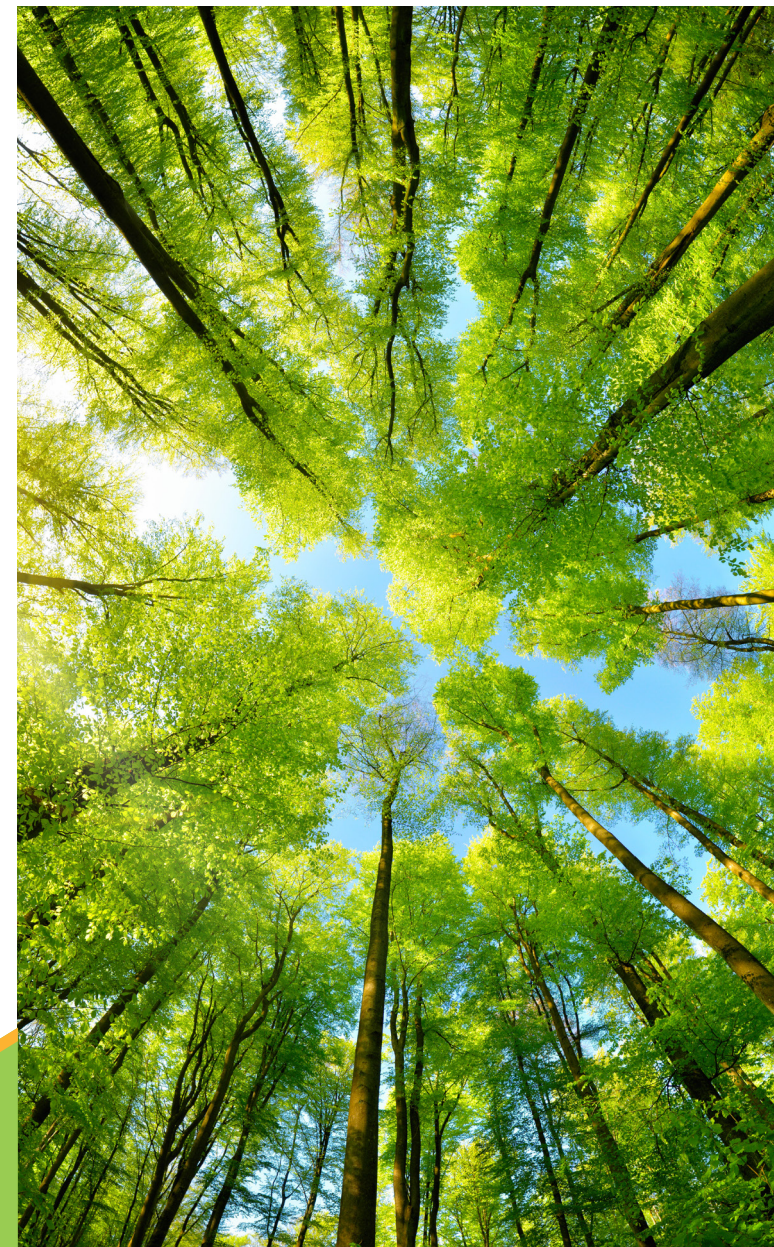
info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern
Internet: lichtblicke-demenzstrategie.bayern



gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



LICHTBLICKE
DEMENZSTRATEGIE



Darum LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

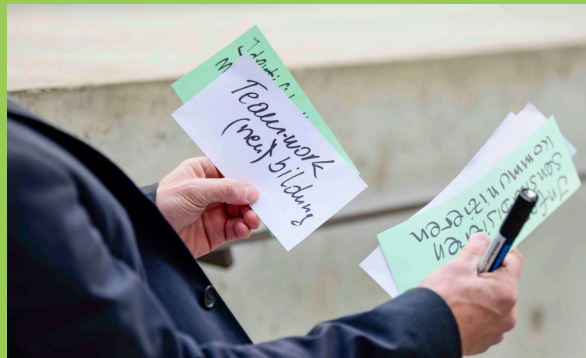
Wir verstehen uns nicht als Bildungseinrichtung, sondern als Ihre Experten, Ansprechpartner wie Begleiter zur Personal-, Team- & Organisationsentwicklung in der gerontopsychiatrischen Versorgung.

Ein Angebot aus Fortbildungen, Coaching, Supervision, Mediation, Organisationsberatung, Personalentwicklung fokussiert das zunehmend herausfordernde gerontopsychiatrische Klientel gleichermaßen wie deren Bezugspersonen und das gesamte gerontopsychiatrische Pflege- und Betreuungsteam.“

PERSONAL UND TEAMENTWICKLUNG

Eine gelungene Teamarbeit ist heute im Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie in der gerontopsychiatrischen Pflege im Besonderen nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken. Sie zählt zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren. Eine Vielzahl von Studien und Fachartikeln bestätigt immer wieder, dass Menschen, die in einem funktionierenden gerontopsychiatrischen Team arbeiten, verantwortungsvoller, motivierter und kreativer sind. Sie erleben die Vorteile einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Ferner besteht eine starke Korrelation zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und der Lebensqualität von Menschen mit Demenz.

- Fortbildungen
- Organisations -und Leitbildentwicklung
- Konfliktmanagement & Mediation
- Coaching & Supervision



Wir begleiten Sie Lösungsorientiert

Für Begleitpersonen von gerontopsychiatrisch erkrankter Klientel stellt das veränderte Verhalten eine große Herausforderung, wie auch psychische Belastung, dar. 70 % der Heimbewohner sind demenziell erkrankt oder zeigen deutliche kognitive Defizite. Bei 6 % aller über 65-jährigen Patienten eines Allgemeinkrankenhauses sowie bis zu 95 % aller Heimbewohner kann man „Herausfordernde Verhaltensweisen“ wie Apathie, Verweigerung, Angst, Ängstlichkeit, Rufen, Schreien, Unruhe, Agitiertheit, Aggressivität, Distanzlosigkeit oder Wahn beobachten. 82 % aller Menschen mit Demenz entwickeln im Krankheitsverlauf mindestens eine der genannten Verhaltensweisen. Diese Entwicklung können wir nicht beeinflussen.

LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE® begleitet Sie und Ihr interdisziplinäres Team mit Herz, Hand & Verstand. Erarbeiten Sie sich präventive wie tragfähige Alltagslösungen.



TOBIAS MÜNZENHOFER

WERDEGANG

- 1999 bis 2007 - Gerontopsychiatrie der stationären Altenhilfe (staatl. anerkannter Altenpfleger)
- 2007 bis 2018 - klinisch stationäre Gerontopsychiatrie / Psychiatrie / Neurologie (Pflegeexperte / Fachreferent, Praxisanleiter, Fachpfleger)
- 2013 bis 2019 - Qualitätsauditor der Fachstelle für Pflege und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA)
- 2014 - Inhaber LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®
- 2019 bis 2023 - Pflegeexperte / Praxisanleiter der stationären Altenhilfe

QUALIFIKATIONEN

- staatl. anerkannter Altenpfleger
- Fachpfleger für Gerontopsychiatrie
- Praxisanleiter für Pflegeberufe (registriert VdPB)
- Schulaufsichtliche Genehmigung als Dozent in Schulen für Berufe des Gesundheitswesens gemäß Art. 27, 94, 99 BayEUG
- Qualitätsmanager-/Auditor (Norm DIN EN ISO 45011)
- Pain Nurse / "Algesiologische Fachassistenz" der Deutschen Schmerzgesellschaft
- Verfahrenspfleger nach Werdenfelder Weg
- Gerontopsychiatrischer Pflegefachdozent
- Integrative Validation® nach Richard
- Fort- und Weiterbildungen in Kommunikation, NLP, Moderation, Beratung, Teamcoaching

Tobias Münzenhofer, geboren 1977 in Altötting, ist seit 1999 u. a. als staatl. anerk. Altenpfleger, Fachpfleger, Praxisanleiter und QM-Auditor in der direkten gerontopsychiatrischen Alten- und psychiatrischen Krankenpflege tätig.

Die aus diesem professionellen Berufsbild gewonnenen interdisziplinären Erfahrungen und Kompetenzen setze ich in meiner Arbeit als Trainer, Fachdozent und Teamcoach lösungs- wie ressourcenorientiert ein und gründete hierzu, 2014, LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®.

→ Aus der Praxis für die Praxis

Durch kreative, praxis- und erlebnisorientierte Methoden werden Teamseminare zum Erlebnis und fördern so einen nachhaltigen Erfolg und Praxistransfer.

Durch systemisches lösungs- und ressourcenorientierten Vorgehen, erfährt Ihr Team einen wertschätzenden Umgang auf Augenhöhe und Würdigung der bisher erreichten Ziele.

→ *Vom Wissen zum Verstehen – Handeln mit Herz, Hand & Verstand*

PUBLIKATIONEN

- Personenzentrierte Führung in der Pflege (Pflege Professionell - Das Fachmagazin Februar/2023)
- Gefühle als Zugangsweg - Die Empfindsamkeit von Menschen mit Demenz (pflegen: demenz Friedrich-Verlag Ausgabe 59/2021)
- Gemeinsam verstehen und handeln - Herausforderndes Verhalten wahrnehmen und zusammen reflektieren (pflegen: demenz Friedrich-Verlag Ausgabe 59/2021)
- Herausforderungen in der gerontopsychiatrischen Pflege (Pflege in Bayern – Ausgabe 55 – 3.2020)
- Spirale der Gewalt in Pflegebeziehungen (Praxis Pflegen 42 / 2020 Ausgabe 20.09.2020)
- Den persönlichen Ausgangspunkt reflektieren. – Die Verstehende Diagnostik → Verstehenshypothese (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 17.1.2020)

MITGLIEDSCHAFTEN

- Kooperation mit digeDEM Bayern
- Demenz-Partner der Deutschen Alzheimergesellschaft e.V.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern

- Pädagogische Führungsmentalität in der Gerontopsychiatrischen Versorgung = wollen × können × dürfen (Friedrich Verlag „pflegen: Demenz“ Ausgabe Heft 53 - 12/2019)
- Demenz und Schmerz – Dem Goldstandard annähern (Vincentz „Altenpflege“ Ausgabe 12/2019)
- Den Kulturwandel gestalten – Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz (Vincentz „Altenpflege“ Ausgabe 8/2019)
- Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen (Pflege Professionell - Das Fachmagazin 23/2019)
- Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung im Alter und bei Demenz (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 15.3.2019)
- Das Aufgabenfeld der Führungskräfte Expertenstandard "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" Teil II (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 22.2.2019)
- Das Aufgabenfeld der Führungskräfte "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" Teil I (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 14.2.2019)
- Das Aufgabenfeld der Pflegedienstleitung zum "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" ([LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE BLOG 22.3.2019](#))
- Führungsaufgabe vs. Rollenverständnis "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" -Ist das Thema Primär Führungsaufgabe? (PflegeManagement Ausgabe 2/2019)
- Psychopharmaka kritisch hinterfragen. -Kompetenzen im Umgang mit „Unruhe“ einbringen (Vincentz CareKonkret Ausgabe 51/52 von 2018)
- Kommentar zum Thema „Werden Menschen mit Demenz oft ruhiggestellt?“ (Vincentz Altenpflege Management Ausgabe 12/2018)

gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Dieses Projekt (Fortbildungen) wird aus Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege gefördert.

LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

E-Mail: info@lichtblicke-demenzstrategie@bayern
Internet: lichtblicke-demenzstrategie.bayern



05.03.2024

HERAUSFORDERUNG DOWN-SYNDROM & DEMENZ IM PFLEGE -UND BETREUUNGSALLTAG

*„Systemsprenger“ oder eher
gerontopsychiatrischer Klient mit
individuellen und komplexen Hilfebedarf?*

In Deutschland wird von einer Gruppe mit ca. 50.000 Personen mit Down-Syndrom ausgegangen. Forschungsergebnisse belegen, dass sich der Anteil von Menschen mit Lernschwierigkeiten mit einer Demenz im Zeitraum 2010 bis 2030 verdreifachen, und weiterhin ansteigen wird.

2030 wird in stationären Wohneinrichtungen jeder zweite Bewohner 60 Jahre oder älter sein.

Demenzen beginnen früher und verlaufen schneller.

Menschen mit Trisomie 21 erkranken gehäuft und in jüngeren Jahren (häufig vor dem 40. Lj.) an einer Alzheimer-Demenz als nicht geistig behinderte Menschen.

Zudem haben sie eine schlechtere Prognose als genetisch nicht vorbelastete Menschen. Oft wird die Demenz aber nicht erkannt, da die intellektuelle Beeinträchtigung im Vordergrund steht.

Ungefähr 80 % der Menschen mit Down-Syndrom werden beim Älterwerden, meist jenseits der 60. Lebensjahr, eine Demenz entwickeln.

Somit bildet diese Gruppe die Population mit dem höchsten genetischen Risiko für Demenz. Die Sterblichkeit demenzerkrankter Menschen mit Down-Syndrom gegenüber nicht-Erkrankten ist um mehr, wie das 4-fache erhöht.

Die Überlebensdauer bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz betrug in einer Studie zwischen 3 Jahren und 10 Monaten und 6 Jahren und 10 Monaten. Im Durchschnitt waren es 5 Jahre

Warum Demenz bei Trisomie 21?

Man spricht daher auch von einer »genetischen Form der Demenz«. Ursache hierfür ist das dritte Exemplar von Chromosom 21. Dieses sorgt dafür, dass sich deutlich mehr schädliche Beta-Amyloid-Proteine im Gehirn der Betroffenen ansammeln.

Der Umgang mit ihnen verlangt von uns eine neue mitfühlende Sicht und Denkweise.

Art und Ausmaß der demenzbedingten Verhaltensweisen sind weniger von der Schwere der Krankheit als von der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Erkrankten abhängig. In dieser Beziehung werden unser Wahrnehmen, Einfühlen und Verstehen gefördert und vertieft. Durch die Vermittlung von Wärme, Sicherheit und Geborgenheit können wir auf die Verhaltensweisen gleichsam lindernd und heilend einwirken.



Vor allem bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz (MmDD) mit herausfordernden Verhaltenssymptomen hat die individuelle, wertschätzende Beziehung und würdevolle Pflege ein mehr an Wohlbefinden zur Folge. So kann dem Entstehen schwieriger Verhaltensweisen und dem damit einhergehenden Leidensdruck präventiv entgegengewirkt werden. Dabei stehen die Förderung und Wahrung des Person-Seins im Vordergrund.

Symptome und Verhaltensänderungen sind grundsätzlich nicht von denen zu unterscheiden, die für nicht geistig behinderte Menschen beschrieben sind.

Die auftretenden Symptome und das Verhalten äußern sich in abgewandelter Form, da sich die spezifischen Veränderungen der Demenz bei geistig behinderten Menschen in einem bereits beeinträchtigten Gehirn entwickeln. Außerdem wirken sich die für Menschen mit Down-Syndrom typischen Organfehlbildungen und Funktionsstörungen auf den Krankheitsverlauf und einzelne Symptome aus (Multimorbidität).

Symptome werden insbesondere dann wahrgenommen, wenn sich für den Erkrankten Veränderungen in der Alltagsbewältigung ergeben.

„ ... ist überhaupt nicht mehr in der Lage, alleine oder in Begleitung zu gehen, da sie, bedingt durch neurologische Ausfälle, ständig in sich zusammensackt und sich auch mit Hilfe von Begleitung nicht auf den Beinen fortbewegen kann, ist nicht in der Lage ihren Oberkörper selbstständig aufrecht zu halten.“

Die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Demenz wird zumeist erst dann in Betracht gezogen, wenn Erkrankte sehr deutliche Reaktionen auf das sie mittlerweile überfordernde Milieu zeigten.

„...wenn Frühstück war, hat sie gedacht es sei Feierabend. Hat ihre Sachen genommen und wollte auf die Wohngruppe zurück.“

Bei fehlender Diagnose stellt sich das Milieu zumeist nicht auf den Erkrankten ein, sondern Mitarbeiter/innen erwarten die Anpassung der Erkrankten an die Umwelt.

- Unvermögen wird als Verweigerung interpretiert
- Belehrungen, Zurechtweisungen statt Anpassung der Anforderungen
- Verunsicherung der Mitarbeiter/innen

„Eine deutliche Veränderung in der Wahrnehmung ergibt sich bei Vorlage der Diagnose „Demenz!“

Welches Einschätzungsinstrument gibt es?

Die internationale Forschungsgruppe (National Task Group) hat das Verlaufsbeobachtungsinstrument „Early Detection Screen for Dementia“ (NTG-EDSD) weiterentwickelt und stellt es kostenfrei in verschiedenen Sprachen zur Verfügung (AADMD 2013). Das Instrument eignet sich für Angehörige oder Betreuende, die über einen längeren Zeitraum mit der betroffenen Person im Kontakt stehen. Sie dokumentieren ihre Beobachtungen, und durch die jährliche Wiederholung lassen sich Veränderungen abbilden, die für eine Frühdiagnostik den Anstoß geben. Dabei werden auch allgemeine Veränderungen des Gesundheitszustandes, Lebensereignisse und die psychische Verfassung in den Blick genommen und als Einflussfaktoren mitberücksichtigt. Die deutsche Übersetzung steht als Download zur Verfügung unter: www.the-ntg.org/ntg-edsd



Das frühzeitige Erkennen der Demenz ist eine wichtige Aufgabe innerhalb der Behindertenhilfe

- Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen
- Kontinuität in der Begleitung der Menschen mit Down-Syndrom, um Veränderungen wahrnehmbar zu machen.
- Bei Menschen mit Down-Syndrom Anwendung in 6 bis 12-monatigen Intervallen. Verlaufsüberprüfung zwingend erforderlich
- Anwendung eines Diagnoseverfahrens, die andere Ursachen ausschließen
- Einbeziehung des Patienten und des Betreuers oder Angehörigen
- Mix aus Testdiagnostik und Fremdbefragung sinnvoll

Es gibt nur wenige Studien zur Wirksamkeit von Antidementiva

Der Wirkstoff Donepezil scheint bisher als einziges Medikament bei der Behandlung kognitiver Demenzzzeichen bei Erwachsenen mit Down-Syndrom zu wirken.

Neben Medikamenten gibt es nicht-medikamentöse Behandlungen, die zum Ziel haben, den Verlust der geistigen Fähigkeiten zu verzögern, die Selbstständigkeit im Alltag so lange wie möglich zu erhalten und das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu erhöhen.

Nicht-medikamentöse Therapien sind Übungs- und lernbasierte Verfahren zur Aktivierung und Aufrechterhaltung von alltagsrelevanten Verhaltensmustern und Fertigkeiten. Ziel ist die Kompensierung krankheitsbedingter Einschränkungen sowie die Verbesserung der Lebensqualität. Dabei wird die erhaltene aktivitätsgetriebene Neuroplastizität stimuliert.

Neuroplastizität ist die Fähigkeit des Gehirns sich selbst zu ändern. Unter neuronaler Plastizität versteht man die Eigenart von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen. Zur Optimierung laufender Prozesse verändern sich nutzungsabhängig ihre Anatomie und Funktion. Das funktioniert auch bei MmD. Die Hirnforschung geht davon aus, dass dies uns Menschen vor allem dann gelingt, wenn wir uns Selbstwirksam fühlen und wenig Stress empfinden.

Diese nicht-medikamentösen Therapien sind für alle Demenzerkrankungen geeignet. Dabei zeigt sich eine positive Wirkung auf Kognition und Verhalten.

Im Verhältnis zur Pharmakotherapie zeigen sich die nicht-medikamentösen Maßnahmen gleich wirksam mit Antidementiva.

MmDD brauchen besonders viel Anerkennung und Ermutigung. Denn selbst wenn sie aufgrund der zunehmenden geistigen Beeinträchtigungen ihre eigenen Defizite nicht mehr in vollem Umfang erkennen, so nehmen sie doch im Hier und Jetzt diese Einschränkungen ihrer Fähigkeiten wahr. Gerade und ganz besonders solcher, auf die sie früher stolz waren.

Empowerment' für Menschen mit Down-Syndrom und Demenz

Mit zunehmender Demenz geht die Breite und Tiefe möglicher sinnvoller Tätigkeiten zurück, häufig resultierend in Langeweile, Isolation und verminderter Lebensqualität. ‚Empowerment‘ beschreibt all die Anstrengungen, eben dies zu verhindern und eine aktive Rolle im Leben und der Gemeinschaft beizubehalten. Die Weltgesundheitsorganisation versteht darunter einen Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle in Bezug auf Entscheidungen und Handlungen in Bezug auf ihre Gesundheit erhalten.



1. Einen Sinn für die persönliche Identität besitzen

Hierbei geht es darum, einen Bezug zu dem zu behalten, wer man war und was man gemacht hat, aber auch darum, dies mit der Person, die man im Hier und Jetzt ist, in Verbindung zu bringen. Professionelle bringen dieses Thema mit besonderer individueller Aufmerksamkeit in Verbindung, besonders für Heimbewohner, da das Leben im Heim die Unterschiede angleicht, wenn nicht gleichmacht.

2. Einen Sinn für Wahlmöglichkeit und Kontrolle besitzen

Zumeist geht es um Entscheidungen im persönlichen Nahbereich sowie im Grenzen bezüglich der Kontrolle und Überwachung durch andere.

Erwartet wird, dass Entscheidungen in der Regel schlicht akzeptiert werden, so wie bei allen anderen Menschen auch. Auch ungewöhnliche Entscheidungen (Wurst mit Schokolade) sollten nicht kommentiert, sondern einfach hingenommen werden.

Bei zunehmender Demenz braucht es Unterstützung und eine Einschränkung der Wahlmöglichkeiten, um Überforderungen zu vermeiden.

Wichtig ist: dass die Person weiterhin das Gefühl hat, wählen zu können und Kontrolle zu haben.

3. Einen Sinn dafür haben, gebraucht zu werden und nützlich zu sein

Es geht darum, den Menschen nicht ohne Not Kompetenzen und Prozesse aus der Hand zu nehmen, sondern sie zu unterstützen, sie möglichst lange zu erhalten.

Professionelle und Angehörige betonen zudem den Verlust an Initiative und die Notwendigkeit, die Person mit Demenz zu motivieren und anzuregen. So wird berichtet, dass bei der Aufforderung zu stricken erst vielfach über die Hände geklagt wird, dann aber doch die Personen mit in die Aktivität einsteigen und gerne mitmachen.

4. Ein Gefühl für den persönlichen Wert zu behalten

Anerkennung und Wertschätzung, Resonanz zu erfahren ist für alle Beteiligten wichtig. Professionelle und Angehörige beobachten, dass Menschen mit Demenz oft mit ihren Vorhaben scheitern, aber eben dies schlecht einordnen können und daher irritiert und unsicher werden.

Eben daher sei Anerkennung so wichtig. Menschen mit Demenz betonen dagegen, sie würden doch immer wieder, wie ein Kind behandelt, Tätigkeiten würden schnell übernommen. Oft täten Professionelle oder Angehörige nur so, wie wenn sie zuhörten, an kleinen Zeichen könne man aber erkennen, dass es sie gar nicht interessiere und mit etwas anderem beschäftigt seien.

Unsere erste Aufgabe dabei ist, den persönlichen Ausgangspunkt (→ Eigene Annahmen über MmD) zu reflektieren. Zweitens, die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wahrzunehmen, um ihnen diese durch eine person-zentrierte Pflege im dritten Schritt erfahrbar zu machen.

Grundlage für eine person-zentrierte Pflege und Betreuung ist die Abkehr von einer funktionellen Verrichtungs- oder funktionsbezogenen Pflege. Eine person-zentrierte Haltung ist wiederum geprägt von Kongruenz, Akzeptanz und Empathie.

Nicht das Fachwissen oder die Technik sind wichtig, sondern Einstellung und Haltung sind entscheidend für die Qualität der Beziehung.

Welche Wohn- und Versorgungskonzepte werden empfohlen?

In Einrichtungen der Behindertenhilfe wird oft versucht, über individuelle Konstrukte die Situation zu meistern. Dennoch werden Grenzen erreicht, wenn keine angepassten Konzepte entstehen.

Dann wird aufgrund des erhöhten pflegerischen und personellen Aufwands entschieden, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz ihr vertrautes Umfeld verlassen müssen, um in einer Pflegeeinrichtung versorgt zu werden.



Zu diesem Versorgungsbruch gibt es Berichte), dass im neuen Umfeld ein schneller Abbauprozess beobachtet wurde und sich das Lebensende früh einstellte. Studien aus dem internationalen Ausland setzen bei den Wohn- und Versorgungssettings für Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz zwei Schwerpunkte:

Beim „Ageing in Place“ geht es darum, das soziale Umfeld der Betroffenen vorzubereiten, Unterstützungssysteme bis hin zur palliativen Begleitung aufzubauen und räumliche Anpassungen frühzeitig in den Blick zu nehmen. Dann können Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz durch eine gute infrastrukturelle und fachliche Unterstützung bis zum letzten Atemzug in ihrem gewohnten Umfeld bleiben.

Das „in place progression“ bedeutet eine konzeptionelle Weiterentwicklung des stationären oder ambulant betreuten Wohnumfeldes. Es geht um die Anpassung der personellen Präsenz und um adäquate Angebote, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. So müssen diese nicht in neue Einrichtungen mit passendem Versorgungsangebot umziehen, sondern das Versorgungsangebot vor Ort wird an ihren Bedarf angepasst. Als Beispiel sei auf die ambulant betreute Wohnpflegegemeinschaft „Südring 36“ in Hamburg hingewiesen, die eine 24-Stunden Begleitung mit einem multidisziplinären Team realisiert hat. Mitarbeitende aus der Alten- und Krankenpflege und aus der Behindertenhilfe ergänzen sich und haben als gemeinsames Ziel das Wohlbefinden der Betroffenen im Blick.

So kann auf die Bedürfnisse von Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz pädagogisch und pflegerisch kompetent eingegangen werden. Beide Ansätze haben noch Seltenheitswert.

Bei Voranschreiten der Erkrankung besteht die Notwendigkeit eines Umzuges der Erkrankten in eine dementengerechte Wohngruppe mit hohem pflegerischen know how

Einerseits ...
...steht dem Bedürfnis nach Vertrautheit /Kontinuität entgegen.

Andererseits...
... schützt ein dementengerechtes Milieu Erkrankte, Mitbewohner/innen und Mitarbeiter/innen vor Überforderung und Misserfolgserlebnissen.

“Das war hinterher alles ein Gewusel und die Mitbewohner haben gesagt: „Was machst du da, das will doch keiner haben ...“

Quellen:

Statista 2022; Dieckmann et al. 2010; Coppus, A., Telbis-Kankainen, H. (2016). Demenzielle Erkrankungen bei Menschen mit Down-Syndrom. In: Müller, S., Gärtner, C. (eds) Lebensqualität im Alter. Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft. Springer VS, Wiesbaden; de Oliveira & de Paula Faria 2022; Thompson 2002; Grunwald et al. 2012; Ganß 2018; Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Infoblatt 16 2023

Autor: Tobias Münzenhofer



19.01.2023

Personenzentrierte Führung in der Pflege

„Wir denken, dass personenzentriertes Führen sich in vielen alltäglichen Führungssituationen und bestehenden Formaten praktizieren lässt und dass die konstruktive, bewusste Herstellung und Pflege guter Arbeitsbeziehungen kein Luxusgut ist.“

Die personenzentrierte Führung ist ein „altes“ und zugleich „modernes“ Konzept. Zum einen sind die Wurzeln in der humanistischen Psychologie und non-direktiven Gesprächsführung nach Rogers schon ab Mitte des 20. Jahrhunderts zu finden und skizziert. Zum anderen regt es Antworten/Hinweise für hochaktuelle Themen der Pflege an.

Die darin angesprochene Dimension von Führung unterscheidet sich von den Dimensionen Leiten und Managen, welche möglicherweise bei Führungskräften (aufgrund von zu erfüllenden Regularien und ökonomischen Vorgaben) dominant geworden sind, und geht darüber hinaus:

- a. Der Abwanderung aus dem Pflegeberuf kann nicht begegnet werden ohne ein Konzept und eine überzeugende Kultur der Anerkennung, Förderung und Beteiligung der Mitarbeiterschaft. Mitarbeiterbindung ist stets top down zu denken. Die damit verbundenen Veränderungsprozesse brauchen Mitarbeitende, welche diese mittragen. Das setzt Transparenz, Beteiligung, Sinn und Akzeptanz voraus, was steht und fällt mit echter und ernst nehmender Kommunikation der Führungskräfte. Sie stellen eine Art Flaschenhals oder „gate keeper“ von Veränderungsprozessen dar (vgl. BDU-Fachverband Personalmanagement 2022). Eine Studie vom Dezember 2021 ergab, dass 40 % der befragten Pflegenden angeben, mindestens monatlich daran zu denken, den Pflegeberuf aufzugeben. Rund 30 % überlegen den Arbeitsplatz zu wechseln und ca. ein Drittel will die Arbeitszeit reduzieren (vgl. Das Gesundheitswesen 2021).
- b. Wenn im Pflege-Expertenstandard z.B. die **Beziehungsgestaltung**, die personenzentrierte Kommunikation und Pflege etwa von Menschen mit Demenz als Ziel formuliert und beschrieben wird, so wird dies nicht zu trennen sein davon, dass die Mitarbeiterschaft selbst personenzentriert geführt wird.



„Grundsätzlich werden Pflegende eher befähigt sein, person-zentriert zu handeln, wenn sie selbst person-zentriert behandelt werden. Die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege ist somit primär Führungsaufgabe.“ (DNQP, 2018 Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz)

Führungskräfte zentrieren sich somit auf die vorhandene Pflegefachlichkeit und sorgen dafür, dass sie tatsächlich abgerufen wird, damit die Pflegefachkraft mehr mit Vertrauen und Wahrnehmung ihrer Kompetenzen gefördert und weniger mit einem Defizit-Blickwinkel des Mangels gesehen werden kann.

Denn ein selbst herabgesetzt zugeschriebenes Pflegeniveau funktioniert nicht, wenn die nächste Qualitätsprüfung ansteht, in der Pflegefachgespräche vorausgesetzt werden. Spätestens dann werden Assessments wie Nahrungsprotokolle und Schmerzerhebung evaluiert, die erneut unter hohem Zeitdruck, ohne Zukunftsstrategie und Berücksichtigung vorhandener Pflegekompetenzen, abgearbeitet werden müssen. Dazu kommt das Gefühl, man arbeite immer nur „hinterher“, nie aber „voraus“ und nachhaltig.

Das Pflege- und Betreuungsteam reagiert auf Dauer enttäuscht und unmotiviert, wenn es in ein rein funktionelles Pflegeverständnis geführt und in seiner Fachlichkeit nicht ernst genommen sowie gezielt gefordert und gefördert wird.

Die beziehungsgestaltende Pflege wird somit erschwert. Ein solches, unter dem eigentlich vorhandenen Pflegeniveau ausgerichtetes Pflegemanagement sorgt bei den Pflegenden für Unruhe und Unzufriedenheit und verhindert, dass sie ihr Handeln als sinnvoll und erfreulich erleben können. Ein Führungsdenken, dass Pflegekräfte einfach nur funktionieren müssen und ihre Stellenbeschreibung erfüllen sollten, ist zu kurz gedacht und bringt nicht den erhofften Erfolg in der Pflegequalität.

Im Sinne einer guten und gelingenden Pflegepraxis, in der Pflegekräfte ihre Fachlichkeit abrufen können, gilt es, das Augenmerk auf konzeptuelle Grundlagen zu legen und nicht der formalen Erfüllung einer Stellenbeschreibung und dem Abarbeiten von Arbeitsaufträgen und Listen nachzukommen. Letztendlich wird sich der Erfolg zunächst weniger an Letzterem messen lassen, sondern auf Teamentwicklungsprozessen, Kompetenz- und Haltungsentwicklung beruhen.

Zu diesen klar ersichtlichen Zukunftsaufträgen gehört zunächst die tiefe Überzeugung und Willensbildung, einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam gestalten zu wollen. Das gelingt, wenn es als strategische Ausrichtung in kleinen Schritten, systemisch gedacht und partielle Begleitung hinzugenommen wird. Veränderung der Kultur braucht Zeit und meint u.a., dass die Führungskräfte wie z.B. die Pflegedienstleitungen den gemeinsamen Weg von einer aufgabenorientierten hin zu einer klientenorientierten Einstellung ermöglichen.

Das Einbetten von Beziehungshandeln in funktionale Aufgaben wie die der Grund- und Behandlungspflege wird mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt fortlaufend reflektiert, optimiert und teamunterstützend begleitet.



Menschenbild und Grundlagen der personenzentrierten Führung

Als Menschenbild liegt die Auffassung zugrunde, dass jedem Menschen das Streben und die Fähigkeit nach Wachstum, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung immanent ist. Menschen wollen sich verwirklichen, im Gleichgewicht sein, Sinn finden und für sich sorgen. Die Wahrnehmung und Verarbeitung von Erfahrung und Erlebnissen geschieht durch...

1. Die **Selbstaktualisierungstendenz**: Jede/r hat den Wunsch sich zu erhalten, auszudrücken und zu entfalten in Richtung Selbstentwicklung und Autonomie. Die Aufgabe der Führungskräfte ist es, den (anfänglichen) Berufsmotiven wieder Raum zu geben, die Bedürfnisse zu sehen und die Potenziale der Mitarbeitenden zum Tragen zu bringen und realisierbar zu machen.

2. Das **Selbstkonzept**: Jede/r hat zu jedem Zeitpunkt ein mehr oder weniger dem Bewusstsein zugängliches Konzept des eigenen Selbst. Dieses befindet sich in einem ständigen Veränderungsprozess und umfasst die Körper-, Sinnes- und sozialen Erfahrungen, alle Selbst- und Fremdzuschreibungen sowie die Wertvorstellungen. Das Selbstkonzept integriert kontinuierlich alle Arbeitserfahrungen.

Die Relevanz dieser beiden Aspekte besteht für Führungskräfte darin, dass Entscheidungen von Pflegenden (von der inneren Verlängerung engagierten Einsatzes, über die Ambivalenz, wie es weitergehen soll, bis hin zu Schritten, die Stelle zu wechseln oder den Beruf aufzugeben) früh, lange bevor sie geäußert und konkretisiert werden, im Prozess einer Ausbalancierung im Selbstkonzept verhandelt werden.

Wir wissen aus Studien, dass die Qualität der Arbeitsbeziehung zum/zur unmittelbaren Vorgesetzten für Mitarbeitende ein entscheidendes Kriterium für Motivation, Zufriedenheit und Verbleib im Beruf und an der Arbeitsstelle ist (vgl. BAuA 2005 und 2016).

Nur das ehrliche Interesse von Führungskräften für und das offene Gespräch mit den Mitarbeitenden ergeben die Chance, diese Prozesse zu erkennen und darauf Einfluss zu nehmen.

Insofern geht es darum, neben Führung den Faktor der **Selbstführung** der Mitarbeitenden zu erkennen und bewusst zu machen.

Es ist nachhaltiger, eher auf Selbstverantwortung der Mitarbeitenden zu setzen, als das meiste über Führungshandeln regeln und organisieren zu wollen. Gordon (2005) stellt die These auf: „So kommen wir zu der paradoxen Feststellung, dass effektive Führer ganz, wie Gruppenmitglieder handeln und effektive Gruppenmitglieder ganz wie Gruppenführer“.

Dies als Leitidee nehmend verändern sich Stations-/Teambesprechungen: Für die Tagesordnung sollte/kann dann das Team verantwortlich oder zumindest mit-verantwortlich sein; die Entscheidungsfindung ist in hohem Maß partizipativ und unterschiedliche Ebenen der Beteiligung wie der systematischen Problemlösung (Konsent-Methode u.a.) werden etabliert. Leitungsentscheidungen im Alleingang sind (ebenso wie Mehrheitsentscheidungen) i.d.R. für die meisten Probleme und Konflikte nicht tauglich.

Als Grundhaltung haben Führungskräfte beim personenzentrierten Führen im Blick, Empathie aufzubringen und die subjektive Realität der Mitarbeitenden anzuerkennen, deren Ressourcen, Vorschläge, individuellen Lösungsversuche zu fördern sowie Selbstverantwortung und Selbstbestimmungspotenzial zu respektieren.



Und es geht darum, die Rahmenbedingungen für ein Klima der Akzeptanz und Wertschätzung zu schaffen und selbst kongruent zu sein, echt und authentisch zu kommunizieren: Dazu gehört u.a. das aktive Zuhören, um die (Selbst-) Erkenntnis des Gegenübers zu unterstützen, aber auch um Probleme und Sachverhalte aus Sicht des Gegenübers zu verstehen und selbst nicht zu schnell mit Interpretationen und Priorisierungen zu reagieren.

Personenzentriertes Führen und Führungsstil - konkrete Anwendung

Die personenzentrierte Führung realisiert sich am Besten in einem Führungsstil, der kooperativ, mitarbeiter- und beziehungsorientiert ist; sie wird stimmig erlebt und wirksam, wenn sie in Führungsleitlinien verankert ist; in der Umsetzung erzielt sie Glaubwürdigkeit und Strahlkraft auf das Betriebsklima, wenn sie im Verhalten aller Führungsebenen gelebt wird: Die Mitarbeitenden werden in Meinungsbildung und Entscheidungsprozesse einbezogen, Konzepte zur Selbstorganisation gefördert; es wird eine offene wertschätzende Kommunikation praktiziert; Vertrauen und Kooperation prägen die Arbeitsbeziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden; Feedback ist gewünscht und gelebter Alltag, so dass auch Konflikte besser angegangen und gelöst werden können; die Offenheit für die Probleme der Mitarbeiterschaft und ihr Wohlergehen (systemisches Gesundheitsmanagement) sind zentral.

Die Basis und Klammer alles Genannten ist die **Kommunikation** der Führungskraft:

- Vertrauensbildend wirken durch Ich-Botschaften, Transparenz und Erreichbarkeit; Teamarbeit partizipativ gestalten, Zusammenhalt fördern, Stationskonferenzen und Teambesprechungen zu einem positiv moderierten und lebendig erlebten Ort von Austausch machen.
- Die Problemlösungskompetenz der Mitarbeitenden wahrnehmen und Problemlösungsknowhow fördern.
- Konflikte früh und direkt ansprechen und vermitteln, Konsense bilden.
- Motivlagen der Einzelnen hören, erkennen, gemeinsam Gestaltungsformen finden.
- Mit Zielen führen, um die Ziele der Organisation mit den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Entwicklungsoptionen der Mitarbeitenden in Einklang zu bringen.

Anhand zweier Beispiele soll die Umsetzung erläutert werden: Man muss dafür nicht unbedingt Neues einführen, sondern kann zeitnah starten, den eigenen Führungsstil zu reflektieren, sich für die Kommunikation zu sensibilisieren, indem mit personenzentrierter Haltung vorhandene Formate genutzt werden:

Fallgespräche

Fallgespräche sind oft ein noch nicht genügend genutzter Raum, in dem neben professioneller Fallarbeit zugleich Zusammenhalt, positives Arbeitsklima und Achtsamkeit für die Bedürfnisse der Mitarbeitenden gepflegt werden können.

Zu empfehlen ist die zielorientierte, zugewandte und klare Moderation der Fallgespräche mittels vorliegender und individuell adaptierbarer Leitfäden **kollegialer Beratung** (vgl. Tietze 2003). Viele Mitarbeitende sind etwa von aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schreien, körperliche Angriffe beim Waschen, bei Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme) durch BewohnerInnen stark belastet.

Hier das Erleben, die Wahrnehmungen in der Situation, die persönliche Resonanz, Emotionen, Hypothesen usw. schrittweise, offen und vertrauensvoll auszusprechen und zu verdichten, führt nicht nur zu einem vertieften Verständnis der Klienten und verschiedenen Ideen zukünftiger Umgangsweisen; sondern es können dabei die immensen Anforderungen



anerkannt, die Leistung gewürdigt und der Respekt vor der Ambiguitätstoleranz und Bewältigungskompetenz der Mitarbeitenden sichtbar werden; nicht zuletzt wird kollegiale Beratung, die Erörterung gemeinsamer Werthaltungen und Interventionen, bewirken, dass Lerneffekte über den Einzelfall hinaus gewonnen werden.

Führung wird dann zunehmend als wirklicher Dialog auf Augenhöhe mit dem Ziel besserer Ergebnisse wahrgenommen. Führungskräfte zielen somit darauf ab, den Austausch von Wissen, Informationen und Erfahrungen zu organisieren, zu vertiefen und lösungsorientiert zusammenzuführen, ohne die eigene Positionsautorität zur einzigen Richtschnur des Vorgehens im jeweiligen Fall zu machen.

„Pfleger werden in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet. Führung zielt darauf ab, dass Pfleger das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.“ (DNQP, 2018 Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz)

Eigenreflexion und Selbstmanagement

Gemeint ist u.a. die Reflexion des eigenen Führungsstils, die Betrachtung der Führungshaltung und das Sich-Sensibilisieren, Wiederaneignen und Erproben von dialogisch-mitarbeiterorientierter Gesprächsführung (besonders in Mitarbeitergesprächen).

Oft fehlt aufgrund des Arbeitsdrucks die Priorisierung dafür, Orte zu schaffen oder zu besuchen, um sich mit neuem Führungswissen, mit der Beziehung zu Mitarbeitenden oder zu sich selbst auseinanderzusetzen.

Dies können professionelle Formate (Leitungscoaching und Einzelsupervision), kollegialer Austausch (kollegiale Beratung/Intervision mit anderen Führungskräften), strukturiertes Selbstcoaching (vgl. Vogel 2013) oder das Einholen von Feedback sein. Selbstreflexion bedeutet etwa für Führungskräfte, die „Falle“ zu erkennen, dass die Systeme und Untergruppen der Einrichtung von ihnen i.d.R. erwarten, besonders stark, überlegen und unangefochten zu sein.

Dies kann aber zu einem „Teufelskreis“ führen, wo sich Mitarbeitende dann zunehmend passiv und unmündig verhalten; stattdessen wäre es für Führungskräfte wichtig, auch Begrenzungen z.B. von Wissen sichtbar zu machen und eher das Wissen aller zusammenzutragen und zu organisieren.

Fazit

Motivation, Wir-Gefühl und Identifikation bekommt man nicht zum Nulltarif. Führungskräfte brauchen Entschiedenheit, Zeit und Training, um Fragen der Partizipation, des Konfliktmanagements, der Dialogfähigkeit und Integrationsfähigkeit (für zunehmend diverse Teams) anzugehen. Woher die Zeit nehmen?

Wir denken, dass personenzentriertes Führen sich in vielen alltäglichen Führungssituationen und bestehenden Formaten praktizieren lässt und dass die konstruktive, bewusste Herstellung und Pflege guter Arbeitsbeziehungen kein Luxusgut ist; vielmehr ist sie eine essentielle Voraussetzung, um das wesentlichste Gut zu schaffen: Beziehung und Vertrauen (in Person und Arbeitsverhalten).



Zielgerichtete Zusammenarbeit bei gleichzeitiger Achtung der Personen, der Fähigkeiten und des Ausdruckswillens führen zu Lernprozessen in Teams, welche die Qualität der Arbeit befördern, so dass z.B. auch das Zutrauen in die Kompetenz und das Gelingen von Pflegefachgesprächen wächst.

Veröffentlicht: Pflege Professionell - Das Fachmagazin 31/2023

Autoren

Georg Vogel (www.vogel-supervision.de)

Tobias Münzenhofer (LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE)



Foto: Perry Wunderlich, Fotowettbewerb Lichte Momente
Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein

18.05.2021

Verhalten gemeinsam verstehen und gemeinsam handeln

- **Verhalten verstehen hilft mit Verhalten umzugehen und zielgerichtete Maßnahmen einzuleiten.**

Vom Verstehen....

Im Verlauf einer Demenz wird es immer schwieriger, alltägliche Aufgaben selbstständig zu bewältigen. MmD (Menschen mit Demenz) werden vergesslich, haben zunehmend Probleme sich sprachlich auszudrücken, sich zu erinnern, zu erkennen, zu orientieren, zu handeln und zu denken.

Im Unterschied zu solchen komplexen Denkleistungen sind Demenzkranke jedoch meist sehr gut in der Lage, mit anderen Menschen mitzufühlen bzw. deren Gefühlslage zu erfassen. Sie nehmen zum Teil sogar ausgesprochen feinfühlig entsprechende Signale auf. Mitfühlen ist eine grundlegende Fähigkeit, die bereits in den ersten Lebenswochen gelernt wird. Vermutlich ist diese genetisch vorgeprägt und erfordert keine bewussten geistige Prozesse.

MmD erleben bewusst, dass ihre geistigen Fähigkeiten nachlassen. Dieses Erleben geht zumeist mit einem wahren Gefühlskarussell wie z.B. Peinlichkeit, Wut, Misstrauen, Ohnmacht, Verzweiflung, Ungeduld und Angst einher. Als Reaktion hierauf entwickeln sie unterschiedlichste Bewältigungsstrategien, um mit der eigenen Veränderung umzugehen. Bewältigungsstrategien wie z.B. Leugnen, Relativieren, Ritualisieren, Isolieren, Fremdbeschuldigungen dienen dem Schutz ihrer Würde und der Aufrechterhaltung der Persönlichkeit.

Das Umfeld ist mit Fremdbeschuldigungen, sich nicht helfen lassen wollen, wahnhaften Ängsten, Verlust von Impulskontrolle und Steuerung des Gefühlslebens konfrontiert.

Es kann sich Niemandem anvertraut werden, denn die anderen dürfen ja nichts merken. Der Betroffene kann sich selbst nicht erklären, was mit ihm geschieht.

Das Verhalten von MmD ist als Ausdruck von Bedürfnissen zu sehen. Hinter jedem Verhalten steckt eine „Geschichte“ und hat bestimmte Auslöser. Hierbei gilt es den MmD größtmögliche Freiheit und Selbstbestimmung bei größtmöglicher Sicherheit zu ermöglichen.



Dabei sollten auch die Gefahren und Belastungen der Pflegenden ernstgenommen und berücksichtigt werden.

Die Bedrohung der Identität und „Selbstentfremdung“ ist mit existentiellen Ängsten verbunden. Der Verlust des Selbstwertgefühles ist allgegenwärtig und bestimmt das eigene Erleben. Zunehmende Reizbarkeit und Unruhe bis hin zum sozialen Rückzug und Depressivität als Reaktion auf die Veränderungen sind die Folge.

Depressive Verstimmungen in der Anfangsphase einer Demenz sind sehr häufig zu beobachten. Besonders bei älteren depressiven Patienten, können die subjektiven kognitiven Defizite, vorschnell zur Diagnose einer Demenz führen.

MmD zeigen eine deutlich stärkere Reaktion auf die Umwelt, eine intensivere Wahrnehmung von Gefühlen, eine verzerrte Wahrnehmung der Realität und Beziehungen.

Die Nähe-Distanz-Regulation ist gestört. Häufig ist eine Übertragung von eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen auf Unbeteiligte zu beobachten wobei Dritte in die eigene Konfliktdynamik eingebunden werden. Ein Reflektieren bzw. auch das Sich-Hineinversetzen beispielsweise in Einstellungen, Überzeugungssysteme und subjektive Bedeutungen ist erheblich eingeschränkt.

MmD scheinen bestimmte Erinnerungen plastischer zu erleben als die Realität selbst. Sie leben dann in einem „Grenzbereich“ zwischen den inneren Bildern und der Wirklichkeit, was den Eindruck von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen vermitteln kann.

Solche Symptomatiken werden teilweise dann auch unangemessen mit Neuroleptika behandelt. Anstatt beispielsweise Umgebungsbedingungen zu verändern, die zu Fehlwahrnehmungen und daraus resultierenden Ängsten führen.

...zum Verständnis

Bei MmD werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann diesem begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich. Denn trotz kognitiver Einbußen bleibt die emotionale Wahrnehmung erhalten.

Die Suche nach Halt und Sicherheit, die in der ersten Krankheitsphase meist zunimmt und sich insbesondere an vertraute und stützende Menschen richtet, ist oftmals von einer entgegengerichteten Tendenz begleitet. Es herrscht gleichzeitig ein Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit, um das verletzte Selbstwertgefühl zu stützen und zu erhalten. Der Kranke wünscht zwar einerseits Hilfe, aber zugleich befürchtet er, von anderen bevormundet zu werden und ein Stück Eigenständigkeit und Kontrolle über sein Leben zu verlieren. Diese Widersprüchlichkeit der Bedürfnisse kann zu einer großen Herausforderung in der Betreuung werden. Hilfe muss dann möglicherweise unauffällig gegeben werden, sodass sie dem Kranken gar nicht als Hilfeleistung erscheint.

Umso wichtiger sind eine gute Versorgung und psychosoziale Unterstützung. MmD benötigen neben Hilfen im Alltag auch liebevolle und stabile Beziehungen in einem toleranten Umfeld.

Die Gefühlswelt, Musik, Bewegung und die einfachen direkten Formen des Miteinander-Umgehens werden wichtige Zugangswege zu den Kranken. Die Stimme wird noch stärker



als ohnehin durch ihren Klang und die Art des Sprechens zum Kommunikationsmittel und Vermittler sozialer Nähe. MmD können in dieser Phase Schwingungen auf der Gefühlsebene in ihrem Umfeld oft besonders gut wahrnehmen. Da sie sich bei der Wahrnehmung ihrer sozialen Umgebung nur auf diese Ebene stützen können und viel weniger als Gesunde gleichzeitig mit Gedanken, Gesprächsinhalten und Vorstellungen beschäftigt sind, konzentrieren sie sich ganz auf das, was sie unmittelbar erleben, wahrnehmen und spüren. Sie nehmen ihre Umgebung stärker vom gefühlhaften Aspekt her wahr. Dadurch wirken sie teilweise auch dünnhäutiger und können empfindsamer auf Stimmungsschwankungen und Veränderungen der Atmosphäre in einer Begegnung oder in einer Gruppe reagieren. So reagieren sie unter Umständen auf die innere Anspannung eines Betreuenden, der unter Zeitdruck steht oder der mit seinen Gedanken nicht ganz bei der Sache ist, unmittelbar mit

Widerstand oder Rückzug. Demenzkranke sind so gesehen manchmal wie ein Spiegel für die eigene Befindlichkeit. Noch bevor man selbst merkt, dass man unruhig, angespannt oder belastet ist, kann es sein, dass der Kranke dies bereits deutlich in seinen Verhaltensreaktionen zeigt.

Leben ist Begegnung - Mit unseren Mitmenschen und nicht zuletzt, Begegnungen mit uns selbst. Wenn wir uns auf Begegnungen mit MmD einlassen, können wir viel über uns selbst lernen und durch unsere Beziehungen erfahren was es bedeutet Mensch zu sein.

Leben mit Demenz – Verhalten und Persönlichkeit der Betroffenen ändern sich oft dramatisch, entziehen sich zunehmend ihrer eigenen Kontrolle und können auf uns befremdlich und herausfordernd wirken.

Der Umgang mit ihnen verlangt von uns eine neue mitfühlende Sicht und Denkweise. Art und Ausmaß der demenzbedingten Verhaltensweisen sind weniger von der Schwere der Krankheit als von der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Erkrankten abhängig. In dieser Beziehung werden unser Wahrnehmen, Einfühlen und Verstehen gefördert und vertieft. Durch die Vermittlung von Wärme, Sicherheit und Geborgenheit können wir auf die Verhaltensweisen gleichsam lindernd und heilend einwirken.

Vor allem bei MmD mit herausfordernden Verhaltenssymptomen hat die individuelle, wertschätzende Beziehung und würdevolle Pflege ein mehr an Wohlbefinden zur Folge. So kann dem Entstehen schwieriger Verhaltensweisen und dem damit einhergehenden Leidensdruck präventiv entgegengewirkt werden. Dabei stehen die Förderung und Wahrung des Person-Seins im Vordergrund.

Nicht für jede Situation gibt es eine geeignete Intervention. Interventionen, die bei einem Erkrankten unter bestimmten Umständen einmal wirksam waren, sind bei einem anderen Menschen oder anderen Situation vielleicht fruchtlos.

Wichtig ist es für uns zu verstehen, dass wir die Verhaltenssymptome bei MmD durch unser Handeln nicht immer beeinflussen können oder auch sollen. Manchmal geht es nur darum ein Verhalten mit Geduld akzeptieren, verstehen und annehmen zu können. Einfach nur da zu sein.

Nicht jedes Verhalten muss „abgestellt“ werden, manchmal muss sich eben die Umgebung ändern. Verhalten ist wichtig und gut – auch das von MmD. Jedes Verhalten hat einen Sinn, auch das des MmD.

MmD benötigen eine Stabilisierung ihrer selbst. Sicherheit um nicht verloren zu gehen. Wir können dies vor allem durch unsere anerkennende Beziehung zu ihnen als Person durch



individuelle Bindung zu dem einzelnen Menschen und durch ihre Einbeziehung innerhalb der sozialen Gruppe erreichen.

Die Qualität unserer Beziehung wird zum entscheidenden Faktor im Leben der demenzerkrankten Menschen. Die mitfühlende Beziehung ist der Schlüssel zu einem wahrhaftigen Miteinander. Erst wenn wir dies verstanden haben, können wir den MmD auch wirklich begegnen, und über alle durch die Demenz verursachten Hindernisse hinweg zu einem Leben in Würde verhelfen.

MmD brauchen besonders viel Anerkennung und Ermutigung. Denn selbst wenn sie aufgrund der zunehmenden geistigen Beeinträchtigungen ihre eigenen Defizite nicht mehr in vollem Umfang erkennen, so nehmen sie doch im Hier und Jetzt diese Einschränkungen ihrer Fähigkeiten wahr. Gerade und ganz besonders solcher, auf die sie früher stolz waren.

Wenn Pflegende im Stande sind, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten können, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Unsere erste Aufgabe dabei ist, den persönlichen Ausgangspunkt (→ Eigene Annahmen über MmD) zu reflektieren. Zweitens, die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wahrzunehmen, um ihnen diese durch eine person-zentrierte Pflege im dritten Schritt erfahrbar zu machen.

Grundlage für eine person-zentrierte Pflege und Betreuung ist die Abkehr von einer funktionellen Verrichtungs- oder funktionsbezogenen Pflege. Eine person-zentrierte Haltung ist wiederum geprägt von Kongruenz, Akzeptanz und Empathie.

Kongruenz - Übereinstimmung mit sich selbst, echt und ohne Fassade sein, Gefühle und Einstellungen offen leben. Wenn man diese Echtheit in einer Beziehung durchscheinen lässt, wird daraus eine bedeutsame Begegnung, in der beide etwas dazu lernen und sich weiterentwickeln.

Akzeptanz - Emotionales Engagement. Der MmD wird in seinem Verhalten und Erleben als eigenständige Person geachtet und nicht bewertet, wird ohne Vorurteile und Wertung angenommen.

Empathie - Einfühlerndes nicht-wertendes Verstehen. Wenn ein Therapeut die innere Welt des MmD mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so verspürt, als wären sie die eigenen, aber weiß, dass es nicht seine eigenen sind. Volle Zuwendung zu einem anderen Menschen.

....zum gemeinsamen Handeln

Das Pflege -und Betreuungsteam ist herausgefordert aus den nicht-kognitiven Verhaltenssymptomen wie Unruhe, Agitiertheit, Verweigerung, Schreien, Rufen,

Distanzlosigkeit, Wahnhaftes Erleben, Apathie und Aggression die Ursachen und Auslöser zu erkennen. 80% aller demenziellen Verhaltensweisen ist eine Reaktion auf die Umwelt. Die Umwelt können wir gemeinsam verändern.



Neben Medikamenten gibt es nicht-medikamentöse Behandlungen, die zum Ziel haben, den Verlust der geistigen Fähigkeiten zu verzögern, die Selbstständigkeit im Alltag so lange wie möglich zu erhalten und das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu erhöhen.

Nicht-medikamentöse Therapien sind Übungs- und lernbasierte Verfahren zur Aktivierung und Aufrechterhaltung von alltagsrelevanten Verhaltensmustern und Fertigkeiten. Ziel ist die Kompensierung krankheitsbedingter Einschränkungen sowie die Verbesserung der Lebensqualität.

Dabei wird die erhaltene aktivitätsgetriebene Neuroplastizität stimuliert.

Neuroplastizität ist die Fähigkeit des Gehirns sich selbst zu ändern. Unter neuronaler Plastizität versteht man die Eigenart von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen. Zur Optimierung laufender Prozesse verändern sich nutzungsabhängig ihre Anatomie und Funktion. Das funktioniert auch bei MmD. Die Hirnforschung geht davon aus, dass dies uns Menschen vor allem dann gelingt, wenn wir uns Selbstwirksam fühlen und wenig Stress empfinden.

Diese nicht-medikamentösen Therapien sind für alle Demenzerkrankungen geeignet. Dabei zeigt sich eine positive Wirkung auf Kognition und Verhalten. Im Verhältnis zur Pharmakotherapie zeigen sich die nicht-medikamentösen Maßnahmen gleich wirksam mit Antidementiva.

Beide Therapiestrategien sollten in leichten und mittelschweren Stadien eingesetzt werden.

Zu den nicht-medikamentösen Behandlungen gehören beispielsweise Gedächtnis- oder Orientierungsübungen, Kunst-, Aroma- und Musiktherapie sowie der Einsatz von Tieren. Auch die Angehörigen und der Austausch im Team zählen dazu.

Welche Behandlung im Einzelfall am ehesten geeignet ist, hängt von den individuellen Bedürfnissen des MmD ab, der Krankheitsphase, den Symptomen und dem sozialen Umfeld.

Therapeut, Pflege, Arzt, Patient und Bezugspersonen sollten nach Möglichkeit gemeinsam abwägen, welches Angebot in Frage kommt.

Eine geeignete Möglichkeit der Reflektion pflegerischen Handelns ist die interdisziplinäre Fallbesprechung auf Grundlage einer Verstehenshypothese. Um den Unterstützungsbedarf im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen in einem Fallgespräch zusammengeführt und eine gemeinsame Verstehenshypothese gebildet. Verhalten gemeinsam verstehen und gemeinsam handeln.

Grundlegend sollten unsere Interventionen bei MmD...

- 1) ...Alltags- und Lebensweltorientierung vermitteln
 - 2) ...die Wahrnehmung fördern
 - 3) ...Wertschätzung und Zuwendung geben
- ✓ sensorische Defizite ausgleichen
 - ✓ körperliche und psychische Bedürfnisse wahrnehmen
 - ✓ Schmerzen eruieren
 - ✓ kognitive Symptome *und* die nicht-kognitive (psychische-) Verhaltenssymptome erfassen
 - ✓ Ablenkung durch positive Anreize schaffen
 - ✓ selbst die Ruhe bewahren und ausstrahlen
 - ✓ Vertrauenspersonen schaffen
 - ✓ Wahn ernst nehmen jedoch nicht bestärken
 - ✓ Ortswechsel anbieten
 - ✓ Reizüberflutung meiden
 - ✓ Identität geben
 - ✓ Selbstwirksamkeit geben
 - ✓ Einbeziehen in die Gesellschaft, festen Platz geben
 - ✓ Nähe, Trost, Sicherheit vermitteln
 - ✓ Orientierung geben
 - ✓ Wertschätzung und Zuwendung



Verhalten verstehen hilft mit Verhalten umzugehen und zielgerichtete Maßnahmen einzuleiten.

Nicht-medikamentöse Interventionen bzw. psycho-soziale Interventionen werden zunehmend in hochwertigen Studien bei MmD untersucht. Aufgrund bisheriger Evidenzen können Empfehlungen meist nur auf einem niedrigen Niveau ausgesprochen werden.

Die S3-Leitlinie Demenz ist eine evidenz- und konsensusbasierten Leitlinie in derer Aussagen zu Prävention, Diagnostik und Therapie von MmD sowie zur leichten kognitiven Störung aufgeführt sind.

Als „Kann-Empfehlung“ listet die S3-Leitlinie der DGPPN und DGN bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz den Einsatz von Realitätsorientierung, Reminiszenzverfahren, kognitiver Stimulation, ergotherapeutische Maßnahmen unter Einbeziehung der Bezugspersonen sowie körperliche Aktivierung und Musiktherapie.

Als „Sollte-Empfehlung“ wird die Einbindung des pflegenden Angehörigen im Sinne eines strukturierten Angehörigenverfahrens empfohlen.

Ziel ist es, den mit der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung zu bieten. Die Leitlinie dient auch zur Information von Erkrankten und ihren Angehörigen.

....zur Evaluation

Evaluation durch Beobachtung und Austausch der beziehungsfördernden Pflege. Die Ergebnisse unserer gemeinsamen Interventionen werden systematisch im Team evaluiert. Unsere Beobachtungen und Wahrnehmungen werden zusammengetragen und ausgetauscht. Interventionen werden ggf. den Veränderungen angepasst und nachvollziehbar dokumentiert. Evaluation gelingt nur dann, wenn man in Beziehung tritt.

Eine Dokumentation ist hierbei erforderlich und dient als Informationssammlung für Fallbesprechungen.

Dabei orientieren sich die Angebote an die Alltags- und Lebensweltorientierung, der Wahrnehmungsförderung sowie der Wertschätzung und Zuwendung, sodass sich MmD gehört, verstanden und angenommen fühlt.

Mögliche Fragen für eine kriteriengeleitete Evaluation von beziehungsgestaltenden psycho-sozialen Interventionen:

- Wie wirkt der MmD auf mich?
- Wie äußert er sich verbal?
- Wie ist seine nonverbale Körpersprache?
- Geht der MmD auf Andere zu?
- Beteiligt er sich an Gesprächen / an Gruppengeschehen?
- Wendet er sich ab?
- Zieht er sich zurück?
- Werden Angehörige mit einbezogen?
- Sind die Aktivitäten angepasst?
- Hat der MmD Freude an Bildern?
- Zieht er sich in seine Welt zurück?
- Wirkt er entspannt?
- Kann er die Situation genießen?
- Vermeidet er Augenkontakt?
- Ist er unruhig?

Das “WIE” wird wichtiger als das “WAS”.

Gemeinsam
Verstehenshypothesen
bilden und handeln

Den persönlichen
Ausgangspunkt reflektieren

Unsere Interventionen
zielen darauf ab, dass
sich der Mensch mit
Demenz verstanden,
gehört und
angenommen fühlt.

Was ist meine Eigene
Annahme über
Menschen mit Demenz
(Haltung, Wissen,
Akzeptanz – Kongruenz
– Empathie)?
Wie geht es mir selbst
gerade?

Verhalten verstehen
hilft mit Verhalten
umzugehen und
zielgerichtete
Interventionen zu
finden.

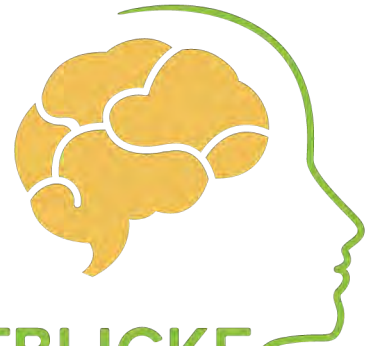
Hintergrundfaktoren
(Risiken)

Neurologischer Status,
Gesundheitsstatus,
Demographische Variablen,
Psychosoziale Variablen
Nahe Faktoren (Auslöser)
Psychologische Bedürfnisse,
Psychosoziale Bedürfnisse,
Physikalische Umgebung, soziale
Umgebung

Was ist konkret zu
beobachten? - Welches
Verhalten? Wann tritt
es auf? Seit wann tritt
es auf? Wo tritt es auf?
Wie häufig tritt es auf?
Bei wem tritt es auf? Ist
das Verhalten ein
„Problem“?
-Für wen?

Erklärungsansätze für
Verhalten „Suchen“

Verhalten erkennen und
(objektiv, wertfrei)
beschreiben



LICHTBLICKE
DEMENZSTRATEGIE



11.06.2020

HERAUSFORDERUNGEN DER GERONTOPSYCHIATRISCHEN PFLEGE

*„Systemsprenger“ oder eher gerontopsychiatrischer Klient
mit individuellen und komplexen Hilfebedarf?*

Demografischer Wandel, Zunahme der Zahl von Menschen mit Demenz; der alte Mensch im Krankenhaus als „Störfall“, Pflegeheim als Schattenpsychiatrie! – diese Schlagworte begegnen uns im öffentlichen und beruflichen Kontext.

Für Begleitpersonen von gerontopsychiatrisch erkrankten Klientel stellt das veränderte Verhalten eine große Herausforderung wie auch psychische Belastung dar. Der Umgang damit fällt uns schwer und lässt uns manchmal fast hilf- oder ratlos in der Situation zurück. Übrig bleiben – auf keinen Fall gewollt – nicht selten Frust oder Aggression auf beiden Seiten.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) definiert die Gerontopsychiatrie als einen eigenständigen Teilbereich der Psychiatrie, wobei sie jedoch nicht als eine einfache Extrapolation der „Erwachsenen“-Psychiatrie aufzufassen sei, sondern vielmehr unter Bezug auf die Ergebnisse der Forschung der Gerontologie und der Geriatrie ihre eigene präventive, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Strategien entwickelt.

Gerontopsychiatrie beschäftigt sich mit älteren Menschen und ihren psychischen Erkrankungen, d. h. mit Menschen jenseits des 60. Lebensjahres. Manchmal wird die Grenze auch schon beim 55. Lebensjahr gezogen. Die Gerontopsychiatrie befasst sich insbesondere mit psychischen Erkrankungen, die typischerweise erst in dieser späten Lebensphase auftreten, wie Demenzen. Die Gerontopsychiatrie kann auch als ein Teilbereich der Altersmedizin, der Geriatrie oder weitergehend der Gerontologie verstanden werden. Beziehungen hat die Gerontopsychiatrie unter anderem zur Gerontologie, zur Geriatrie und zur Neurologie.

Der gerontopsychiatrische Klient ist biologisch älter und zumeist Multimorbid erkrankt, die Fähigkeiten dieser Klientel rücken in den Fokus – ein lineares Denken in den Hintergrund. Hieraus besteht ein besonderer Handlungsbedarf im rehabilitativen, – psychiatrischen und psychosozialen Bereich.

Aktuell leben 1,7 Mio. Menschen mit Demenz (MmD) in Deutschland. Rund ein Drittel aller MmD in Deutschland wird in Pflegeheimen versorgt. Die meisten von ihnen sind im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung.



70% der Heimbewohner sind demenziell erkrankt oder zeigen deutliche kognitive Defizite.

6% aller der über 65-jährigen Patienten eines Allgemeinkrankenhauses sowie 11 -95% aller Heimbewohner zeigen nicht-kognitive oder auch als „Herausfordernde Verhaltensweisen“ genannt wie Apathie, Verweigerung, Angst, Ängstlichkeit, Rufen, Schreien, Unruhe Agitiertheit, Aggressivität, Distanzlosigkeit und Wahn.

82% aller Menschen mit Demenz zeigen im Verlauf mindestens eines dieser Verhaltensweisen.

Wenn ein Mensch kürzlich Erlebtes schnell vergisst und sich selbst bei einfachen Tätigkeiten kaum konzentrieren kann, muss nicht immer eine Demenz schuld sein. Es gibt Krankheiten, die ähnliche Symptome auslösen, aber ganz andere Ursachen haben. Dazu zählen Depression und Delir. Bis zu 50 % der MmD leiden insbesondere in der ersten Phase der demenziellen Entwicklung gleichzeitig auch an depressiven Symptomen.

Sucht im Alter. Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass eine Alkoholerkrankung im Alter nur ein sehr randständiges Problem darstellt, da die betroffenen Menschen entweder bereits an den Folgen der Sucht verstorben sind oder im Alter abstinent leben. Beide Annahmen haben sich als nicht richtig herausgestellt. Unstrittig ist, dass ältere und alte Menschen aufgrund der Zunahme an Erkrankungen und Beschwerden mehr Medikamente einnehmen als jüngere Menschen. Psychopharmaka, vor allem Benzodiazepine und Z-Substanzen, die beruhigend, angstlösend und schlafanstoßend wirken, sind für ältere und alte Menschen nur eingeschränkt empfehlenswert. Besonders die Praxis der Langzeitverschreibungen dieser Substanzen wird heute kritisch hinterfragt. Die Pflegeeinrichtungen sind überfordert mit der Pflege suchtmittelabhängiger Menschen und nur wenige Einrichtungen haben sich diesem Problem offen gestellt. Dem Verleugern einer Abhängigkeit auf Seiten der Betroffenen steht oftmals auch eine Verleugnung des Problems auf Seiten der Betreuenden gegenüber (<http://www.alter-sucht-pflege.de/>)



Im Alter werden psychische Erkrankungen oft von körperlichen Gebrechen begleitet. Ebenso können altersbedingte Einschränkungen auch zu psychischen Veränderungen führen. Beiden Phänomenen mit guter Pflege und Beziehungsarbeit zu begegnen, bedeutet für die Pflegenden: die Bedürfnisse des alten Menschen zu erkennen, subjektive und objektive Hinweiszeichen zu verstehen und in der individuellen Beziehung gezielt unterstützend zu handeln.



Schmerzen im Alter und bei MmD. 50 % aller Pflegeheimbewohner haben Schmerzen, dabei erhalten 20 % keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Dies gilt besonders für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. (Schreier, Stering, Pitzer, Iglseider, Osterbrink (Salzburg 2015); Schulze, Freitag, Glaeske, Schiemann, Hoffmann (Bremen, 2015); Lukas, Mayer, Onder, Bernabei, Denkinger (Bonn/Ulm, 2015))

Pflege richtet sich immer am kranken Menschen – niemals an der Erkrankung aus. Auch bei psychischen Erkrankungen im Alter stellt sich die Frage nach dem Normalitätsbegriff. Psychisch normal ist, wer mit sich und seiner soziokulturellen Umgebung in Harmonie lebt. Durch Normen wird in unserer Gesellschaft festgelegt, was im Alter als psychisch gesund, abnorm oder krank verstanden wird.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion.

Im Vordergrund gerontopsychiatrischer Pflege steht das Bewusstsein einer Selbst- und Fremdwahrnehmung, das Verständnis der Handlungslogiken der psychisch Alterskranken und die Entwicklung von Empathievermögen. Um psychisch Alterskranke in ihrer Lebenswirklichkeit zu verstehen, ist es zunächst einmal wichtig, an der eigenen Haltung gegenüber psychisch kranken alten Menschen zu arbeiten.

Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände, Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen um im ersten Schritt den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über MmD) reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD im dritten Schritt erfahrbar gemacht. Wenn das Team befähigt ist, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten kann, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht nicht mehr die Planung, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung, welche eine geeignete Möglichkeit der Reflektion des pflegerischen Handelns darstellt.

Um den Unterstützungsbedarf bei MmD im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen anhand eines bedürfnisorientierten Verhaltensmodells zusammengeführt:

- Wie erlebe ich mich selbst als Person in dieser Beziehung. Welche Rolle fühle ich / möchte ich?
- Wie erlebt die Person sich selbst und ihre Umwelt?
- Welches Denken, Fühlen und Erleben erklärt den subjektiven Sinn von Verhaltensweisen?
- Was ist deren Funktion?
- Auf welche Themen ist das Verhalten eine Antwort?

Verhalten ist wichtig und gut – auch das von Menschen mit Demenz. Jedes Verhalten hat einen Sinn, auch das des Menschen mit Demenz.

Herausforderndes Verhalten kann aber verstanden werden und bietet das Potential für Interaktion und Kommunikation. Wird dieses Potential genutzt, verändert sich das Miteinander und führt sowohl beim betroffenen Menschen, als auch beim Begleitenden zu einem erlebbaren Mehr an Wohlbefinden.

Nicht jedes Verhalten muss „abgestellt“ werden, manchmal muss sich die Umgebung ändern. 80% aller Herausfordernden Verhaltensweisen bei MmD sind eine Reaktion auf die Umwelt. (Dr. Jan Wojnar, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, 17.05.2000). Die Umgebung kann jedoch verändert werden, die Krankheit nicht.



Plötzlich veränderte Lebensumstände, der Einzug in ein Pflegeheim oder die Einweisung in ein Krankenhaus können bei alten Menschen zu Verwirrheitszuständen führen. In dieser Situation ist es oft schwer, zwischen normalen Alterserscheinungen und pathologischen Entwicklungen wie Demenz, Depression oder Delir zu unterscheiden.

Für den Behandlungsverlauf kann diese Abgrenzung aber entscheidend sein.

Während bei der Alzheimer Demenz eine wirkungsvolle medikamentöse Therapie noch nicht in Sicht ist, lassen sich Depressionen gut behandeln, das Delir durch Prävention häufig vermeiden.

Für Pflege, Beratung und Betreuung ist es jedoch enorm wichtig, die Grundlagen der Erkrankungen und die Symptome zu kennen und dem Verhalten zuordnen zu können. Dies allein nimmt häufig die Spannung aus Konfliktsituationen bzw. lässt die gar nicht erst entstehen.

Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit im Rahmen einer meist schweren Depression mit nachlassen von Konzentration, Gedächtnis, Interesse und sozialem Rückzug gibt Anlass zur Verwechslung einer Demenz. Besonders bei älteren depressiven Patienten, können die subjektiven kognitiven Defizite, vorschnell zur Diagnose einer Demenz führen. Depressive Verstimmungen in der Anfangsphase einer Demenz sind sehr häufig zu beobachten und treten bei 50 % aller Pflegeheimbewohner auf.

	Delir	Demenz	Depression
Beginn	Plötzlich	Schleichend	Meist langsam
Tagesschwankungen	Stark, luzide Intervalle; nachts schlechter	Kaum	Oft abends besser
Bewusstsein	Gestört	Klar	Klar
Kognition	Desorientiert	Global gestört	Meist ungestört
Psychomotorik	Gesteigert oder / und reduziert	Meist nicht verändert	Eher reduziert
Schlaf-Wach-Rhythmus	Gestört bis zur Inversion	Fragmentierter Schlaf	Einschlafstörung / Früherwachen
Affektivität	Angst, Schreckhaftigkeit	Eher depressiv, Affektinkontinenz	Depressiv
Körperliche Symptome	Tachykardie, Schwitzen, Tremor	Meist keine	Meist keine

Bereits bei Erstdiagnose sollte bei jedem Patienten eine Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbuße erfolgen. Neben den kognitiven Symptomen sollten auch die nicht-kognitiven (psychischen-) Verhaltenssymptome während der Verlaufsbeobachtung erfasst werden. Dies setzt voraus, dass im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie die Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung nur mit guten allgemeinmedizinischen sowie psychiatrischen Kenntnissen im Kontext und interdisziplinären Team erfolgreich zu betreiben ist.

Bei 8 -15 % zunächst als Demenzen klassifizierten Patienten wird im Verlauf eine depressive Störung diagnostiziert (Alexopoulos et al. 1993, Marsden et al. 1972, Ron et al. 1978).

In bis zu 80 % der Fälle wird ein Delir durch den einweisenden Arzt übersehen. (Han JH, Zimmerman EE, Cutler N et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med 2009; 16: 193–200)

Bei schwer dementen Patienten werden Verhaltensauffälligkeiten häufig als Symptome der Demenz und nicht eines Delirs gedeutet. (Fick DM, Steis MR, Waller JL et al. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. J Hosp Med 2013; 8: 500–505)

Pflegende wie Betreuende haben in der Gerontopsychiatrie die Aufgabe, sich vor allem um subjektive Eindrücke zu bemühen, die sie durch Beobachtung eines psychisch Alterskranken gewinnt, das kann z.B. eine niedergeschlagene



Stimmungslage oder eine objektive starke körperliche Unruhe sein. Gerade in dieser Disziplin zeigen sich Pflegende wie Betreuende eher geeignet ein Delir zu erkennen als ärztliches Personal. (Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RO et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open 2013, Jan 7; 3 (1); DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001772)

Gerontopsychiater stützen sich vor allem auf objektiv erhobene Daten und Untersuchungsergebnisse. Ein multidisziplinäres Team betreut die Patienten nach einem integrierten Konzept; d.h. alle an der Pflege und Behandlung Beteiligten richten ihre Sichtweise auf ein gemeinsames Menschenbild aus. Das Eingehen auf psychosoziale Anteile am gerontopsychiatrischen Krankheitserleben kann aber nur gelingen, wenn der kranke Mensch in seinen bio-psycho-sozialen Dimensionen von pflegerischer und medizinischer Seite angenommen wird. Zur Umsetzung eines solchen Konzeptes ist es notwendig, dass Altenpflegerinnen und Ärzte im Team interdisziplinär kooperieren. Zu gemeinsamen Aktivitäten gehören: gemeinsame Pflegevisiten, Visiten, Fallbesprechungen, Erörterungen zu therapeutisch/rehabilitativen Beratungsprozessen in Bezug auf Patienten und Angehörige.

Pflegeorganisationen müssen in Zukunft mehr als bisher für die Schaffung gesundheitsförderlicher Bedingungen von immer älteren und gerontopsychiatrisch auffälligeren Klientel Sorge tragen. Parallel zum Anstieg dieser Komplexität nimmt die Anzahl psychischer Belastungsstörungen von Pflegefachkräften zu. Da das Gesundheitssystem Defizite hat, braucht es neben einer beziehungsgestaltenden gerontopsychiatrischen Versorgung auch eine angemessene pädagogische Führungsmentalität, um Pflegende zu befähigen, sich ihrer eigenen Fachlichkeit anzunehmen.

Die wichtigste Grundlage für eine erfolgreiche gerontopsychiatrische Pflege ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus pflegerischem, medizinischem und therapeutischem Fachpersonal, das mit den Angehörigen und den Betroffenen selbst, gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreicht. Für die Einschätzung des individuellen Beziehungsbedarfes braucht es neben der Empathie die eigene Gefühlswahrnehmung und Bewusstwerdung seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit allen an der Beziehungsgestaltung beteiligten Personen im Austausch zu bleiben.

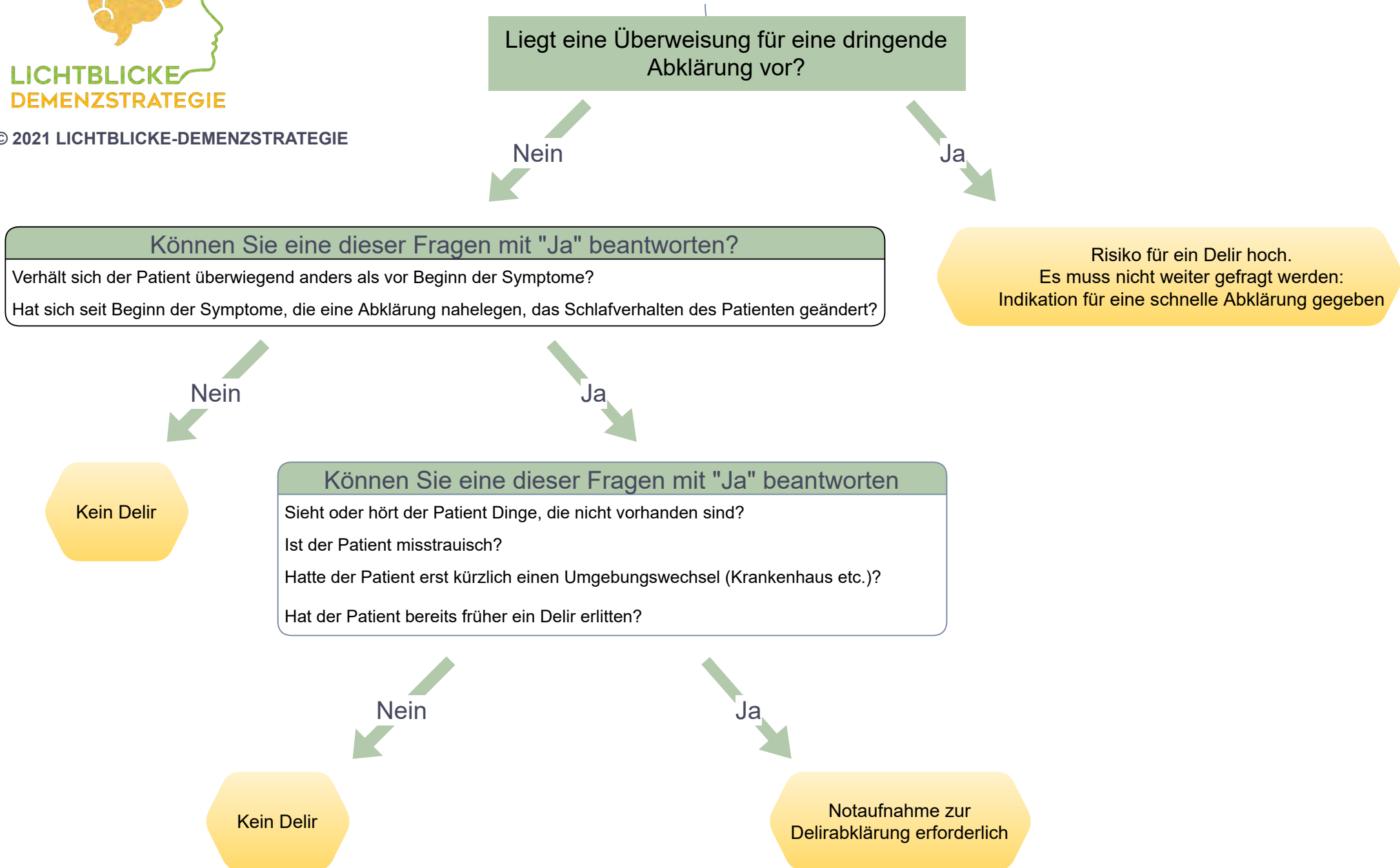
Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt und Verstehenshypothesen gebildet die den subjektiven Sinn von demenziellen Verhaltensweisen erklären.

Ein interdisziplinäre Verstehenshypothese ist ein adäquates Mittel. Dazu müssen sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird und Veränderungen umgehend nachvollziehbar mitgeteilt werden.

Kollegiale Fallgespräche und Beratungen sind wesentliches Merkmal von Professionalisierung, die eigene Arbeit zu reflektieren und die eigene Qualität durch kollegialen Rat weiterzuentwickeln. Derartige ziel- und lösungsfokussierte Fallberatungen sind in vielen Sozialberufen längst Alltag geworden und spiegeln ein Selbstverständnis von Ihrer Arbeit wider. Trauen wir uns doch, diese Kultur der Selbstpflege auch in Pflegeberufe zu integrieren.

Autor: Tobias Münzenhofer

Erschienen in: Pflege in Bayern – Ausgabe 55 – 03.2020

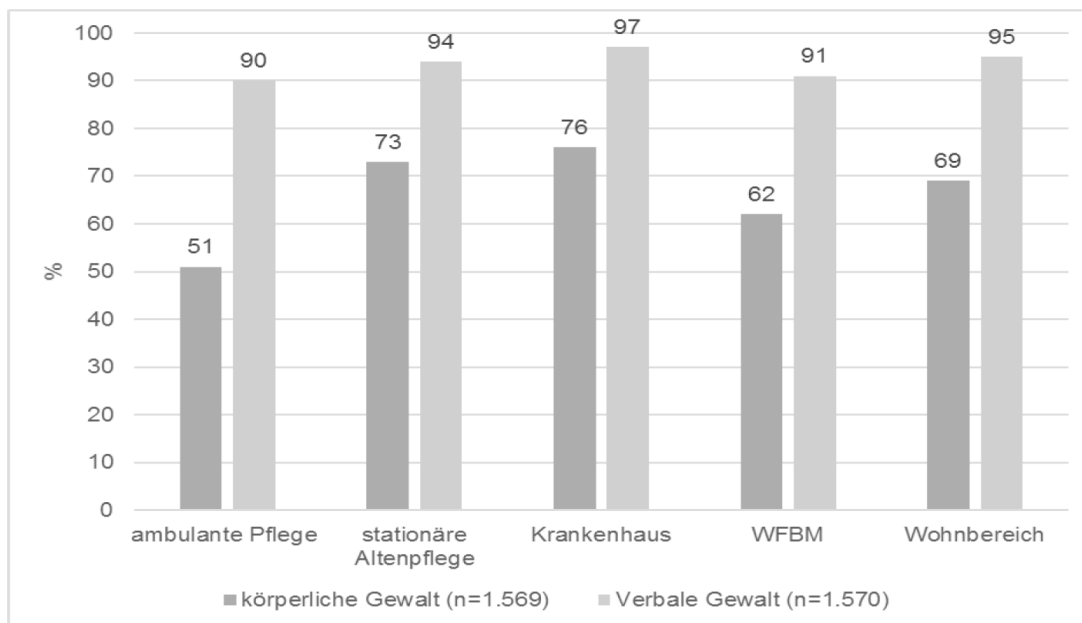


01.06.2020

SPIRALE DER GEWALT IN PFLEGEBEZIEHUNGEN

„Gewalt beginnt bereits dort, wo persönliche Grenzen un-bewusst überschritten werden?“

Gewalt in der Pflege, eines der letzten Tabus in unserem professionellen Tun? Dabei reden wir so viel darüber... und das Tabu ist dabei nicht das Thema an sich, sondern wie wir darüber reden. In der Regel so, als ob es die anderen betrifft, nicht aber mich selbst.



BGW 2018, Häufigkeit von körperlicher und verbaler Gewalt unterschieden nach Branche bei Beschäftigten, die in den letzten zwölf Monaten Gewalt erlebt haben.

Pflegekräfte wie Betreuungskräfte werden in der Gewaltspirale oft selbst Opfer von Gewalthandlungen. Dies trifft schon lange nicht nur noch die Einrichtungen der Psychiatrie.

Aufgrund der besonderen Lebenssituation, welche eine Pflege notwendig macht, beispielsweise bedingt durch eine somatische wie psychiatrische Krankheit, einen Unfall oder übermäßigen Einfluss von Alkohol, Medikamenten und Drogen, kann es zu gewaltvollen Konfliktsituationen kommen. Die Ursachen dafür können Ängste, das Gefühl der Unsicherheit und Hilflosigkeit aber auch Wahrnehmungsstörungen und der Verlust von Hemmungen sein.

Aggression richtet sich häufig gegen Mitarbeiter des pflege-therapeutischen Teams aber auch Mitklienten, Angehörige und Besucher können betroffen sein. Professionell und lösungsorientiert solche Situationen zu schlichten und zu beruhigen, gelingt nicht allein durch ein empathisches Wesen, wenn man selbst Teil dieses emotionalen Konflikts ist.

Ebenen, Strukturen und Formen der Gewalt in Pflegebeziehungen

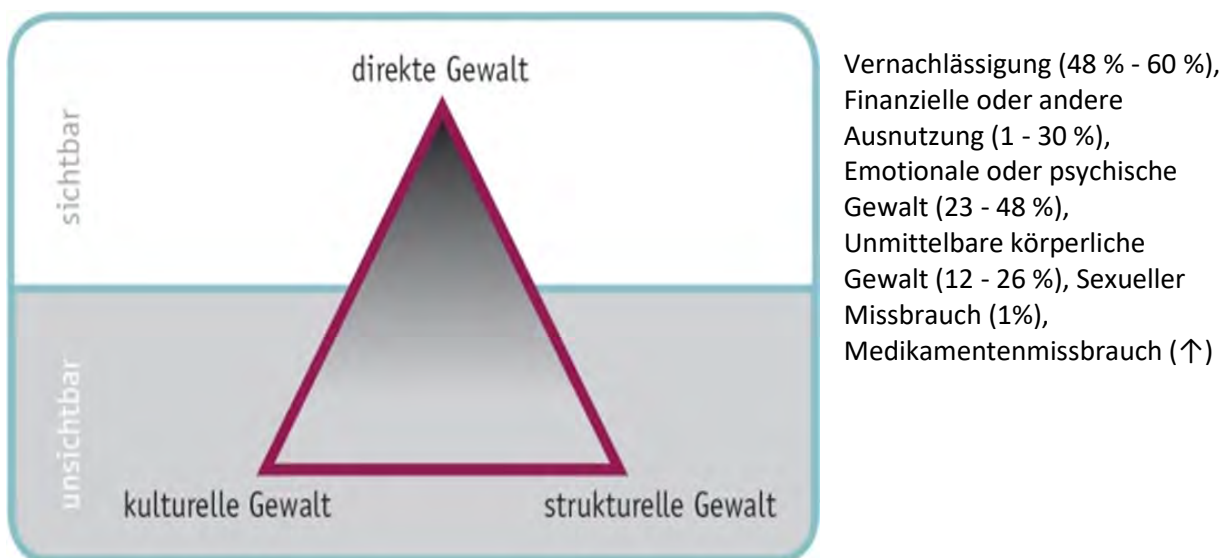
Der wesentliche Unterschied zwischen Aggression und Gewalt besteht darin, dass eine Gewalthandlung gegenüber einer Aggression oft berechnend und kalt ausgeübt wird, während Aggressionen die Folge „heißer emotionaler Erregungen“ sind.

Richten sich Aggressionen ungehemmt und massiv gegen Menschen und Sachen, um ihnen bewusst Schmerz bzw. Schaden zuzufügen, dann spricht man von Gewalt.

Was Gewalt ist, hängt von unserem subjektiven Empfinden ab und kann von einzelnen Personen sowie im Team ganz unterschiedlich wahrgenommen werden. Gesellschaftliche und kulturelle Normen spielen dabei eine große Rolle. Gewalt hat viele unterschiedliche Gesichter.

Gesellschaftliche Normen → sozial, → kulturell, → historisch und das Empfinden persönlicher Grenzüberschreitungen spielen eine wichtige Rolle bei der Beurteilung dessen, was als Gewalt empfunden wird.

Gewalt kann in Pflegebeziehungen auf unterschiedlichen Ebenen und Formen auftreten und ist nicht immer sichtbar.



Gewalt in der Pflege ist meist das Ergebnis einer Interaktion der Beteiligten unter Mitwirkung unterschiedlicher Faktoren. Eine Person kann gleichzeitig Opfer und Täter sein. Es kommt zur Gewaltspirale, und beide sind Opfer und Täter!

Beispiel: Frau Vogel erwartet von ihrem Pfleger, dass dieser das Frühstück pünktlich um 8:15 Uhr ins Zimmer bringt und schlägt zu, wenn dieses nicht Ihren Vorstellungen entspricht; Pfleger, total überfordert, <bestraft> sie, bringt kein Frühstück usw... Das Leiden der Opfer – und Täter – findet in aller Stille statt.

Anhand aller bisherigen Gewalterfahrungen zeigt sich, dass Gewalt sowohl durch die Strukturen von Einrichtungen als auch von Personal zu Situationen und Handlungen kommen kann, die Klienten als gewaltvoll empfinden.

Strukturelle Gewalt geschieht überall dort, wo keine Person an dem, was letztlich als gewaltvoll empfunden wird, direkt beteiligt ist.

Beispiel: Schlechte Arbeitsorganisation, Starre Vorgaben in den Arbeitsabläufen, Personalmangel, Personal Fehlplanung,

Hingegen bedeutet *Personale Gewalt* ein durch mehr oder weniger direkte (Gewalt-) Einwirkung von Personal gegen eine andere Person.

Beispiel: indem ein Klient schneller gehen soll, als ihm das schmerz- und angstfrei möglich ist; indem Klienten beschimpft werden, indem mit ihnen gesprochen wird wie mit Kindern, indem ihnen etwas vorenthalten wird, das ihnen Freude macht, usw...

Nährboden und Auslöser für Gewalt und Aggression in Pflegeinstitutionen

Sowohl beim Personal wie auch beim Klienten gibt es Ursachen die Gewalt begünstigen und Auslöser die das Fass zum Überlaufen bringen.

Schwelende und belastende Teamkonflikte, hohe Verantwortung, mangelnde Wertschätzung und Qualifikation dient beim Personal als Nährboden von Gewalt. Wenn dann mehrere Anforderungen, gleichzeitig zu erfüllen sind, Überschreitet dies die eigene Belastungsgrenze → das Fass kommt zum Überlaufen.

Krankheitsbedingte Veränderungen im Gehirn, Kontrollverlust über Gefühle, fehlende Selbstbestimmung und das Fehlen von Bezugspersonen dient beim Klienten als Nährboden von Gewalt.

Vorenthalten oder aber Aufdrängen von Speisen und Getränken, Respektlose Sprache, Reden »über dem Kopf des Klienten«, sitzen lassen oder mobilisieren gegen den Willen des Klienten oder grenzüberschreitendes Eindringen in die Intimsphäre bringen das Fass beim Klienten oft auch raptusartig zum Überlaufen.

Drohgebärden bis schwere Gewalt steht bei psychisch Erkrankten, fast ausschließlich in Zusammenhang einer subjektiv erlebten Bedrohung. Meist zeigen sich Aggression als Reaktion auf folgende Gefühle:

→ Aggression ist meist ein Mitteilungsversuch von unerfüllten Bedürfnissen.

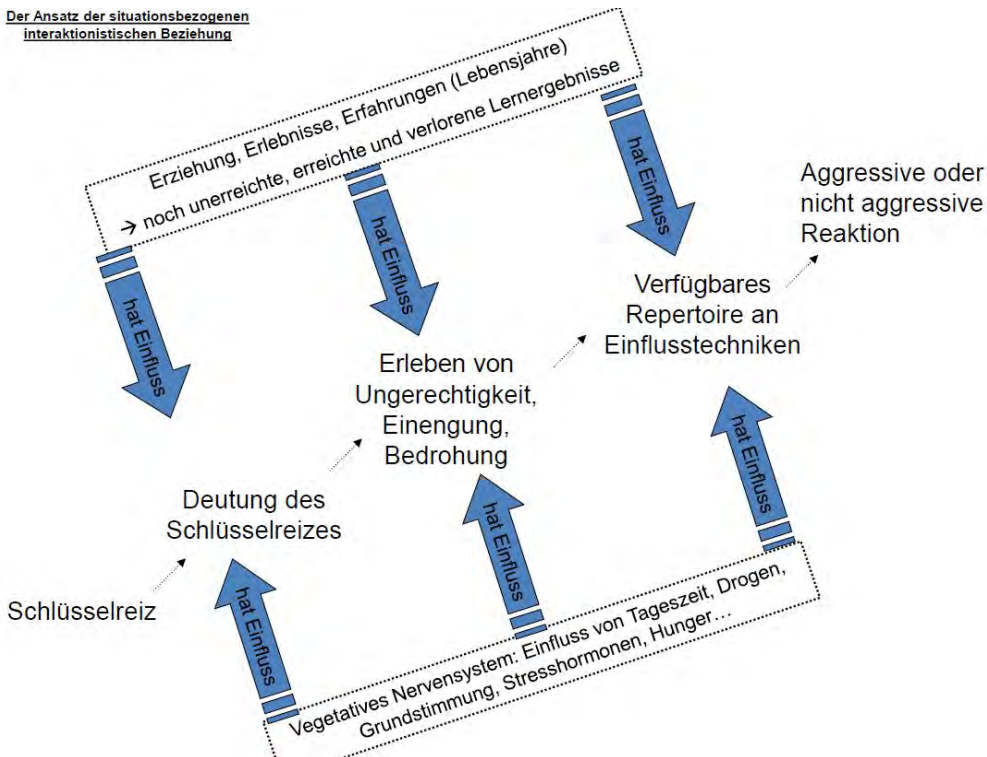
Wie geht das Personal am besten mit der Gewalt um, wie das Team?

Wenn ein Teammitglied als etwas gewaltvoll empfindet, ist es auch Gewalt und vom gesamten Team ernstzunehmend. Wichtig ist, dass sich ein Team auf einen gemeinsamen Nenner zum Thema Gewalt einigen kann und dabei fortlaufend unterstützt wird. „*Was bedeutet für uns Gewalt und wie wollen wir gemeinsam damit umgehen? Wie unterstützen wir uns und was trage ich persönlich dazu bei?*“

Das gesamte Team hat mit Unterstützung der Leitungskräfte die Verantwortung gewaltauslösende Faktoren in ihrem eigenen Umfeld regelmäßig zu eruieren und zu diskutieren.

- Was kann ich an mir persönlich verändern?
- Kann ich meine eigenen Verhaltensweisen gegenüber Klienten verändern?
- Kann man räumlich-organisatorische Veränderungen schaffen?
- Was steht diesen Veränderungen entgegen?

Der Ansatz der situationsbezogenen interaktionistischen Beziehung



Der Ansatz der situationsbezogenen interaktionistischen

Beziehung zeigt welche Einflüsse auf einen Schlüsselreiz wirken können, um daraus aggressive oder nicht-aggressive Reaktionen hervorrufen zu können.

Wir wissen, dass auch bei uns nicht jeder Tag gleich ist und auch unsere Zündschnur unterschiedlich lang sein kann.

Das Wissen und Bewusstmachen der eigenen Bedürfnisse wie Durchsetzungsvermögen ist bei der Deeskalation ist gleichermaßen wichtig wie der Eigene Wille zur Deeskalation und Berücksichtigung der Klientenbedürfnisse.



Körpersprache & Kommunikation

Wir alle senden Botschaften aus, deren Wahrnehmung bis zu 90 % von Gefühlen bestimmt ist. Sobald zwei Personen einander wahrnehmen, kommunizieren sie miteinander, da dann, jedes Verhalten kommunikativen Charakter hat. Wir kommunizieren also auch nonverbal und unbewusst.

Da Verhalten kein Gegenteil hat, man sich also nicht, nicht verhalten kann, ist es auch unmöglich, nicht zu kommunizieren. So nehmen wir bei der Kommunikation nur 7 % des Inhalts wahr, 38 % von der Stimme und 55 % der Körpersprache. Klienten testen aus, ob sich das Opfer physisch und psychisch eignet.

Bei einem bevorstehenden Angriff nimmt man 20 % bewusst wahr, 80 % sind Bauchgefühl. Bauchgefühl ist wiederum Intuition, Erfahrung und Wissen. Wenn man Angst hat, hat das einen Grund.

Somit wird deutlich, dass es bei der Deeskalation keine Pauschallösungen gibt. Vielmehr sollte man sich selbst-bezogen reflektieren und darüber im ständigen Teamaustausch sein. *Welcher Interventionstyp bin ich selbst? Wie gehe ich mit bestimmten (Gewalt)-situationen um und wie fühlt sich das an? Wie werde ich dann wahrgenommen?*

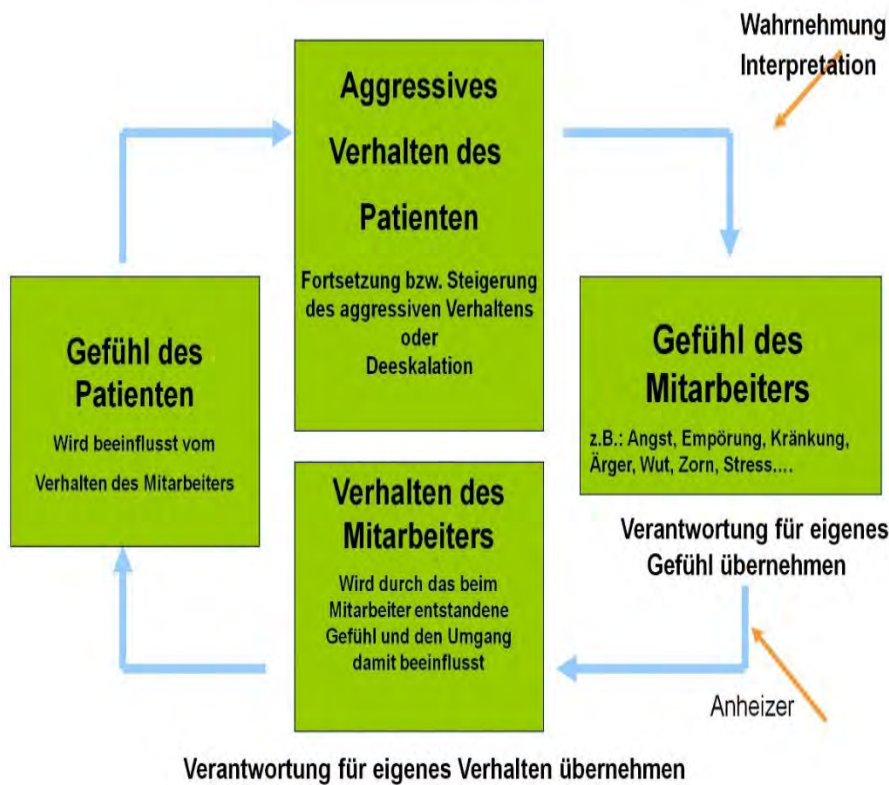


Die eigene Körpersprache bewusst und selbstsicher einsetzen.

Eine „sichere Kommunikation“ zeigt sich entspannt, wach, aufmerksam, achtsam, orientiert, mit Blickkontakt und aufrechtstehend.

Weniger hilfreich und eskalierend ist eine eher „unsichere“ oder „dominante“ Kommunikation.

Ein dem Klienten gegenüber professionelles Beziehungsmuster führt auch zu einer professionellen Distanz, ohne die Nähe zu verlieren. Wir fühlen uns selbst nicht verletzt, gekränkt, verärgert oder gar wütend. Wir bleiben handlungsfähig und aufmerksam und einfühlsam.



Der Eskalationskreislauf zeigt wie wichtig ein professionelles Beziehungsmuster bzw. ein geschultes „Selbstkundgabeohr“ ist, um auf eine angespannte Situation deeskalierend einwirken zu können.

Zeigt man im direkten Kontakt ein stärker ausgeprägtes privates Beziehungsmuster (Beziehungsohr) gelingt es weniger Verantwortung für sein eigenes Verhalten zu übernehmen was aus persönlichen negativen Gefühlt entsteht.

„Beobachten, ohne zu bewerten, ist die höchste Form menschlicher Intelligenz.“ - Krishnamurti

Eigene kurzfristigen Stressregularien kennen

Stellen Sie sich vor, Sie hätten einen „Beinah-Unfall“ auf der Autobahn. Dieser Schockzustand ist gut vergleichbar mit einer gegenwärtigen oder unmittelbar bevorstehenden Gewaltsituation. In einer solch bedrohlichen Lage reagiert man je nach Interventionstyp mit den jeweiligen Automatismen (Verhaltensmuster), das Adrenalin steigt, Schocksymptome, Verkrampfen, Muskeltonus erhöht, Zielfokussierung, kein Denken, keine Atmung, zittrig und hellwach.

Machen Sie sich immer wieder bewusst welcher Typ Sie sind und mit welchen kurzfristigen Stressregularien (z. B. Fokusveränderung, Atmen, Positive Selbstinstruktion, In Bewegung kommen) Sie welche Erfahrungen verbinden.

Fehlerkultur schaffen

Eine offene Team -und Fehlerkommunikation zeigt sich auch als die beste Gewaltprävention in Pflegeinstitutionen und sollte von den Führungskräften kontinuierlich gefordert und gefördert werden.

Personal schützen

Eigene Gewalterfahrungen sind meist mit massiver Verzweiflung verbunden oder können sogar zu Traumatisierungen führen. Daher gilt es, Gewalt und Aggression auf beiden Seiten zu verhindern. Die wichtigste Voraussetzung dafür, Gewalt zu verhindern, ist diese als solche zu erkennen und zu benennen.

Aggressivität und Gewalt sind Bestandteil menschlicher Ausdrucks- und Verhaltensweisen. Als "normal" dürfen Übergriffe aber nicht angesehen werden. Es liegt in der Verantwortung und

Fürsorgepflicht des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin, Gefährdungen zu ermitteln und ihnen systematisch vorzubeugen.

Gewaltvorkommnisse sollten in einem Fehlerberichtssystem dargestellt werden und der Umgang mit dem Thema expliziter Bestandteil des Qualitätsmanagements sein.

Personal schulen, souverän in Gewaltsituationen zu reagieren

Mitarbeiter als TEAM schulen und im Umgang mit schwierigen Klientel sensibilisieren, um souveräner in einer solchen Situation agieren zu können. Hierzu zählt insbesondere die Hemmschwelle zu erhöhen, bei den Mitarbeitern durch regelmäßiges Wiederholen der Teamschulungen Verhaltensweisen zu automatisieren, sodass die entsprechende Pflegefachperson in der Situation nicht überrascht ist und besonnen reagieren kann.

Ist eine gewaltfreie Pflege überhaupt möglich?

Unter *Vermeidbarer Gewalt* versteht man Situationen, in denen ohne die Absicht besteht, Gewalt auszuüben, es doch dazu kommt, obwohl es vermeidbar wäre.

Diese sind meist auf persönliche Faktoren wie mangelnde Achtsamkeit, mangelnde Einfühlsamkeit und mangelndes Krankheitsverständnis zurückzuführen.

Unter der *Unvermeidbaren Gewalt* können z. B. Missempfindungen bei der (unvermeidbaren) Mobilisierung, Ängste bei Desorientiertheit oder Verzweiflung über die eigene Abhängigkeit verstanden werden.

Beispiel: Der Klient hat sich vielleicht den ganzen Tag auf ein kleines Gespräch mit der Bezugsperson gefreut, diese muss aber ausgerechnet heute eilig weiter und hat keine Möglichkeit zur zeitlichen Flexibilität. Der Klient empfindet das als Vernachlässigung und wird im weiteren Tagesverlauf zunehmend aggressiv.

Ist gute (Beziehungs-) Pflege ambivalent? Ist es möglich, Klienten wertzuschätzen, sich ihnen auf professionelle Weise verbunden zu fühlen und bestmögliche Pflege leisten zu wollen, während zugleich auch Ärger, mitunter Wut oder Ablehnung empfunden werden kann? Ja, dies darf jedoch nicht als Zeichen mangelnder Eignung für den Pflegeberuf empfunden werden, sondern ist – mit Blick auf das, was in der Pflege mitunter geleistet wird nicht vermeidbar.

Wichtig hierbei ist allerdings, diese Empfindungen zuzulassen und bewusst mit ihnen umzugehen, und zwar, ohne dass der Klient dabei zu Schaden kommt.

Umso wichtiger ist es, auf alle Erlebnisse einzugehen und in jedem Fall sowohl schnelle als auch langfristig verfügbare Unterstützung sicherzustellen.

Deeskalation ist eine Arbeitsgrundhaltung und ebnet den Weg zur Herstellung eines Dialoges zur Konfliktlösung. Psychische oder physische Beeinträchtigungen wie Verletzungen werden vermieden. Der Entstehung oder Steigerung von Gewalt und Aggressionen wird in einer gemeinsamen Haltung und einem präventiven Gewaltkonzept entgegengewirkt, wann und wo immer das möglich ist.

Gewalterfahrungen werden sich im Pflegealltag nie völlig ausschließen lassen. Aber mit passenden und ineinandergreifenden Deeskalations- und Schutzmaßnahmen kann man Gefährdungen und die damit verbundenen psychischen und physischen Belastungen deutlich reduzieren.

Autor: Tobias Münzenhofer

29.11.2019

Pädagogische Führungsmentalität in der Gerontopsychiatrischen Versorgung = wollen × können × dürfen



Pflegeorganisationen müssen in Zukunft mehr als bisher für die Schaffung gesundheitsförderlicher Bedingungen von immer älteren und gerontopsychiatrisch auffälligeren Klientel Sorge tragen. Parallel zum Anstieg dieser Komplexität nimmt die Anzahl psychischer Belastungsstörungen von Pflegefachkräften zu. Da das Gesundheitssystem Defizite hat, braucht es neben einer beziehungsgestaltenden gerontopsychiatrischen Versorgung auch eine angemessene pädagogische Führungsmentalität, um Pflegende zu befähigen, sich ihrer eigenen Fachlichkeit anzunehmen. Eine gute Leistung erbringt eine Pflegefachkraft dann, wenn die drei Komponenten Wollen, Können und Dürfen im Gleichgewicht sind. Ist dem nicht so, werden Ziele nicht oder nur teilweise erreicht, die Motivation sinkt und das fach- und firmenspezifische Wissen geht verloren. Die Konsequenz daraus sind schlechte Ergebnisse und Frustration.

Setzt man sich professionell mit dem Begriff 'Empowerment' auseinander, muss man sich sowohl mit seinem eigenen Menschenbild, als auch mit dem Bild seiner Mitarbeiter auseinandersetzen. Dieser Grundsatz setzt häufig da an, wo eine Pflegefachkraft sich in einer Arbeitssituation befindet, die sie selbst nicht mehr eigenverantwortlich lösen kann.

Die Folgen von Funktions- und Verrichtungspflege

Entgegen dieser Erkenntnisse werden seitens des Managements und der Führungsebene wird den Pflegefachkräften nicht immer ihre Pflegefachlichkeit zugetraut, die tatsächlich abrufbar und vorhanden ist.

Die Führungskraft nimmt so die Pflegefachkraft im Lichte tiefgreifender Hilflosigkeit und Unfähigkeit wahr und verfestigt so ihren Defizit-Blickwinkel auf diese.

Der defizitäre Blick

Für die Pflegefachkraft bedeutet dieser defizitäre Blick eine Entwertung der eigenen Wirklichkeitsdefinition. Die eigene Problemwahrnehmung oder Situationsinterpretation wird so der Pflegefachkraft aus der Hand genommen und in eine Problemansicht, Problemschublade gepackt, mit der der Pflegende sich nicht identifizieren kann.

Übernahme von Deutungsmustern

Die Abhängigkeit der Pflegefachkraft von der Führungskraft wird dadurch verstärkt, dass der Wunsch der Pflegefachkraft vorhanden ist, aus der Problemlage zu entfliehen. Damit begibt sie sich in die Definitionsansicht der Problemlage der Führungskraft und übernimmt dessen Deutungs- und Lösungsmuster.

Die Entstehung von Listen

Wird den Pflegefachkräften seitens des Managements vorhandenes Wissen und Erfahrung abgesprochen, führt dies zumeist zu einer „zu kurz gedachten“ operativen Ausrichtung der Ziele. Es entstehen Listen zum Abarbeiten von Aufgaben ohne Berücksichtigung der ganzen Komplexität des Pflegeprozesses.

Die Identifizierung mit der Rolle als Pflegefachkraft wird erschwert. Teamrollenkonflikte bis hin zum Mobbing werden befördert. Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die Dokumentation gesucht, die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen.

Das Pflegeniveau

Dieses künstlich herabgesetzte Pflegeniveau funktioniert immer dann nicht, wenn die nächste Qualitätsprüfung ansteht, in der Pflegefachgespräche vorausgesetzt werden. Spätestens dann werden wieder angepasste Listen erstellt, die erneut unter hohem Zeitdruck, ohne jegliche strategische Sinnhaftigkeit und Berücksichtigung vorhandener Pflegekompetenzen, abgearbeitet werden müssen.

Dazu kommt das Gefühl, man arbeite immer nur „hinterher“, nie aber „voraus“ und nachhaltig.

Das Pflege- und Betreuungsteam reagiert frustriert. Das Team wird in ein funktionelles Pflegeverständnis gedrängt, in ihrer Fachlichkeit nicht ernst genommen, wie auch nicht gefordert und gefördert.

Eine beziehungsgestaltende Pflege wird somit erschwert. Ein solches, unter dem eigentlich vorhandenen Pflegeniveau ausgerichtetes, Pflegemanagement sorgt bei den Pflegenden für Unruhe, Unzufriedenheit, Frustration und verhindert, dass sie ihr Handeln und Tun als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Ein auf Funktions- und Verrichtungspflege ausgerichtetes Arbeits- und Demenzmilieu, welches sich nur nach Methoden, Modelle, Regeln und Anweisungen orientiert, erschwert die Entwicklung einer gemeinsamen Sorgehaltung und Verantwortung. Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet nicht nur die Personalentwicklung, sondern auch das Person-Sein der erkrankten Personen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten. Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben.

Wie Führungskräfte motivieren können

Die Strategie „Empowerment“ bietet eine lösungs- wie ressourcenorientierte Handlungsrichtlinie an, mit der ein Pflege- und Betreuungsteam gestärkt wird und die Mitglieder zu motivierten Gestaltern ihres Arbeitsmilieus werden.

In diesem Sinn wird Führungsmentalität als umfassende Handlungsstrategie zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Strukturen, Arbeitsprozessen und zur Befähigung wie Motivation der Pflegenden ihre Fachlichkeit leisten zu können, zu wollen und zu dürfen, verstanden. Grundsätzlich werden Pflegende eher befähigt sein, person-zentriert zu handeln, wenn sie selbst person-zentriert behandelt werden.

Die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege sowie das Gefühl von Selbstwirksamkeit ist somit primär Führungsaufgabe und Organisationsverantwortung. Eine Pflegefachkraft leistet immer das, was man ihr zutraut und vorlebt.

Eigene Entscheidungen treffen lassen

Erfahrene Pflege- und Betreuungskräfte möchten selbst entscheiden dürfen.

Pflege- und Betreuungskräfte wollen auch kreativ sein, gestalten, sich selbst entdecken, Verantwortung übernehmen und sich selbstwirksam fühlen. Pflegefachkräfte sind vor allem dann bereit ihre Fachlichkeit zu leisten, wenn sie auch eine fachliche Unterstützung, Beratung und Begleitung auf Augenhöhe erfahren.

Wenn man als Führungskraft zuverlässig, greifbar und authentisch ist und sich in die emotionale Nähe der Mitarbeiter wagt, motiviert dies in einem ungeahnten Ausmaß. Dies gelingt am besten bei einem gemeinsamen Lernen und Reflektieren von selbst erlebten Praxisfällen und Herausforderungen.

Miteinander

Die wichtigste Grundlage für ein erfolgreiches gerontopsychiatrisches Milieu ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus pflegerischem, medizinischem und therapeutischem Fachpersonal, das mit den Angehörigen und den Betroffenen selbst, gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität anstrebt. Für die Einschätzung von individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Demenz braucht es neben der Empathie die eigene Gefühlswahrnehmung und Bewusstwerdung seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit allen an dem Pflegeprozess beteiligten Personen im Austausch zu bleiben. Daher spielen die Teamstabilität und Teamentwicklungsmaßnahmen, z. B. Supervision, aber auch der Austausch der Berufsgruppen untereinander und das Ausräumen von „Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Sozialen Dienst und der Pflege“ eine große Rolle.

Gewinnen und halten von Fachkräften

Förderlich für die nachhaltige Umsetzung einer person-zentrierten Pflege ist nicht nur die Gewinnung von geeignetem Personal, sondern auch die vorbildhafte Pflege durch Pflegeexperten mit spezifischem Fachwissen und vor allem die Bereitschaft der Pflegenden, ihre Haltung und ihren Arbeitsstil zu verändern.

Die Einrichtungsleitungen brauchen eine offene Haltung gegenüber dem Thema, Beziehungsgestaltung im Speziellen und person-zentrierter Pflege im Allgemeinen.

Dabei steht im Mittelpunkt ein „am Ball-Bleiben auf der Führungsebene auch über die entsprechende Stärkung positiven Verhaltens der Mitarbeitenden durch Feedback und durch fallorientierte Schulungen“ und die Entwicklung einer „Kultur der Beziehungsgestaltung“ für alle Mitarbeiter der Einrichtung. Damit unterstreichen die Projektverantwortlichen die Bedeutung eines lebendigen Konzeptes für die person-zentrierte gerontopsychiatrische Pflege. Ein „reflektierender Praktiker“ im Feld der Demenz zu sein hält Tom Kitwood für eine der schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben, die diese Gesellschaft zu vergeben hat.

Die Empfehlungen zur Fachkräftegewinnung in der gerontopsychiatrischen Versorgung umfassen neben den notwendigen Fortbildungen auch einen Mix aus z. B. Supervision, Coaching und kollegiale Fallberatung als bewährte Instrumente, der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu begegnen. Führungskräfte können durch diese Maßnahmen, den Pflegenden bei herausfordernden Themen zur pflegerischen Versorgung ausreichende Zeit und Methoden für die Reflektion einräumen.

Kultur der Selbstpflege

Kollegiale Fallgespräche und Beratungen sind wesentliches Merkmal von Professionalisierung, die eigene Arbeit zu reflektieren und die eigene Qualität durch kollegialen Rat weiterzuentwickeln. Derartige ziel- und lösungsfokussierte Fallberatungen sind in vielen Sozialberufen längst Alltag geworden und spiegeln ein Selbstverständnis von Ihrer Arbeit wider. Trauen wir uns doch, diese Kultur der Selbstpflege auch in Pflegeberufe zu integrieren.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände sowie Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Hierbei können Führungskräfte zeitnah auf Bedürfnisse und Schwachstellen reagieren, gezielt Rückmeldungen geben, sowie dem Pflege- und Betreuungsteam eine ressourcen- und lösungsorientierte Unterstützung anbieten.

Führung zielt darauf ab, dass Pflegenden das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Pflegekräfte möchten nicht nur formal eine Stellenbeschreibung erfüllen müssen.

Das macht eine gute Führungskraft aus

Vertrauen schenken

Gute Führung leiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Anhängigkeit von ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung an. Die Pflegekompetenz bleibt bei den Pflegenden, die Führungskompetenz bei den Führungskräften. Pflegenden könnten so ihre Arbeit als sinnvoller spüren, sich selbstwirksam fühlen und erfüllen nicht nur eine Stellenbeschreibung.

Die Organisationsverantwortung liegt beim Arbeitgeber. Dieser sichert einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege beteiligten Personen und gewährleistet, dass der gerontopsychiatrische Pflege- und Betreuungsprozess im multiprofessionellen Team ausreichend reflektiert werden kann.

In Bildung investieren

Pflegenden werden sich nur dann den Empfehlungen und Vorgaben der Leitungsebene öffnen können, wenn ihnen kontinuierlich vermittelt wird, dass ihre arbeitsbezogenen Bedürfnisse ausreichend Berücksichtigung in Fortbildungen finden. Sie müssen dabei den Eindruck gewinnen, dass sie von den neuen Impulsen in ihrer alltäglichen Arbeit profitieren werden, z. B. in Gestalt einer deutlich spürbaren Arbeitserleichterung bzw. Stressminderung. Personalentwicklungsmaßnahmen wie z. B. Fortbildungen sind vor allem dann für die Pflegenden ethisch vertretbar, wenn diese mit der Organisationsentwicklung linear einhergehen. Dies reduziert Frustration, neues Wissen und Handfertigkeiten, organisationsbedingt, nicht anwenden zu können.

Überforderungen vermeiden

Nicht alle Pflegenden besitzen die Bereitschaft zur Handlungs- und Entscheidungsfreiheit.

Dieser Anteil fühlt sich schnell überfordert, wenn von ihnen selbstständige Entscheidungen und Handlungen erwartet werden. Sie fühlen sich sicherer, wenn sie ihre Arbeiten gemäß Vorgaben erledigen können. Dies sollte bei der Organisierung der Handlungen und der Milieugestaltung Berücksichtigung finden.

Motivation verstehen

Zu den Führungsaufgaben gehört im ersten Schritt die tiefe Überzeugung und Willensbildung, einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam gestalten zu wollen.

Das gelingt, wenn es als strategische Ausrichtung in kleinen Schritten systemisch gedacht und partielle Begleitung hinzugenommen wird. Ein solcher Prozess dauert mehrere Jahre. Kulturen verändern sich langsam. Damit ist gemeint, dass die Organisationsverantwortung den gemeinsamen Weg von einer aufgabenorientierten Einstellung hin zu einer bewohnerorientierten Einstellung ermöglicht. Das Einbetten von Beziehungshandeln in funktionale Aufgaben wird mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt fortlaufend reflektiert, optimiert und teamunterstützend begleitet.

Pflege beinhaltet auch eine gemeinsame Sorgehaltung den zu betreuenden Menschen gegenüber: Werteorientierung, Haltung und Empathie. Allein das Einfühlungsvermögen ist jedoch keine hinreichende Bedingung, um der Eskalation von Konflikten am Arbeitsplatz entgegenzuwirken.

Neben der Fähigkeit zur Empathie sollte auch ein moralisches Bewusstsein entwickelt oder zumindest eine entsprechende Werteorientierung gegeben sein, damit ihre Wirkung in die gewünschte Richtung geht.

Grundsätzlich sind Pflegende und Betreuende fast immer leistungsbereit. Sie wollen ihre Aufgaben gut erledigen, um sich selbst individuell emotional zu belohnen.

Wenn Menschen tun können, was für sie richtig und wichtig ist – Befriedigung ihrer Motivation – erleben sie Euphorie und eine tiefe Zufriedenheit. Was jeden Einzelnen zu diesem „Glück“ führt, kann dabei sehr unterschiedlich sein.

Sind Pflegende nicht mehr engagiert, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie über längere Zeit mit ihrem Handeln keine emotionale Belohnung mehr erzielen konnten: „Warum sollte ich mich auch anstrengen, wenn ich doch nicht bekomme, was mir wichtig ist?“ „Dafür gibt es ja die Gehälter“, sagen Führungskräfte. Stimmt, aber Geld verhindert nur die Entstehung von Unzufriedenheit, es ist nur der notwendige Hygienefaktor. Wer Motivation richtig verstehen will, muss zwischen monetärem und emotionalem Lohn unterscheiden. Monetärer Lohn sichert Grundbedürfnisse wie Essen und ein Dach über dem Kopf – deshalb bleiben Menschen im Job. Emotionaler Lohn macht glücklich und triggert die Leistungsbereitschaft.

Für nachhaltige Motivation sollten Einrichtungen und Führungskräfte daher nicht nur in Euros rechnen, sondern auch die emotionalen Währungen kennen. (Boltersdorf, P., Rohrschneider, U., 10.2019)

Resümee

Das Führungsdenken, dass Pflegekräfte einfach nur funktionieren müssen und ihre Stellenbeschreibung erfüllen sollten, ist zu kurz gedacht und bringt nicht den erhofften Erfolg in der Pflegequalität.

Im Sinne einer guten und gelingenden Pflegepraxis, in der Pflegekräfte ihre Fachlichkeit abrufen können, gilt es, das Augenmerk auf konzeptuelle Grundlagen zu legen und nicht der formalen Erfüllung einer Stellenbeschreibung und dem Abarbeiten von Arbeitsaufträgen und Listen nachzukommen. Letztendlich wird sich der Erfolg zunächst weniger an Letzterem messen lassen, sondern auf Teamentwicklungsprozesse, Kompetenz- und Haltungsentwicklung beruhen.

Wer kann, aber nie darf, will irgendwann auch nicht mehr. Wer wirklich will, wird sich das Können gerne aneignen. Wer etwas gut kann, wird es auch wollen. Die drei Komponenten Wollen, Können und Dürfen beeinflussen sich also gegenseitig und können einander verstärken oder abschwächen. Wenn eine Komponente schwach ausgeprägt ist, ist auch mit einer schwachen Leistung und einem unbefriedigenden Ergebnis zu rechnen. Egal, wie stark die anderen Komponenten ausgeprägt sind. Es braucht ein ausgewogenes Miteinander.

Autor: Tobias Münzenhofer / [pflegen: demenz Friedrich-Verlag Ausgabe 53/2019](#)



Foto: Werner Krüper

BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI DEMENZ

Den Kulturwandel GESTALTEN

Zur Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ ist eine person-zentrierte Haltung nötig. Diese Haltung zu etablieren, ist eine klare Führungsaufgabe.

TEXT: TOBIAS MÜNZENHOFER

Menschen mit Demenz können vieles nicht verstehen oder beurteilen und sich nur bedingt orientieren. Das kann Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit massiv erschüttern. Die dabei erlebte Unsicherheit kann zu Ängsten führen, auf die der Betroffene mit Rückzug oder einem bindungssuchenden Verhalten reagiert, zum Beispiel Blickkontakt, wiederholtes Rufen etc. Wenn es Pflegefachkräften gelingt, diesen Reaktionen durch Beziehungsgestaltung zu begegnen, wirkt sich dies unmittelbar positiv auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz aus. Denn die emotionale Wahrnehmung der Betroffenen bleibt – trotz kognitiver Einbußen – erhalten.

Die person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz steht deshalb im Mittelpunkt des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat den Expertenstandard entwickelt und modellhaft implementiert.

Führung schafft den Rahmen für Beziehungsgestaltung

Eine Beziehung kann nicht wirklich standardisiert werden. Deshalb wendet sich der Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, die die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen. Eine wichtige Erkenntnis lautet: Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen. Somit ist die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege primär Führungsaufgabe.

Im Vergleich zu den bisherigen Expertenstandards werden erstmals strukturelle Qualitätskriterien beschrieben, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind und ausschließlich in der Führungsverantwortung liegen. Im Expertenstandard (2018) ist zu lesen:

- „Die Einrichtung fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von

MEHR ZUM THEMA

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ kann beim Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege bestellt werden.
www.dnqp.de/bestellformular

Das Konzept des „Demenzerisch“ lernen“ stellt einen Ansatz zur Verfügung, der für die Implementierung dieses Standards hilfreich sein kann.
www.demenzerisch-lernen.de

Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

- Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.
- Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.
- Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte, beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.
- Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.“

Zu diesen klar definierten Aufgaben gehört im ersten Schritt die tiefe Überzeugung und der Wille, einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam zu gestalten. Dieser Wandel gelingt, wenn er in kleinen Schritten geplant, systemisch gedacht und durchgehend

begleitet wird. Ein solcher Prozess dauert mehrere Jahre. Kulturen verändern sich langsam.

Mit Kulturwandel ist gemeint, dass die Pflegefachkräfte einen Einstellungswandel von der Aufgaben- zur Bewohnerorientierung vollziehen. Ziel ist, dass die Pflegenden das Beziehungshandeln in alle funktionalen Aufgaben einbetten. Die Pflegedienstleitung sollte den Wandel als gemeinsamen Weg begreifen, der fortlaufend reflektiert, optimiert und teamunterstützend begleitet werden muss.

Wie können Rahmenbedingungen für eine professionelle Pflegebeziehung geschaffen werden? Wie kann ein Umfeld entstehen, in dem es Pflegenden gelingt, offen und flexibel auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen?

Ein wichtiger Schlüssel ist, das Team zu befähigen, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der Menschen mit Demenz zu betrachten. Wenn dies gelingt, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen, um persönliche Einstellungen und Annahmen über Menschen mit Demenz reflektieren zu können. Im zweiten Schritt kann so die Bedeutung der Beziehungsgestaltung für Menschen mit Demenz vermittelt werden. Diese kann wiederum dadurch gefördert werden, dass die Pflegenden gezielt beziehungsfördernde und beziehungs gestaltende Angebote kennenlernen.

Menschen sind unterschiedlich, was das individuelle Ausmaß an Einfühlungsvermögen betrifft. Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus Wahrnehmen, Erkennen, Mitfühlen und helfendem Eingreifen. Dieser Prozess läuft schnell und unbewusst ab. Ein »

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funk-Türöffnungsmelder
zur **Fluchttür**-Absicherung.
Info unter 04191/9085-0
www.mega.com-gmbh.de



» einführendes Verhalten erfordert die Reduzierung von inneren und äußeren Stressoren. Sonst kann das einführende Verhalten eingeschränkt sein.

Den Kulturwandel gemeinsam gestalten

Eine erste Aufgabe der Pflegedienstleitung ist es, Alltagsroutinen kritisch zu überprüfen: Gibt es versteckte Stresselemente? Wie lassen sich pflege-nahe und pflegeferne arbeitsintensive Spitzen entzerren (Mahlzeitsituation, Sturz, Notfall, „Frau Meier ist weg“)? Die Pflegedienstleitung sollte dazu erheben, welche Arbeitsfaktoren und -situationen von den Teammitgliedern als besonders belastend erlebt werden. Dazu gehören nicht nur körperliche, sondern auch psychische und seelische Belastungen wie Angst und Hilflosigkeit.

Zu benennen sind die psychosozialen oder gruppenspezifischen Belastungen, aber auch mögliche Team- und Rollenkonflikte, Angehörigenbeschwerden und unterschiedliche Sichtweisen von Pflege- und Betreuungsphilosophien. Eine gute Demenzpflege ist nur möglich, wenn die Arbeitsbelastung als „normal“ beschrieben wird.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht bei Menschen mit Demenz nicht mehr die Planung des Pflegeprozesses, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese, die im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung des Pflege- und Betreuungsteams erfolgt. Eine Verstehenshypothese sollte folgende Fragen beantworten:

- Warum zeigt der Mensch mit Demenz das Verhalten?
- Was sind mögliche Ursachen dafür?
- Was möchte er mit diesem Verhalten mitteilen?
- Was möchte er, dass wir tun?

Hierfür benötigt das Team Unterstützung und geeignete Rahmenbedingungen. Das bedeutet, Supervision zu ermöglichen, ausreichende Besprechungszeiten einzuplanen, eine kollegiale Fallberatung zu implementieren, Zeit für Gespräche einzuräumen sowie die Möglichkeit, zeitnah auf Bedürfnisse von Bewohnern reagieren zu können, und den Pflegefachkräften gezielt Rückmeldungen zu geben. Nur dann kann sich die erforderliche personenzentrierte Haltung etablieren.

Mitarbeiter benötigen Schulung und Begleitung

Empfohlen wird, dass alle Mitarbeiter, die an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligt sind, kontinuierlich zum Thema Demenz geschult werden. Eine Fachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation sollte das Team in jedem Einsatzbereich begleiten. Darüber hinaus sollte eine Führungskraft auf der Ebene des Managements alle gerontopsychiatrischen Aktivitäten koordinieren und für die fachliche Weiterentwicklung der Gesamteinrichtung Sorge tragen. Der zusätzliche Einsatz eines sogenannten „Demenzberaters“, als Vermittler zwischen Pflegenden, Angehörigen und den Betroffenen selbst, hat sich bewährt und kann empfohlen werden.

Das Pflege- und Betreuungsteam sollte über Wissen zu unterschiedlichen Demenzformen, Phasen des Verlaufs, Persönlichkeitsmerkmalen sowie kognitiven, funktionalen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten wie Ressourcen verfügen. Auch wissen die Pflegenden und Betreuungskräfte um die Bedeutung von Interaktion und Kommunikation bei Menschen mit Demenz. Pflegefachkräfte sollten darüber hinaus über aktuelles Fachwissen zur Mitwirkung bei Diagnostik und medikamentöser Therapie verfügen. Das bezieht sich auf die Beobachtung von Wirkung und Nebenwirkung bei Medikamenten, vor allem aber hinsichtlich des Verhaltens.

Um Pflegenden für den neuen Expertenstandard zu gewinnen, müssen auch ihre Bedürfnisse in den Fortbildungen ausreichend berücksichtigt werden. Ihnen sollte deshalb vermittelt werden, dass sie von den neuen Impulsen in ihrer alltäglichen Arbeit profitieren, zum Beispiel in Form einer deutlich spürbaren Arbeitserleichterung.

Nicht jeder Pflegenden besitzt die Bereitschaft, selbstverantwortlich zu planen und zu entscheiden. Diese Menschen fühlen sich schnell überfordert, wenn ein solches Handeln von ihnen erwartet wird. Einige Mitarbeiter fühlen sich sicherer, wenn sie ihre

Handlungsempfehlungen für die Pflegedienstleitung

1. *Strategische Ziele vor der Implementierung festlegen (Stärken, Schwächen, Umfeld, Stresselemente, Risiken, Personaleinschätzung)*
2. *Zeitpunkt für den Start gut überlegen (Instabiles Team? Zu viele andere Projekte?)*
3. *Implementierung umfassend und detailliert planen (Aufgaben, Verantwortungen definieren – von oben nach unten sowie von unten nach oben)*
4. *Das ganze Team, aber auch Menschen mit Demenz und Angehörige involvieren (Haltung, Wahrnehmung)*
5. *Trainer, Supervisoren und externe Hilfen einbinden*
6. *Schulungen planen, Wissen und Kompetenzen vermitteln*
7. *Gemeinsam evaluieren und reflektieren (Wo stehen wir? Was ist unser gemeinsames Verständnis? Welche Aufgaben stehen an?)*
8. *Das Team in der Umsetzung unterstützen (durch Wohnbereichsleitung und Koordinatoren)*
9. *Jedem Teammitglied ein Feedback geben*
10. *Kontinuierliches Interesse an der Umsetzung vermitteln*



Eine

gute Demenz-
pflege ist nur
möglich, wenn
Mitarbeiter die Zeit
haben, auf Bedürf-
nisse der Bewoh-
ner einzugehen.

Arbeiten gemäß Vorgaben erledigen können. Dies sollte die Pflegedienstleitung bei der Planung und Organisation von Beziehungsgestaltung berücksichtigen.

Es braucht ein Umdenken von Management und Prüfbehörden

Viele Pflegedienstleitungen müssen mit eingeschränkten Ressourcen planen und täglich neue Herausforderungen bewältigen. Deshalb suchen viele von ihnen vorschnell nach Lösungen, die vor allem die Dokumentation betreffen und somit Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen. Hierbei sollte jedoch bedacht werden: Ein Pflegemanagement, das lediglich auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtet ist, gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten.

Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden sollten sich von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur lösen. Keine Prüfbehörde wird in die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Beziehungsgestaltung „Haltung“

wie Qualität hineinprüfen können. Die Organisationsentwicklung sollte sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“ erfolgen, um ein nachhaltiges Konzept erstellen und leben zu können.

So lange das derzeitige System „Hamsterrad“ eifrig bedient wird, kann sich nichts ändern. Die schwierigste Aufgabe besteht darin, einen bewussten Stopp zu setzen und einen Neuanfang zu planen. Nur so kann das „Hamsterrad“ angehalten werden.

Wenn der Alltag die Umsetzung dieses Expertenstandards zulässt, kann eine demenzspezifische Lebenswelt entstehen, die Wohlbefinden bei den Menschen mit Demenz und eine höhere Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitern hervorruft.

Dieser Expertenstandard unterscheidet sich von allen bisher dage-

wesenen. Er beschreibt Rahmenbedingungen, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind. Das ist durchaus auch eine politisch-gesellschaftliche Aufgabe! ««



Tobias Münzenhofer
ist Altenpfleger,
QM-Auditor, Team-
coach und geron-
topsychiatrischer

Pflegefachdozent. info@demenzpflege-dozent-muenchen.de

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funkfinger
kompatibel mit fast allen
Schwesterrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.mega.com-gmbh.de



22.3.2019

Aufgaben der Pflegedienstleitung zur *Beziehungsgestaltung* der Pflege von *Menschen mit Demenz*.

- Dem Team Orientierung schaffen, Rahmenbedingungen klären, den ersten Schritt definieren.

Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Beziehungspflege bei Menschen mit Demenz des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurden im Rahmen des 21. Netzwerk-Workshops am 22. März 2019 in Osnabrück vorgestellt.

Bei Menschen mit Demenz werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann dem Menschen mit Demenz hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich dieser Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen.

Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen.

→ Die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege ist somit primär Führungsaufgabe.

Im Vergleich bisheriger Standards werden in diesem erstmals strukturelle Qualitätskriterien wie Rahmenbedingungen beschrieben, welche für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind und ausschließlich in der Führungsverantwortung liegt:

Die Pflegedienstleitung fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von MmD (Menschen mit Demenz) sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

Die Pflege von MmD ist auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.

Die Pflegedienstleitung schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.

Die Pflegedienstleitung sichert einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege beteiligten Personen und gewährleistet, dass die Beziehungsgestaltung zu den MmD im multiprofessionellen Team ausreichend reflektiert werden kann.

Zu diesen klar definierten Aufgaben gehört im ersten Schritt die tiefe Überzeugung und Willensbildung einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam gestalten zu wollen. Das gelingt, wenn es als strategische Ausrichtung in kleinen Schritten, systemisch gedacht und partielle Begleitung hinzugenommen wird. Ein solcher Prozess dauert mehrere Jahre. Kulturen verändern sich langsam.

Damit ist gemeint, dass die Pflegedienstleitung den gemeinsamen Weg von einer aufgabenorientierten Einstellung hin zu einer bewohnerorientierten Einstellung ermöglicht. Das Einbetten von Beziehungshandeln in funktionale Aufgaben wird mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt fortlaufend reflektiert, optimiert teamunterstützend begleitet.

Untersuchungen zeigen ein deutliches mehr an Beziehungsqualität, wenn Pflegendе hierzu jeweils zusätzliche fünf Minuten je Dienst bewusst aufbringen können.

→ Hierbei ist nicht das *Was* entscheidend, sondern vielmehr das *Wie*.

Wie können Rahmenbedingungen für eine professionelle Pflegebeziehung geschaffen werden?

Wie kann ein Kontext geschaffen werden für offene Situationen, mit Spielräumen & Flexibilität für situationsoffenes Reagieren?

Wenn das Team befähigt ist, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten kann, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen um den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über MmD) reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD erfahrbar gemacht.

Menschen unterscheiden sich in ihrem unterschiedlichen Ausmaß an dem hierfür notwendigen Einfühlungsvermögen, das als eine angeborene Persönlichkeitskomponente aufgefasst werden kann.

Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus dem Prozess der *Wahrnehmung, Erkennen, Mitfühlen und helfend eingreifen*, was schnell und unbewusst abläuft.

Handlungsempfehlungen für die Pflegedienstleitung
1. Leitung entwickelt strategische Ziele vor Implementierung (Stärken, Schwächen, Umfeld, Stresselemente, Risiken, Personaleinsatzplanung)
2. Zeit für den Start gut überlegen (instabiles Team? Zu viele andere Projekte?)
3. Umfassender und detaillierter Implementierungsplan (Aufgaben, Verantwortungen definieren → von Oben nach unten & von Unten nach Oben)
4. Das ganze Team, aber auch MmD und Angehörige involvieren (Haltung, Wahrnehmung)
5. Trainer, Supervisoren, externe Hilfen: wie arbeitsnah?
6. Ansiedlung von Schulungen auf drei Ebenen sowie Wissen und Kompetenz auf drei Ebenen
7. Gemeinsame Evaluationen und Reflektion (Vergewisserung, wo Wir stehen, gemeinsame Aufgabe und Verständnis definieren)
8. Unterstützung durch WBL/SL und Koordinatoren (internes System)
9. Feedback an jedes Teammitglied
10. Interesse und Aufmerksamkeit der Leitungen

Einfühlerndes Verhalten erfordert eine Minderung der inneren und äußeren Stressoren, da andernfalls Minderleistungen im Bereich des einfühlernden Verhaltens zu erwarten sind.

Erste Aufgabe ist, die kritische Überprüfung von Alltagsroutinen in Bezug auf mögliche versteckte Stresselemente.

Wie lassen sich pflegenahе u. pflegeferne arbeitsintensive Spitzen entzerren.
(Pflege- und Arztvisiten, Medikamentenmanagement, Durchfälle, Mahlzeiteusituation, Sturz, Notfall, „Frau Meier ist weg“)?



Erheben Sie im Team gemeinsam das empfundene Stressniveau und benennen Stressfaktoren aus der körperlichen Arbeitsbelastung wie z. B. dem Heben, Tragen oder Bücken.

Benennen Sie die psychischen und seelischen Belastungen wie z. B. die Hektik sowie Druck aus erhöhtem Arbeitsaufkommen, Leiden, Tod, Angst und Hilflosigkeit.

Benennen Sie die psychischen und seelischen Belastungen wie z. B. die Hektik sowie Druck aus erhöhtem Arbeitsaufkommen, Leiden, Tod, Angst und Hilflosigkeit.

Benennen Sie die psychosozialen oder gruppenspezifischen Belastungen wie mögliche Team- und Rollenkonflikte, Antipathien, Teamdynamiken, Angehörigenbeschwerden und unterschiedliche Sichtweisen von Pflege- und Betreuungsphilosophien.

Demenzpflege ist nur möglich, wenn die Arbeitsbelastung als „normal“ beschrieben wird → = normal erlebte Belastungsintensität.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht nicht mehr die Planung, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung des Pflege- und Betreuungsteams.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände/ Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Das Ermöglichen von Supervision, ausreichende Besprechungszeiten, kollegiale Fallberatung, nachfragen, Zeit für Gespräche einräumen, zeitnah auf Bedürfnisse reagieren und gezielt Rückmeldungen geben sorgt dafür, dass sich Haltung und Ziele erst entwickeln können.

Pflegende werden in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet. Führung zielt darauf ab, dass Pflegende das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Empfohlen wird für alle Mitarbeiter, die an der Versorgung von MmD beteiligt sind, eine kontinuierliche Schulung von Grundwissen und Auffrischungen zum Thema Demenz. Eine Fachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation soll für jeden Einsatzbereich das jeweilige Team begleiten.

Darüber hinaus soll eine Führungskraft auf der Ebene des Managements alle gerontopsychiatrischen Aktivitäten koordinieren und für die fachliche Weiterentwicklung der Gesamteinrichtung Sorge tragen. Der zusätzliche Einsatz eines sogenannten „Demenzberaters“ als Vermittler zwischen Pflegenden, Angehörigen und den Betroffenen selbst, hat sich bewährt und kann empfohlen werden.

Für diese Aufgaben der professionellen Beziehungsgestaltung werden Kompetenzen, Fachwissen sowie deren kontinuierlicher Entwicklung vorausgesetzt.

Spezifisches Wissen hinsichtlich der Bedeutung von Interaktion und Kommunikation bei MmD stellt das Basiswissen aller Mitarbeiter der Einrichtung dar.

Das Pflege- und Betreuungsteam sollte über ein Wissen über unterschiedliche Demenzformen, Phasen des Verlaufs, Persönlichkeitsmerkmalen, Lebensgeschichte, kognitiven, funktionalen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten wie Ressourcen verfügen.



Pflegefachkräfte verfügen darüber hinaus über aktuelles Fachwissen zur Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und medikamentöser Therapie bezüglich der Beobachtung von Wirkung und Nebenwirkung, v. a. hinsichtlich des Verhaltens.

Pflegende werden sich nur dann den Empfehlungen öffnen können, wenn ihnen ständig vermittelt wird, dass ihre arbeitsbezogenen Bedürfnisse ausreichend Berücksichtigung in Fortbildungen finden. Sie müssen dabei den Eindruck gewinnen, dass sie von den neuen Impulsen in ihrer alltäglichen Arbeit profitieren werden, z. B. in Gestalt einer deutlichen spürbaren Arbeitserleichterung bzw. Stressminderung.

Nicht jeder Pflegende besitzt die Bereitschaft zur Handlungs- und Entscheidungsfreiheit. Dieser Anteil fühlt sich schnell überfordert, wenn von ihnen selbstständige Entscheidungen und Handlungen erwartet werden. Diese Mitarbeiter fühlen sich sicherer, wenn sie ihre Arbeiten gemäß Vorgaben erledigen können. Dies sollte bei der Organisation der Handlungen und der Milieugestaltung Berücksichtigung finden.

Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die „Dokumentation“ gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen.

Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten.

Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben.

Auch wird keine Prüfbehörde in die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Beziehungsgestaltung „Haltung“ wie Qualität hineinprüfen können. Die Organisationsentwicklung erfolgt sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“ um ein Konzept erstellen und leben zu können.

Grafik: copyright 2018 - Tobias Münzenhofer



So lange das derzeitige System "Hamsterrad" eifrig bedient wird, kann sich nichts ändern.

Die schwierigste Aufgabe besteht darin, ein bewusstes STOPP bzw. einen NEUANFANG zu setzen, um dieses "Hamsterrad" anzuhalten.

Erst wenn der Alltag die Umsetzung dieses Expertenstandards zulässt, wenn sich also Theorie und Praxis im Einklang befinden, kann eine demenzspezifische Lebenswelt entstehen, die Wohlbefinden bei den MmD und Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitern hervorruft. Durchaus, auch eine politisch-gesellschaftliche Aufgabe.

Diesen Standard als Ansatz für einen NEUANFANG und evidenzbasiertes Instrument der Organisations- und Teamentwicklung zu sehen, kann nicht nur die Beziehungsqualität bei MmD steigern, sondern auch die Mitarbeiterzufriedenheit.

Autor: Tobias Münzenhofer

15.4.2019

Den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über Menschen mit Demenz) reflektieren, die Selbstwirksamkeit der Pflegebedürftigen wahrnehmen und ihnen diese erfahrbar machen.

- Die Verstehende Diagnostik → Verstehenshypothese geht viel tiefer und wirkt nachhaltiger als gutgemeinte theoretische Modelle, Methoden und pauschale Kommunikationsregeln.

Ein auf Funktions- und Verrichtungspflege ausgerichtetes Arbeits- und Demenzmilieu was sich nur nach Methoden, Modelle, Regeln und Anweisungen orientiert erschwert die Entwicklung einer gemeinsamen Sorgehaltung und Verantwortung. Erfahrene Pflege- und Betreuungskräfte möchten selbst entscheiden dürfen. Pflege- und Betreuungskräfte wollen auch kreativ sein, gestalten, sich selbst entdecken, Verantwortung übernehmen und sich selbstwirksam fühlen!

Bei MmD (Menschen mit Demenz) werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann dem MmD hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich.

Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen MmD und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden.

Person-Zentrierung ist ein Verständnis von Umgang mit Demenz, bei dem die Anerkennung der Einzigartigkeit und der Individualität der Person als wesentliche Voraussetzung für das Wohlbefinden angesehen wird.

Zu den Voraussetzungen gelingender Interaktionen gehören der Respekt und die Anerkennung seiner Einzigartigkeit als Mensch und nicht seine Klassifizierung und möglicherweise Stigmatisierung als Demenzkranker.

Ob diesem person-zentrierten Ansatz und gewollter Praxis hierbei eine stetig steigende Anzahl von weiteren theoretischen Modellen, Methoden, Umgangsformen und speziellen Kommunikationsregeln hilfreich ist? Ob es mit diesen pragmatischen Lösungen in jeder Situation gelingt, auch im gegenwärtigen personalen Gegenüber, der Interaktion, noch selbst authentisch wahrgenommen zu werden?

MmD sind sehr empfindsam für unseren eigenen Gefühlsausdruck und können uns diesen innerhalb weniger Sekunden widerspiegeln. Dabei geht es nicht um Gesprächsinhalte.

Das „Wie“ entscheidet ob man als jemand wahrgenommen wird, der einem Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Hierbei spielt die eigene Authentizität eine große Rolle. Der Glaube, dass hier z. B. Kommunikationsmodelle hilfreich sein können, verliert sich in der Praxis immer dann, wenn diese nach der bewussten Klassifizierung und Stigmatisierung dem Krankheitsbild „Demenz“ eingesetzt werden.

Validationsmethoden und die Deeskalation als Haltung aus einem tiefen Verständnis heraus verinnerlicht, soll allgegenwärtig gemeinsam gelebt werden können und nicht regelhaft angewandt in der konkreten Situation. Dafür braucht es Zeit für die (Team-) Entwicklung sowie deren Unterstützung und Begleitung.

Wir alle handeln im Hier und Jetzt überwiegend intuitiv und nach Gefühl. Dieses intuitive Handeln baut auf zumeist verborgene Kompetenzen und Erfahrungen auf.

Das heißt, dass unsere gegenwärtige Interaktion, Kommunikation und unser Verhalten überwiegend unbewusst abläuft und nur mit einem sehr geringen Anteil z. B. auf spezielle im Ablauf festgelegte Kommunikationsmethoden oder anderen Umgangsformen wie Regeln zurückgreift.

Menschen unterscheiden sich in ihrem unterschiedlichen Ausmaß an dem hierfür notwendigen Einfühlungsvermögen, das als eine angeborene Persönlichkeitskomponente aufgefasst werden kann.

Einfühlerisches Verhalten erfordert eine Minderung der inneren und äußeren Stressoren, da andernfalls Minderleistungen im Bereich des einfühlerischen Verhaltens zu erwarten sind.

Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus dem Prozess: *Wahrnehmen, Erkennen, Mitfühlernd und helfend eingreifen*, was schnell und unbewusst abläuft.

Unbewusstes und automatisches ablaufendes einfühlerisches Verhalten kann sowohl für die MmD als auch für die Pflegerischen mit negativen Auswirkungen (u. a. tätliche Aggression) verbunden sein. Es gilt hierbei, bestimmte Regeln zu beachten, die durch Erfahrungen schnell verinnerlicht werden.

Pflegekompetenzen werden permanent durch neues Lernen an eigenen Erfahrungen, aber auch an den fremden Erfahrungen, an Fällen - auch an Zwischenfällen, an Wahrnehmungen und Reflexionen ausgebaut und vervollständigt.

- 1) **Berufsanfänger** verfügen über keinerlei Erfahrung in der direkten Interaktion mit MmD. Ihr Können ist hier auf Regelvorgaben angewiesen, an denen sie ihr Verhalten ausrichten ohne Beachtung des Kontextes.
- 2) **Fortgeschrittene Anfänger** verfügen über erste Erfahrungen, erkennen verschiedene Aspekte von Situationen und deren wiederkehrende, bedeutungsvolle Bestandteile (Mindestleistungen werden erbracht, sie benötigen aber noch Hilfestellung beim Setzen von Prioritäten).
- 3) **Kompetente Pflegerische** sind in der Lage Probleme analytisch zu betrachten, verschiedene Sichtweisen zu entwickeln und Handlungen auf längerfristige Ziele oder Pläne auszurichten, es erfolgen erste Verstehenshypothesen. Haltung, Ideologie und Pflegephilosophie bildet sich aus.
- 4) **Erfahrene Pflegerische** nehmen Situationen als Ganzes wahr. Ihre Wahrnehmung ist geschult, Abweichungen und der Kern der herausfordernden Verhaltensweisen bei MmD werden erkannt, Wichtiges von Unwichtigem unterschieden. Das Handeln wird an Grundsätzen ausgerichtet und nicht mehr ausschließlich an theoretischen Vorgaben.
- 5) **Demenzexperten** besitzen eine hohe Sicherheit in der Wahrnehmung, Situationen werden intuitiv erfasst und eine angemessene Handlung ohne umständliche Alternativlösungen angeleitet, sie benötigen keine expliziten Regeln und Richtlinien mehr. Wissen und Erfahrung sind untrennbar und intuitiv verfügbar miteinander verbunden. Hier kann man tatsächlich von Haltung sprechen.

Pflege- und Betreuungskräfte werden nach mindestens 2-3 Jahren Berufserfahrung zu „Kompetent Pflegerischen“. Um diese 3. Kompetenzstufe zu erreichen und sich darin weiterentwickeln können, benötigt man Zeit für regelmäßige Reflektion des eigenen Handelns, über Ursache und Wirkung.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände, Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen um im ersten Schritt den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über MmD) reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD im dritten Schritt erfahrbar gemacht.

Wenn das Team befähigt ist, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten kann, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht nicht mehr die Planung, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung, welche eine geeignete Möglichkeit der Reflektion des pflegerischen Handelns darstellt.

Um den Unterstützungsbedarf bei MmD im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen anhand eines bedürfnisorientierten Verhaltensmodells zusammengeführt:

- *Wie erlebe ich mich selbst als Person in dieser Beziehung. Welche Rolle fühle ich / möchte ich?*
- *Wie erlebt die Person sich selbst und ihre Umwelt?*
- *Welches Denken, Fühlen und Erleben erklärt den subjektiven Sinn von Verhaltensweisen?*
- *Was ist deren Funktion?*
- *Auf welche Themen ist das Verhalten eine Antwort?*

Aus diesen Antworten entwickelt sich eine vorläufige Hypothese → Verstehenshypothese.

Diese wird auf Stimmigkeit hin überprüft und mit neu gewonnenen Informationen abgeglichen um sie zu bestätigen, zu verändern und weiter zu entwickeln.

Hierbei muss die Möglichkeit bestehen, stets auf fluktuierende Zustände, also Schwankungen im Demenzerleben reagieren zu können!

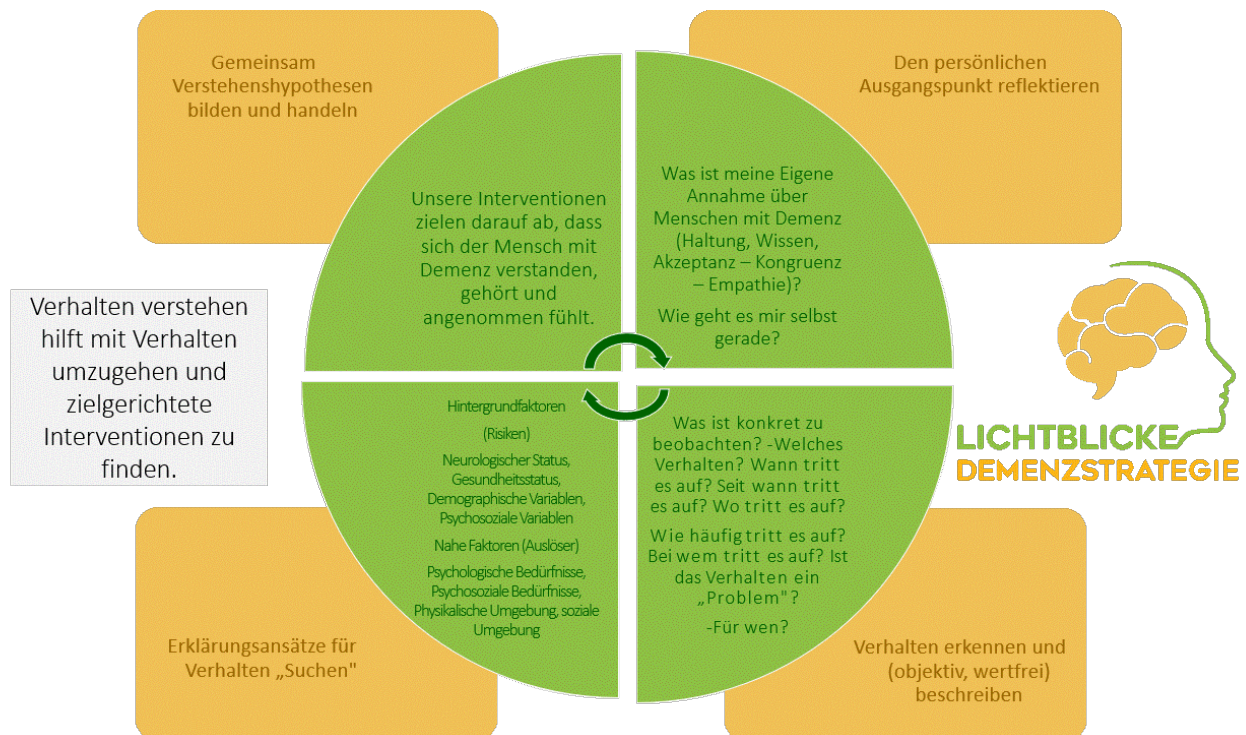
Wichtig ist hier die kritische Reflektion, weil die Verletzung sozialer Normen und Verhaltenserwartungen bei MmD zu Stress und zumeist unbewussten Distanzierungen führt.

MmD könnten so teilweise korrigiert, erzogen oder (unbewusst) vernachlässigt werden

Die Beschreibung des Verhaltens und die Suche nach Ursachen sind die ersten beiden Schritte der Verstehenden Diagnostik des Verhaltens.

Hierzu werden vielfältige Informationen über den MmD über die Umgebung und über die Beziehungen zu den pflegenden Personen benötigt.

Da die Erklärungssuche für das Verhalten nicht einfach ist und je nach Informationsstand und Perspektive unterschiedlich ausfallen kann, werden Fallbesprechungen als eine vielversprechende Methode für die Durchführung der Verstehenden Diagnostik empfohlen.



Die wichtigste Grundlage für ein erfolgreiches Demenzmilieu ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus pflegerischem, medizinischem und therapeutischem Fachpersonal, das mit den Angehörigen und den Betroffenen selbst, gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreicht. Für die Einschätzung des individuellen Beziehungsbedarfes braucht es neben der Empathie die eigene Gefühlswahrnehmung und Bewusstwerdung seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit allen an der Beziehungsgestaltung beteiligten Personen im Austausch zu bleiben.

Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt und Verstehenshypothesen gebildet die den subjektiven Sinn von demenziellen Verhaltensweisen erklären.

Ein interdisziplinäre Verstehenshypothese ist ein adäquates Mittel. Dazu müssen sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird und Veränderungen umgehend nachvollziehbar mitgeteilt werden.

Kollegiale Fallgespräche und Beratungen sind wesentliches Merkmal von Professionalisierung, die eigene Arbeit zu reflektieren und die eigene Qualität durch kollegialen Rat weiterzuentwickeln. Derartige ziel- und lösungsfokussierte Fallberatungen sind in vielen Sozialberufen längst Alltag geworden und spiegeln ein Selbstverständnis von Ihrer Arbeit wider. Trauen wir uns doch, diese Kultur der Selbstpflege auch in Pflegeberufe zu integrieren.

Ein „reflektierender Praktiker“ im Feld der Demenz zu sein hält Tom Kitwood für eine der schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben, die diese Gesellschaft zu vergeben hat.

Verstehenshypothese im Team, als Chance für Haltung und Entwicklung.

HEIME

Den persönlichen Ausgangspunkt reflektieren

Die „Verstehende Diagnostik“ im Umgang mit Demenz

Die Verstehenshypothese geht viel tiefer und wirkt nachhaltiger als gutgemeinte theoretische Modelle, Methoden und pauschale Kommunikationsregeln, sagt unser Autor.

Von Tobias Münzenhofer

Ein auf Funktions- und Verrichtungs-pflege ausgerichtetes Arbeits- und Demenzmilieu, was sich nur an Methoden, Modellen, Regeln und Anweisungen orientiert, erschwert die Entwicklung einer gemeinsamen Sorgehaltung und Verantwortung. Das „Wie“ entscheidet, ob man als jemand wahrgenommen wird, der einem Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

Authentizität spielt entscheidende Rolle

Hierbei spielt die eigene Authentizität eine große Rolle. Der Glaube, dass hier zum Beispiel allein Kommunikationsmodelle hilfreich sein können, verliert sich in der Praxis immer dann, wenn diese nach der Klassifizierung „Demenz“ regelhaft angewandt werden. Wir alle handeln im Hier und Jetzt überwiegend intuitiv und nach Gefühl. Dieses intuitive Handeln baut auf zumeist verborgenen Kompetenzen und Erfahrungen auf. Menschen unterscheiden sich in ihrem unterschiedlichen Ausmaß an dem hierfür notwendigen Einfühlungsvermögen, das als eine angeborene Persönlichkeitskomponente aufgefasst werden kann. Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus dem Prozess wahrnehmen, erkennen, mitfühlend und helfend eingreifen, was schnell und unbewusst abläuft.

Pflegekompetenzen werden permanent durch neues Lernen an eigenen Erfahrungen, aber auch an den fremden Erfahrungen, an Fällen – auch an Zwischenfällen –, an Wahrnehmungen und Reflexionen ausgebaut und vervollständigt.

1. Berufsanfänger verfügen über keinerlei Erfahrung in der direkten Interaktion mit Menschen

mit Demenz (MmD). Ihr Können ist hier auf Regelvorgaben angewiesen, an denen sie ihr Verhalten ausrichten, ohne Beachtung des Kontextes.

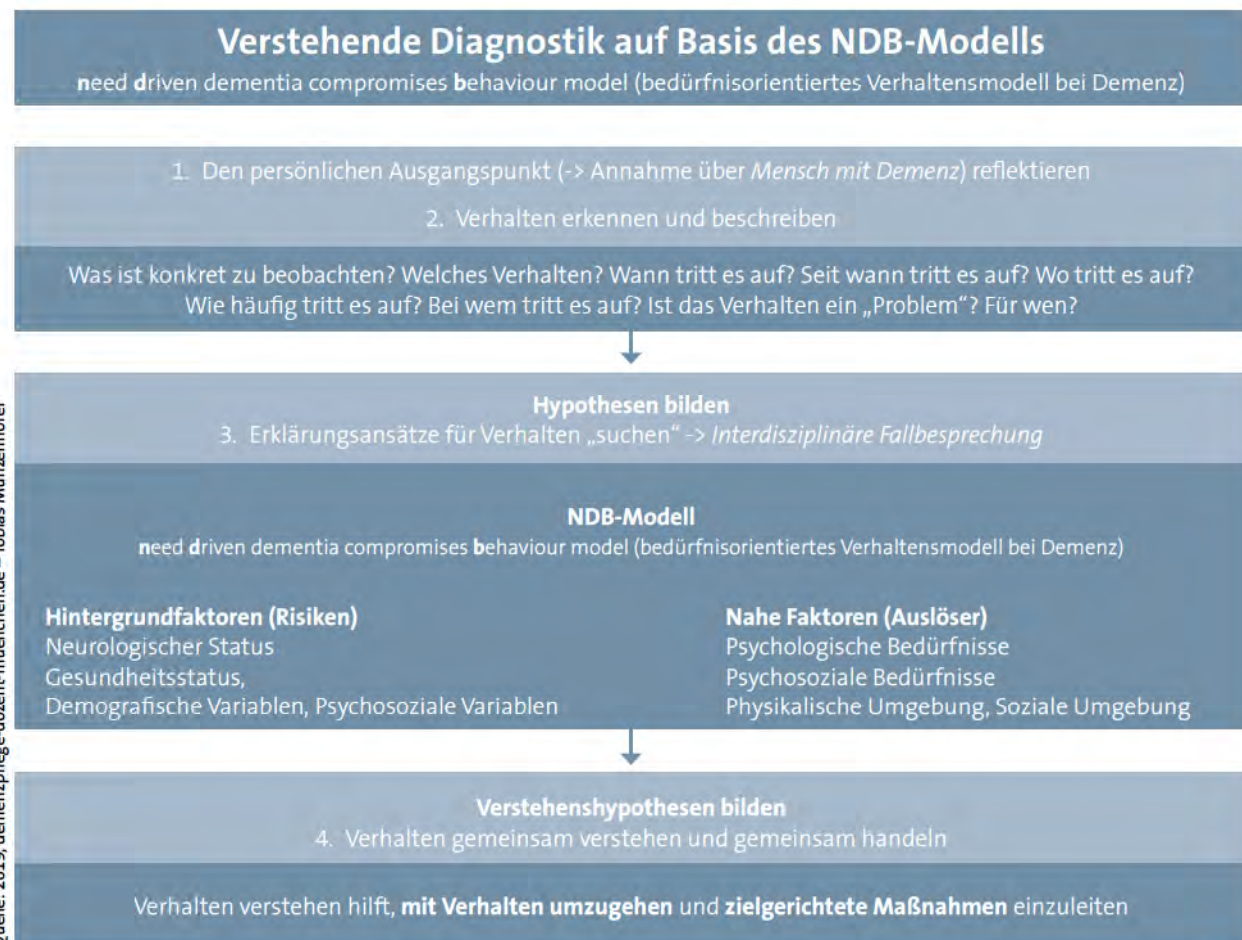
2. Fortgeschrittene Anfänger verfügen über erste Erfahrungen, erkennen verschiedene Aspekte von Situationen und deren wiederkehrende, bedeutungsvolle Bestandteile. Heißt: Mindestleistungen werden erbracht, sie benötigen aber noch Hilfestellung beim Setzen von Prioritäten.

3. Kompetente Pflegende (zwei bis drei Jahren Berufserfahrung) sind in der Lage, Probleme analytisch zu betrachten, verschiedene Sichtweisen zu entwickeln und Handlungen auf längerfristige Ziele oder Pläne auszurichten. Es erfolgen erste Verstehenshypothesen. Haltung, Ideologie und Pflegephilosophie bilden sich aus.

4. Erfahrene Pflegende nehmen Situationen als Ganzes wahr. Ihre Wahrnehmung ist geschult, Abweichungen und der Kern der herausfordernden Verhaltensweisen bei MmD werden erkannt, Wichtiges von Unwichtigem unterschieden. Das Handeln wird an Grundsätzen ausgerichtet und nicht mehr ausschließlich an theoretischen Vorgaben.

5. Demenzexperten besitzen eine hohe Sicherheit in der Wahrnehmung, Situationen werden intuitiv erfasst und eine angemessene Handlung ohne umständliche Alternativen angeleitet, sie benötigen keine expliziten Regeln und Richtlinien mehr. Wissen und Erfahrung sind untrennbar und intuitiv verfügbar miteinander verbunden. Hier kann man tatsächlich von Haltung sprechen.

Für diesen Lernprozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeig-



nete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände, Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht. Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen, um im ersten Schritt den persönlichen Ausgangspunkt – Annahmen über MmD – reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD im dritten Schritt erfahrbar gemacht.

Für die Einschätzung des individuellen Beziehungsbedarfes braucht es neben der Empathie die eigene Ge-

fühlwahrnehmung und Bewusstwerden seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit allen an der Beziehungsgestaltung beteiligten Personen im Austausch zu bleiben. Um den Unterstützungsbedarf bei MmD im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen anhand eines bedürfnisorientierten Verhaltensmodells zusammengeführt. Hierbei entwickelt sich eine vorläufige Hypothese. Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengesetzt, das den subjektiven Sinn von demenziellen Verhaltensweisen erklärt – die Verstehenshypo-

these. Diese wird auf Stimmigkeit hin überprüft und mit neu gewonnenen Informationen abgeglichen, um sie zu bestätigen, zu verändern und weiterzuentwickeln.

Die interdisziplinäre Verstehenshypothese ist ein adäquates Mittel. Dazu müssen sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird und Veränderungen umgehend nachvollziehbar mitgeteilt werden. Verstehenshypothesen im Team sind als Chance für Haltung und Entwicklung zu begreifen.

Der Autor ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter: info@demenzpflege-dozent-muenchen.de

Neue Geschäftsführung bei der Dorea Gruppe

Doppelspitze führt Unternehmen – Axel Hölzer wird Beirat

Berlin // Der Dorea Beirat und Mehrheitsgesellschafter Groupe Maison de Famille hat Stephan Demmerle (48) und Oliver Beck (53) mit sofortiger Wirkung die Aufgaben des Vorsitzenden der Geschäftsführung und Firmengründers Axel Hölzer übertragen. Das teilte das Unternehmen in einer Pressemitteilung am 8. Januar mit.

Hölzer will als Beirat neue Wachstumfelder entwickeln

Der Unternehmensgründer und Minderheitsgesellschafter Axel Hölzer (56) werde künftig als Beirat seine Arbeitsschwerpunkte auf die Lokalisierung und Entwicklung neuer Wachstumfelder und den Ausbau der Digitalisierung setzen. Zusätzlich werde er sich mit der mittel- und langfristigen Erschließung ausländischer Arbeitsmärkte sowie mit dem Know-How-Transfer und der Adaption erfolgreicher Konzepte und Lösungen aus anderen Ländergesellschaften



Oliver Beck (links) und Stephan Demmerle sind die neuen Geschäftsführer bei Dorea.

Foto: Dorea

der Groupe Maison de Famille nach Deutschland beschäftigen, wie der Pressemitteilung zu entnehmen ist.

Demmerle ist seit 1. September 2019 Chief Operating Officer und Beck seit dem 1. Oktober Chief Financial Officer. Beide Manager kommen aus der Tourismusbranche. Demmerle führte

bei der NH Hotelgruppe als Director of Operations Northern Europe 125 Hotels und 7 000 Mitarbeiter. Beck war zuvor acht Jahre kaufmännischer Geschäftsführer für die TUI Tochtergesellschaft Leisure Travel GmbH und war dort für die Integration von über 100 Reisebüros verantwortlich. (ck)

Schwere Vorwürfe gegen Leitungskräfte von Pflegeheim

Neu-Auflage im Prozess um Todesfälle

Bamberg // In der Seniorenresidenz Gleusdorf im unterfränkischen Landkreis Haßberge starben vor mehreren Jahren fünf Bewohner unter dubiosen Umständen – am Mittwoch vergangener Woche begann der Prozess gegen drei ehemalige Heimmitarbeiter von neuem. Vor dem Landgericht Bamberg verlas die Oberstaatsanwältin die Anklageschrift. In dem Altenheim waren zwischen 2011 und 2016 fünf Bewohner unter rätselhaften Umständen gestorben. Grund dafür sollen laut Anklage Misshandlungen und schlechte Versorgung gewesen sein. Die drei Angeklagten waren zum Zeitpunkt der Todesfälle leitende Mitarbeiter des Altenheims. Ihnen werden gemeinschaftlicher Totschlag in einem Fall und versuchter Totschlag in zwei Fällen vorgeworfen. Die Beschuldigten machten beim Prozessauftakt keine Angaben, ließen aber über ihre Verteidiger ausrichten, dass sie die Vorwürfe bestreiten. Der Anwalt der einstigen Heimlei-

terin erklärte, seine Mandantin bestreite insbesondere den in der Anklage formulierten Vorwurf, sie habe aus Gleichgültigkeit gegenüber den Heimbewohnern gehandelt. Auch treffe es nicht zu, dass sich die Beschuldigten „als Herren über Leben und Tod geriert“ hätten. Die Verteidiger des früheren Pflegedienstleiters und des einstigen ärztlichen Leiters des Heims schlossen sich dieser Erklärung an.

Der Prozess hatte ursprünglich bereits im Juli 2019 begonnen. Nach 13 Verhandlungstagen und mehr als 30 vernommenen Zeugen musste das Verfahren jedoch ausgesetzt werden, da einer der beteiligten Richter länger erkrankt war. Glücklicherweise niemand darüber, dass der Prozess neu habe beginnen müssen, sagte der Vorsitzende Richter: „Aber die Strafprozessordnung lässt uns keine andere Wahl.“ In dem neuen Prozess sind bis zum 13. März 15 Verhandlungstage angesetzt. (dpa)



26.5.2019

Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen

Dem Goldstandard annähern

Wer Schmerzen bei Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen einschätzt, benötigt geeignete Instrumente, geübtes Beobachten und guten Austausch.

Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ sagt, dass jeder Patient mit chronischen Schmerzen ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhält, das zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt. Doch neuesten Studien zufolge, zeigen 50 Prozent aller Pflegeheimbewohner Schmerzen. Dabei erhalten 20 Prozent keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Die Mehrzahl der Menschen mit Demenz zieht im Verlauf der Erkrankung in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Fünf Jahre nach der Diagnose lebt etwa die Hälfte der Betroffenen in einem Heim, nach acht Jahren sind es circa 90 Prozent. Wie erkennt man Schmerzen bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen, wenn es einen Unterschied macht, aus welcher Kultur jemand kommt und ob man nach Schmerzen fragt oder ob es wo wehtut?

Die kognitiven Einschränkungen oder der Verlust der Fähigkeit, sich verbal verständlich zu machen, bedürfen bei demenziell erkrankten Menschen sowie auch im hohen Alter häufig eines anderen Zugangs, um Schmerzen zu beurteilen. Zielgruppenspezifische Schmerzbeobachtungen und Schmerzeinschätzungen sollen hierbei auf lautsprachliche, mimische, verhaltensbedingte und physische Äußerungen der Betroffenen eingehen können.

Als Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung sollte das Team in jedem Fall eine effiziente Schmerzerfassung und ein darauf fußendes Schmerzmanagement leben. Denn mit einem guten Schmerzmanagement verringert sich die Zahl der Bewohner, die unruhig sind und herausforderndes Verhalten zeigen, erheblich.

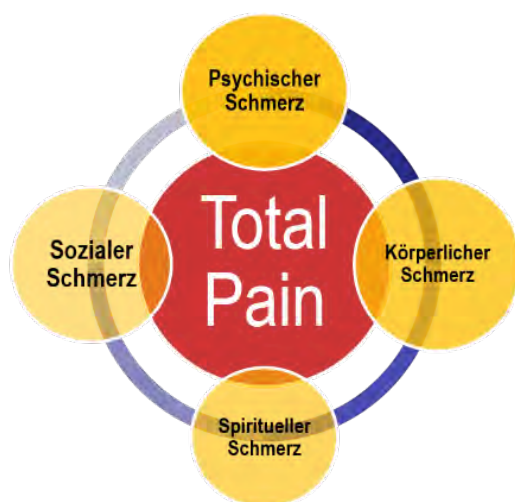
Wie Menschen mit Demenz Schmerz erleben

Schmerzreize werden im Alter eher stumpf wahrgenommen, der Schmerzeintritt erfolgt langsamer. Die Schmerzschwelle ab der ein Reiz als schmerzvoll wahrgenommen wird und die Schmerztoleranz, sind je nach Demenzform unterschiedlich ausgeprägt. Ist die persönliche Schmerztoleranz überschritten, wird diese bei Menschen mit kognitiven Störungen weniger durch die körpereigene Hemmung unterdrückt, wodurch eine deutlichere Schmerzmimik im Vergleich gesunder gleichaltriger zu erkennen ist.

Demenziell erkrankte Bewohner verlieren irgendwann das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie können den Schmerz nicht ihrem Körper, einem Organ oder einer Krankheit zuordnen. Sie zeigen ausgeprägte Mimik und vegetative Symptome. Durch den kognitiven Bedeutungsverlust, was ein Schmerz ist, könnten Demenzkranke zum Beispiel auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend darauf reagieren. Es kann vorkommen, dass sie laut „Aua“ rufen, wenn sie Angst haben, sich einsam fühlen oder zum Beispiel durch eine zu schnelle Bewegung erschrecken. Die Laute und die gemeinten Inhalte verlieren ihre Verbindung.

Allgemein erleben alte Menschen den Schmerz oft als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld und wollen keinem zur Last fallen. Dabei tun sie sich oft schwer damit, erstens Schmerz als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben.

Das Wort Schmerz hat in vielen Sprachen somit unterschiedliche Bedeutungen und ist abhängig von der jeweiligen kulturellen wie religiösen Betrachtungsweise des Schmerzes. Das Phänomen Schmerz ist sprachlich nur schwer definierbar, da eine Vielzahl der Schmerzbegriffe zusätzlich Emotionen beinhalten. Schmerz ist somit nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis. Es ist nicht nur der Schmerz, der das Leben bestimmt, sondern es ist auch das Leben, das die Intensität und die Bewertung des Schmerzes definiert.



Die englische Krankenschwester Cicely Saunders hat deshalb bereits in den 1960er Jahren das Konzept des völligen Schmerzes oder Leids definiert, das sogenannte Total Pain Konzept. Der „totale Schmerz“ setzt sich demnach aus vier Schmerzformen zusammen: körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz.

Geeignete Instrumente, um Schmerzen zu erfassen

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) wurde entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening-Verfahren zu bieten, um kognitive Defizite festzustellen.

Erläuterung zur Mini-Mental-Test-Auswertung (MMST):

- 30 bis 28 Punkte: keine Demenz
- 27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung
- 24 bis 18 Punkte: leichte Demenz
- 17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz
- Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz

Je nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung empfehlen sich unterschiedliche Instrumente für ein Schmerzassessment.

Mini-Mental-Test Auswertung	Hinweis	Empfehlung zum Assessment
30 bis 28 Punkte: keine Demenz		numerische Rating-Skala
27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	25 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala
24 bis 18 Punkte: leichte Demenz	57 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala + verbale Rating-Skala
17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz	Goldstandard: Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung	verbale Rating-Skala
Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz	Prüfen, ob kognitiver Bedeutungsverlust vorliegt, was ein Schmerz ist.	verbale Rating-Skala + Beurteilung Schmerzen bei Demenz

© 2019 demenzpflege-dozent-muenchen.de; Tobias Münzenhofer

Bei der numerischen Rating-Skala (NRS) wird der Patient aufgefordert, seine Schmerzen einer Skala von 0 bis 10 zuzuordnen. Bei kognitiv eingeschränkten Schmerzpatienten reichen die üblichen Schmerz-Assessments wie die NRS oft nicht aus, um Schmerzen erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

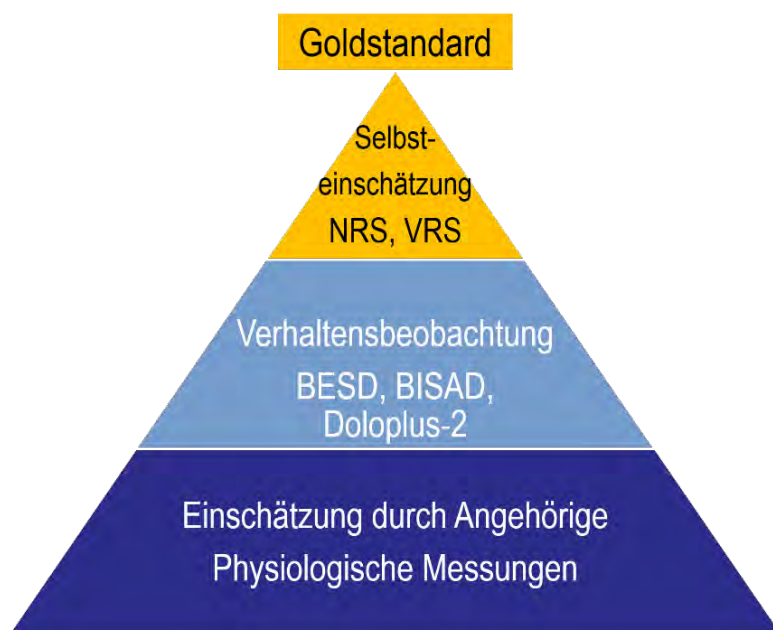
Bei der verbalen Rating-Skala (VRS) beschreibt der Patient seine Schmerzintensität als Ausdruck zwischen kein, mäßig, mittelstark, stark, unerträglich.

Die BESD-Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz ist eine deutsche Übersetzung der PAINAD-Scale mit den Beobachtungskategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung.

Bei der Einschätzung eines schmerzassoziierten Verhaltens konnte sich der BESD gegenüber anderer Fremdeinschätzungen wie etwa dem BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) durchsetzen. Dies liegt vor allem daran, dass im Vergleich anderer Assessments viele evidenzbasierte Ergebnisse vorliegen und sich diese am besten in unser Gesundheitssystem übertragen lassen. Der BESD gilt unter anderem als am besten geeignet, wenn man den Bewohner in seinem Verhalten nicht so gut kennt.

Um BISAD anwenden zu können, muss der Bewohner und sein übliches Verhalten hingegen gut bekannt sein. Die Pflegefachkraft muss also einschätzen können, wie der Bewohner sich in den vergangenen Tagen verhalten hat. Das kann insbesondere nach einer Aufnahme ins Krankenhaus schwierig sein. In ambulanten Settings ist der Einbezug von Informationen notwendig, die Angehörige geben können, um BISAD sinnvoll zu nutzen.

Als weitere empfohlene Instrumente zur Fremdeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen können der ZOPA oder Doloplus-2 aufgezählt werden.



Selbstauskunft als Goldstandard und mögliche Alternativen

Grundsätzlich hat auch bei Menschen mit Demenz die Selbstauskunft zu Schmerzen Vorrang. Die Schmerzselbsteinschätzung sollte somit immer als Goldstandard angesehen werden und gegenüber allen Fremdeinschätzungen bevorzugt oder und parallel angewandt werden.

Ausgeprägteres Schmerzverhalten bei einer Aktivität im Vergleich zur Ruhesituation weist sehr stark auf einen bewegungsabhängigen Schmerz hin. Achten Sie daher systematisch auf Verhaltensänderungen geachtet, etwa mittels BESD-Einschätzung. Auch herausfordernde Verhaltensweisen können auf Schmerzen hindeuten.

Sollte keine Selbstauskunft mehr möglich sein, gehen Sie folgendermaßen vor:

- Wenn eine üblicherweise schmerzhafte Erkrankung, Verletzung oder ein ebensolcher Eingriff vorliegt, können Sie davon ausgehen, dass der Betroffene Schmerzen hat.
- Beobachten Sie das übliche Verhalten des Bewohners, und achten Sie regelmäßig auf Verhaltensänderungen und prüfen Sie es auf Schmerzverhalten, vor allem auch während Aktivitäten.
- Nicht immer ist Schmerzverhalten erkennbar, oder Schmerzen äußern sich in demenztypischem, herausforderndem Verhalten.
- Wenn Sie Schmerzen vermuten, dann geben Sie versuchsweise ein Schmerzmittel (Initialbehandlung).

Die Schmerzeinschätzung sollten Sie nur als ausgebildete Pflegefachkraft anwenden. Grundsätzlich sollte die pflegerische Diagnostik, zu der die Schmerzeinschätzung gehört, durch Pflegefachpersonen erfolgen. Aber natürlich ist es wichtig, dass alle an der Pflege Beteiligten, also auch Hilfskräfte, Angehörige oder andere, ihre Erkenntnisse in den diagnostischen Prozess einbringen. Daher können vor allem schmerzassoziierte Verhaltenseinschätzungen auch gut zu zweit oder dritt im Austausch beziehungsweise gemeinsam genutzt werden.

Die S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (Stand 11. Juli 2017) gibt 62 weitere praxisnahe wie evidenzbasierte Empfehlungen zur Implementation eines zielgruppenspezifischen Schmerzmanagements für die vollstationäre Altenhilfe.

Kernaussagen der Leitlinie

1. Bei jedem Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung soll ein Screening auf mögliche Schmerzen durchgeführt werden.
2. Bei vorhandenem Schmerz (positives Screening) soll sich ein vertieftes Assessment anschließen, dessen Leitkriterium die Schmerzstärke ist. Außerdem sind der Mobilitätsstatus und die Auswirkungen des Schmerzes auf die Funktion zu überprüfen.
3. Eine regelhafte Verlaufserfassung soll durchgeführt werden, um zu prüfen, ob das Schmerzmanagement anzupassen oder weitere Diagnostik erforderlich ist.
4. Ist eine Selbstauskunft zu Schmerzen nicht möglich, soll vor allem geprüft werden, ob der Bewohner potenziell schmerzauslösende Erkrankungen hat und ob schmerztypische Verhaltensweisen auftreten.

Schmerzbehandlung als interdisziplinäre Teamaufgabe

Die wichtigste Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus ausgebildeten Schmerzexperten (Pain Nurse, Algesiologische Fachassistenz), Schmerztherapeuten, Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Angehörigen, Bezugspersonen und dem Bewohner selbst, um gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreichen zu können.

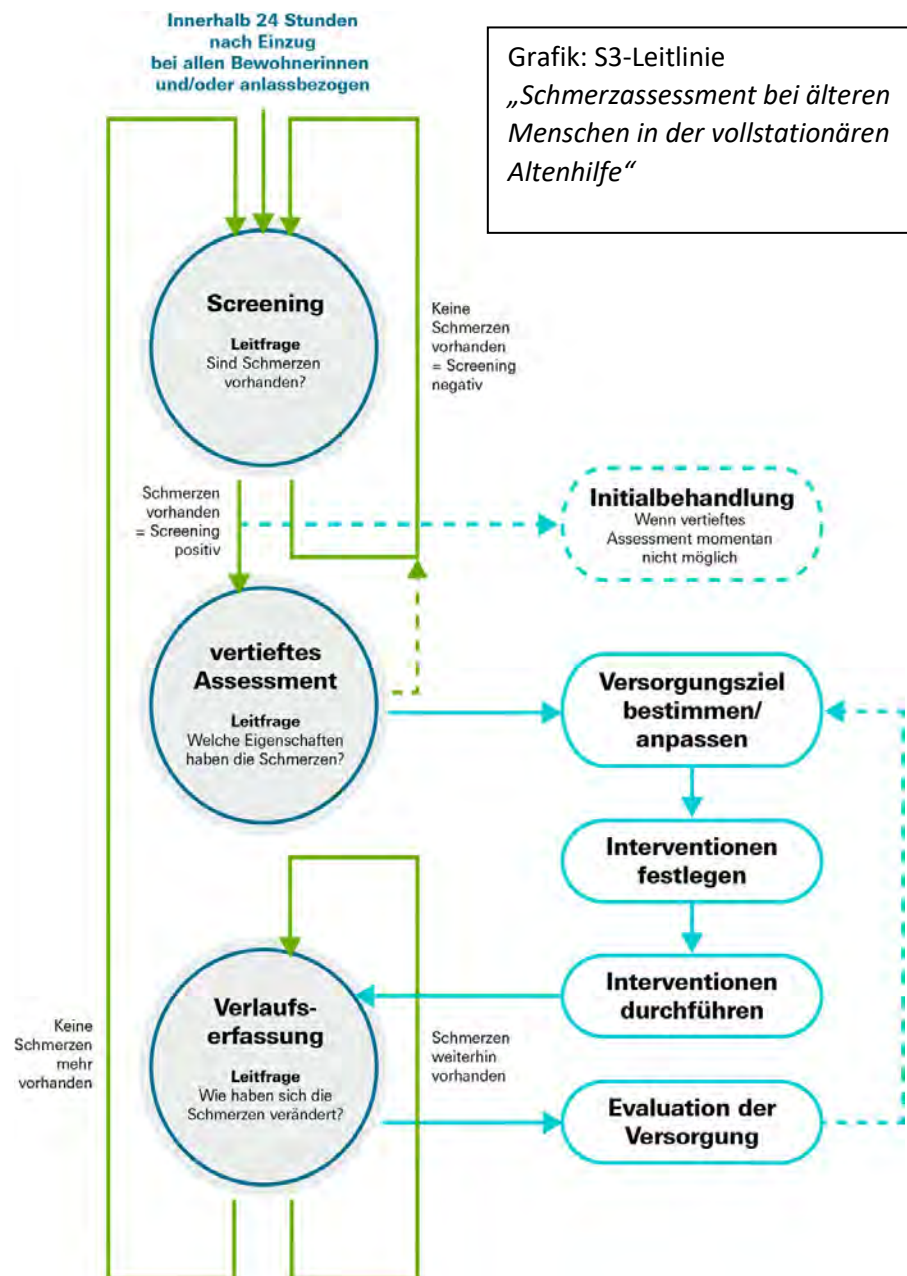
Für eine gute Schmerzeinschätzung braucht es die Gefühlswahrnehmung und Intuition. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit Teamkollegen im Austausch zu bleiben sowie Zeit für die Reflexion freizuräumen.

Durch Erfahrungswerte Einzelner können subjektive Eindrücke gewonnen werden, die durch Erfahrung zu einer messbaren (Schmerz-)Größe und Parameter werden.

Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt. Fallbesprechungen sind daher ein adäquates Mittel für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung. Dazu sollten sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird, und gesundheitliche Veränderungen umgehend mitgeteilt werden.

Autor: Tobias Münzenhofer

Veröffentlichung: CareKonkret 03/2019, Vincentz Altenpflege 12/2019



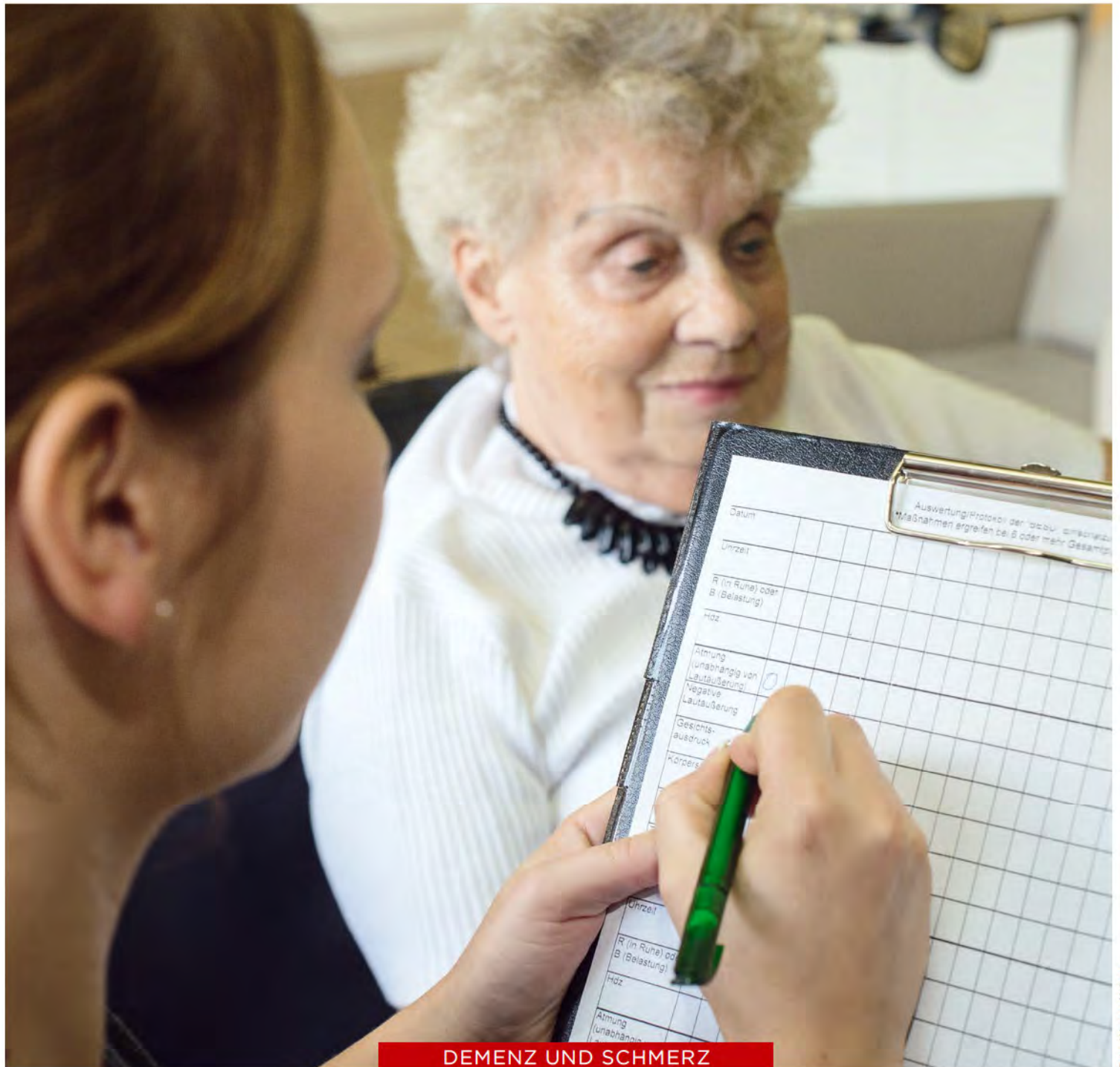


Foto: Werner Krüper

DEMENTZ UND SCHMERZ

Dem Goldstandard ANNÄHERN

*Wer Schmerzen bei Menschen mit starken kognitiven
Einschränkungen einschätzt, benötigt geeignete Instrumente,
geübtes Beobachten und guten Austausch.*

TEXT: TOBIAS MÜNZENHOFER

Pflege und Begleitung

Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ sagt, dass jeder Patient mit chronischen Schmerzen ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhält, das zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder zur Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt. Doch neuesten Studien zufolge, zeigen 50 Prozent aller Pflegeheimbewohner Schmerzen. Dabei erhalten 20 Prozent der Betroffenen keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Die Mehrzahl der Menschen mit Demenz zieht im Verlauf der Erkrankung in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Fünf Jahre nach der Diagnose lebt etwa die Hälfte der Betroffenen in einem Heim, nach acht Jahren sind es circa 90 Prozent. Wie erkennt man Schmerzen bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen, wenn es einen Unterschied macht, aus welcher Kultur jemand kommt und ob man nach Schmerzen fragt oder ob es wo wehtut?

Die kognitiven Einschränkungen oder der Verlust der Fähigkeit, sich verbal verständlich zu machen, bedürfen bei demenziell erkrankten Menschen sowie auch im hohen Alter häufig eines anderen Zugangs, um Schmerzen zu beurteilen. Zielgruppenspezifische Schmerzbeobachtungen und Schmerzeinschätzungen sollen hierbei auf lautsprachliche, mimische, verhaltensbedingte und physische Äußerungen der Betroffenen eingehen können.

Als Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung sollte das Team in jedem Fall eine effiziente Schmerzerfassung und ein darauf fußendes Schmerzmanagement leben. Denn mit einem guten Schmerzmanagement verringert sich die Zahl der Bewohner, die unruhig sind und herausforderndes Verhalten zeigen, erheblich.

Schmerzreize werden im Alter eher stumpf wahrgenommen, der Schmerzeintritt erfolgt langsamer. Die Schmerzschwelle, ab der ein Reiz als schmerzvoll wahrgenommen wird, und die Schmerztoleranz, sind je nach Demenzform unterschiedlich ausgeprägt. Ist die persönliche Schmerztoleranz überschritten, wird diese bei Menschen mit kognitiven Störungen weniger durch die körpereigene Hemmung unterdrückt, wodurch eine deutlichere Schmerzmimik im Vergleich gesunder gleichaltriger zu erkennen ist.

Wie Menschen mit Demenz Schmerz erleben

Demenzbetroffene verlieren irgendwann das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie können den Schmerz nicht ihrem Körper, einem Organ oder einer Krankheit zuordnen, zeigen ausgeprägte Mimik und vegetative Symptome. Durch den kognitiven Bedeutungsverlust, was ein Schmerz ist, könnten sie auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend reagieren. Es kann vorkommen, dass sie laut „Aua“ rufen, wenn sie Angst haben, sich einsam fühlen oder zum Beispiel durch eine zu schnelle Bewegung erschrecken. Die Laute und die gemeinten Inhalte verlieren ihre Verbindung.

Allgemein erleben alte Menschen den Schmerz oft als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld und wollen keinem zur Last fallen. Dabei tun sie sich oft schwer damit, erstens Schmerz als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben.

Das Wort Schmerz hat in vielen Sprachen somit unterschiedliche Bedeutungen und ist abhängig von der jeweiligen kulturellen wie religiösen Betrachtungsweise des Schmerzes. Das Phänomen Schmerz ist sprachlich nur schwer definierbar, da eine Vielzahl der Schmerzbegriffe zusätzlich Emotionen beinhalten. Schmerz ist somit nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis. Es ist nicht

Schmerzerfassung – wie und durch wen

Die Schmerzeinschätzung erfolgt entweder durch

- Angehörige/physiologische Messungen
 - Verhaltensbeobachtung (BESD, BISAD, Doloplus-2)
 - Selbsteinschätzung (NRS, VRS)
- Letzteres ist als Goldstandard zu sehen und soweit möglich den anderen Methoden vorzuziehen.

nur der Schmerz, der das Leben bestimmt, sondern es ist auch das Leben, das die Intensität und die Bewertung des Schmerzes definiert. Die englische Krankenschwester Cicely Saunders hat deshalb bereits in den 1960er Jahren das Konzept des völligen Schmerzes oder Leids definiert, das sogenannte Total Pain Konzept. Der „totale Schmerz“ setzt sich demnach aus vier Schmerzformen zusammen: körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz.

Geeignete Instrumente, um Schmerzen zu erfassen

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) wurde entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening-Verfahren zu bieten, um kognitive Defizite festzustellen. Diesem Test nach ergeben sich je nach Punktewert folgende Empfehlungen, welche Schmerzeinschätzung geeignet sein könnte:

Bei der numerischen Rating-Skala (NRS) wird der Patient aufgefordert, seine Schmerzen einer Skala von 0 bis 10 zuzuordnen. Bei kognitiv eingeschränkten Schmerzpatienten reichen die üblichen Schmerz-Assessments »»

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Bewegungsmelder
drahtlos, kompatibel mit fast
allen Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de

Pflege und Begleitung



» wie die NRS oft nicht aus, um Schmerzen erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

Bei der verbalen Rating-Skala (VRS) beschreibt der Patient seine Schmerzintensität als Ausdruck zwischen kein, mäßig, mittelstark, stark, unerträglich (siehe Tabelle nächste Seite).

Die BESD-Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz ist eine deutsche Übersetzung der PAINAD-Scale mit den Beobachtungskategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung. Bei der Einschätzung eines schmerzassoziierten Verhaltens konnte sich der BESD gegenüber anderer Fremdeinschätzungen wie etwa dem BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) durchsetzen. Dies liegt vor allem daran, dass im Vergleich zu anderen Assessments viele evidenzbasierte Ergebnisse vorliegen und sich diese am besten in unser Gesundheitssystem übertragen lassen. Der BESD gilt unter anderem als am besten geeignet, wenn man den Bewohner in

seinem Verhalten nicht so gut kennt. Um BISAD anwenden zu können, muss der Bewohner und sein übliches Verhalten hingegen gut bekannt sein. Die Pflegefachkraft muss also einschätzen können, wie der Bewohner sich in den vergangenen Tagen verhalten hat. Das kann insbesondere nach einer Aufnahme ins Krankenhaus schwierig sein. In ambulanten Settings ist der Einbezug von Informationen notwendig, die Angehörige geben können, um BISAD sinnvoll zu nutzen.

Als weitere empfohlene Instrumente zur Fremdeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen können der ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment) oder Doloplus-2 aufgezählt werden.

Selbstauskunft als Goldstandard und mögliche Alternativen

Grundsätzlich hat auch bei Menschen mit Demenz die Selbstauskunft zu Schmerzen Vorrang. Die Schmerzselbsteinschätzung sollte somit immer als Goldstandard angesehen werden und gegenüber allen Fremdeinschätzungen bevorzugt oder und parallel angewandt werden.

Ausgeprägteres Schmerzverhalten bei einer Aktivität im Vergleich zur Ruhesituation weist sehr stark auf einen bewegungsabhängigen Schmerz hin. Achten Sie daher systematisch auf Verhaltensänderungen, etwa mittels BESD-Einschätzung. Auch herausfor-

MEHR ZUM THEMA
Autorenkontakt:
 Tel. (0 81 02) 7 27 87 16,
 info@
 demenzpflege-dozent-muenchen.de,
 demenzpflege-dozent-muenchen.de

Die S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (Stand 11. Juli 2017) gibt 62 weitere praxisnahe wie evidenzbasierte Empfehlungen zur Implementation eines zielgruppenspezifischen Schmerzmanagements für die vollstationäre Altenhilfe.

Lesen Sie dazu auch den Beitrag von Erika Sirsch in Altenpflege 12.2018 inklusive einer Grafik zum Ablauf eines Schmerzassessments.

dernde Verhaltensweisen können auf Schmerzen hindeuten.

Sollte keine Selbstauskunft mehr möglich sein, gehen Sie folgendermaßen vor:

- Wenn eine üblicherweise schmerzhafte Erkrankung, Verletzung oder ein ebensolcher Eingriff vorliegen, können Sie davon ausgehen, dass der Betroffene Schmerzen hat.
- Beobachten Sie das übliche Verhalten des Bewohners, und achten Sie regelmäßig auf Verhaltensänderungen, und prüfen Sie es auf Schmerzverhalten, vor allem auch während Aktivitäten.

Welches Schmerzassessment eignet sich wann?

Mini-Mental-Test Auswertung zur Schwere der Demenz	Hinweis	Empfehlung zum Assessment
30 bis 28 Punkte: keine Demenz		numerische Rating-Skala
27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	25 Prozent der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen	numerische Rating-Skala
24 bis 18 Punkte: leichte Demenz	57 Prozent der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen	numerische Rating-Skala + verbale Rating-Skala
17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz	Goldstandard: Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung	verbale Rating-Skala
Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz	Prüfen, ob kognitiver Bedeutungsverlust vorliegt, was ein Schmerz ist	verbale Rating-Skala + Beurteilung Schmerzen bei Demenz

Je nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung empfehlen sich unterschiedliche Instrumente für ein Schmerzassessment.



Bei

Demenzbetroffenen benötigen Pflegende oft einen anderen Zugang, um Schmerz zu beurteilen.

- Nicht immer ist Schmerzverhalten erkennbar, oder Schmerzen äußern sich in demenztypischem, herausforderndem Verhalten.
- Wenn Sie Schmerzen vermuten, dann geben Sie versuchsweise ein Schmerzmittel (Initialbehandlung).

Die Schmerzeinschätzung sollten Sie nur als ausgebildete Pflegefachkraft anwenden. Grundsätzlich sollte die pflegerische Diagnostik, zu der die Schmerzeinschätzung gehört, durch Pflegefachpersonen erfolgen. Aber natürlich ist es wichtig, dass alle an der Pflege Beteiligten, also auch Hilfskräfte, Angehörige oder andere, ihre Erkenntnisse in den diagnostischen Prozess einbringen. Daher können vor allem schmerzassoziierte Verhaltens einschätzungen auch gut zu zweit oder dritt im Austausch beziehungsweise gemeinsam genutzt werden.

Schmerzbehandlung als interdisziplinäre Teamaufgabe

Die wichtigste Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus ausgebildeten Schmerzexperten (Pain Nur-

se, Algesiologische Fachassistenz), Schmerztherapeuten, Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Angehörigen, Bezugspersonen und dem Bewohner selbst, um gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreichen zu können.

Für eine gute Schmerzeinschätzung braucht es die Gefühlswahrnehmung und Intuition. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit Teamkollegen im Austausch zu bleiben sowie Zeit für die Reflexion freizuräumen. Durch Erfahrungswerte Einzelner können subjektive Eindrücke gewonnen werden, die durch Erfahrung zu einer messbaren (Schmerz-)Größe und Parameter werden. Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlsein-

drücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt.

Fallbesprechungen sind daher ein adäquates Mittel für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung. Dazu sollten sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird, und gesundheitliche Veränderungen umgehend mitgeteilt werden. <<<



Tobias Münzenhofer
Altenpfleger,
Pflegedozent,
Höhenkirchen-Siegertsbrunn

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funkfinger
kompatibel mit fast allen
Schwesterrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.mega.com-gmbh.de

HEIME

Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen

Schmerzen auch nonverbal erkennen und einschätzen

Demenziell erkrankte Menschen verlieren das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Doch wie lassen sich Schmerzen bei ihnen dann einschätzen? Ein gutes Schmerzmanagement ist dafür essenziell.

Von Tobias Münzenhofer

München // Die kognitiven Einschränkungen oder der Verlust der Fähigkeit, sich verbal verständlich zu machen, bedürfen bei demenziell erkrankten Menschen sowie auch im hohen Alter häufig eines anderen Zugangs zur Beurteilung ihrer Schmerzen. Zielgruppenspezifische Schmerzbeobachtungen und Schmerzeinschätzungen sollen hierbei auf lautsprachliche, mimische, verhaltensbedingte und physische Äußerungen der Klienten eingehen können.

Neuesten Studien zufolge, zeigen 50 Prozent aller Pflegeheimbewohner Schmerzen, dabei erhalten 20 Prozent keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie. Als Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung sollte in jedem Fall eine effiziente Schmerzerfassung und ein darauf fußendes Schmerzmanagement gelebt werden.

Mit einem guten Schmerzmanagement verringert sich die Zahl der Patienten, die unruhig sind und herausforderndes Verhalten zeigen, erheblich. Schmerzreize werden im

Alter eher stumpf wahrgenommen, der Schmerzeintritt erfolgt langsamer. Die Schmerzschwelle, ab der ein Reiz als schmerzvoll wahrgenommen wird, und die Schmerztoleranz sind – je nach Demenzform – unterschiedlich ausgeprägt. Ist die persönliche Schmerztoleranz überschritten, wird diese bei Menschen mit kognitiven Störungen weniger durch die körpereigene Hemmung unterdrückt, wodurch eine deutlichere Schmerzreaktion im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen zu erkennen ist.

Was ist ein Schmerz?

Demenziell erkrankte Menschen verlieren irgendwann das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie können den Schmerz nicht ihrem Körper, einem Organ oder einer Krankheit zuordnen. Sie zeigen ausgeprägte Mimik und vegetative Symptome. Durch den kognitiven Bedeutungsverlust, was ein Schmerz ist, könnten Demenzkranke z. B. auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend darauf reagieren. Es kann vorkommen, dass

sie laut „Aua“ rufen, wenn sie Angst haben, sich einsam fühlen oder z. B. durch eine zu schnelle Bewegung erschrecken. Die Laute und die gemeinten Inhalte verlieren ihre Verbindung. Allgemein erleben alte Menschen den Schmerz oft als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld und wollen keinem zur Last fallen. Dabei tun sie sich oft schwer damit, erstens den Begriff „Schmerz“

als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben.

Schmerz ist nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis. Es ist nicht nur der Schmerz, der das Leben bestimmt, sondern es ist auch das Leben, das die Intensität und die Bewertung des Schmerzes mitbestimmt.

Bei der numerischen Rating-Skala wird der Patient aufgefordert, seine Schmerzen einer Skala von 0-10 zuzuordnen. Bei kognitiv eingeschränkten Schmerzpatienten reichen die üblichen Schmerz-Assessments nicht aus, um Schmerzen erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Bei der verbalen Rating-Skala beschreibt der Patient seine Schmerzintensität als Ausdruck zwischen „kein, mäßig, mittelstark, stark, unerträglich“. Mit der BESD-Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz wird über 5 Beobachtungskategorien (Atmung, negative Lautäußerungen, Mimik, Körpersprache, Trost) ein schmerzassoziertes Verhalten eingeschätzt. Der BESD konnte sich gegenüber anderer Fremdeinschätzungen durchsetzen. Dies liegt vor allem daran, dass im Vergleich anderer Assessments viele evidenzbasierte Ergebnisse vorliegen und sich diese am besten in unser Gesundheitssystem übertragen lassen. Der BESD gilt unter anderem als am

besten geeignet, wenn man den Patienten in seinem Verhalten nicht so gut kennt. Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) wurde zur Feststellung kognitiver Defizite entwickelt. Je nach MMST-Screening kann folgende Schmerzeinschätzung empfohlen werden (siehe Tabelle).

Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall zwischen Pflege-Schmerzexperten, Schmerztherapeuten, Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und dem Schmerz betroffenen selbst, um gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreichen zu können. Für eine gute Schmerzeinschätzung braucht es die Gefühls- und Intuition. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit Teamkollegen im Austausch zu bleiben. Durch Erfahrungswerte Einzelner können subjektive Eindrücke gewonnen werden, die durch Erfahrung zu einer messbaren (Schmerz-) Größe werden. Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühls- und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt.

Der Autor ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter.

WANN NIMMT MAN WELCHE SKALA?

Mini-Mental-Test Auswertung	Hinweis	Empfehlung zum Assessment
30 bis 28 Punkte: keine Demenz		numerische Rating-Skala
27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	25 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala
24 bis 18 Punkte: leichte Demenz	57 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala + verbale Rating-Skala
17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz	Goldstandard: Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung	verbale Rating-Skala
Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz	Prüfen, ob kognitiver Bedeutungsverlust vorliegt, was ein Schmerz ist.	verbale Rating-Skala + Beurteilung Schmerzen bei Demenz

© 2019 demenzpflege-dozent-muenchen.de; Tobias Münzenhofer

Führen in der Altenhilfe

Werkzeugkoffer für Wohnbereichsleitungen



Dr. Mercedes Stiller, Frank von Pablocki
Führen in der Altenhilfe
Werkzeugkoffer für die Wohnbereichsleitungen

Vom Kollegen zum Vorgesetzten. Für alle Wohnbereichsleitungen, die den Rollentausch meistern müssen oder nach längerer Tätigkeit neue Impulse zum Thema Führung suchen:

Dieses Handbuch bietet Orientierung, praxisnahe Werkzeuge und Lösungsvorschläge. Zum Einstieg, zur Führungsrolle, zum eigenen Rollenverständnis, zu Führungstechniken.

Dr. Mercedes Stiller, Frank von Pablocki
Führen in der Altenhilfe
Werkzeugkoffer für die Wohnbereichsleitung
2019, 132 Seiten, kart.,
26,80 €, Best.-Nr. 20854

Vincenz Network
T +49 511 9910-033
F +49 511 9910-029
buecherdienst@vincenz.net
www.altenpflege-online.net/shop

Besuchen Sie uns auf der
ALTE PFLEGE Halle 7 · Stand D45



Ermittlungen gegen Diakonie-Heimleiter

Heimleiter soll Geld veruntreut haben

Oldenburg // Die Staatsanwaltschaft Oldenburg hat den ehemaligen Leiter eines Alten- und Pflegeheims der Diakonie in Brake (Niedersachsen) wegen des Verdachts der gewerbsmäßigen Untreue in 41 Fällen angeklagt. Der Beschuldigte soll zwischen November 2012 und September 2017 insgesamt 217 500 Euro vom Heimkonto abgehoben und für sich verwendet haben.

Das teilte die Staatsanwaltschaft Oldenburg am Montag vergangener Woche mit. Das Amtsgericht Brake müsse nun über die Eröffnung des Hauptverfahrens entscheiden. Der Mann habe über seinen Verteidiger

angekündigt, die Taten vor Gericht gestehen zu wollen, erklärte die Staatsanwaltschaft. Im Fall einer Verurteilung droht ihm eine Freiheitsstrafe. Anschuldigungen wegen früherer Abhebungen wurden fallen gelassen, da diese Taten bereits verjährt sind. Die Diakonie im Oldenburger Land begrüßte die Anklage. Die Misstände seien damals im Braker Christopherus-Haus selbst aufgefallen, sagte Sprecher Frerk Hinrichs. Der Heimleiter habe daraufhin die Einrichtung auf eigenen Wunsch verlassen: „Wir sind froh, dass der Fall jetzt gründlich aufgearbeitet werden kann.“ (epd)

27-10-2018 FÜHRUNGSKRÄFTE VS. ROLLENVERSTÄNDNIS EXPERTENSTANDARD

„BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI MENSCHEN MIT DEMENZ“

IST DAS THEMA DEMENZ PRIMÄR FÜHRUNGSAUFGABE?

Der DNQP Expertenstandard Beziehungspflege bei Menschen mit Demenz sorgt bis dato für großes Aufsehen.

Bei 'MENSCHEN mit demenz' werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann dem 'MENSCHEN mit demenz' hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich.

Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von 'MENSCHEN mit demenz' Lebensqualität bildet und beeinflusst.

Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen 'MENSCHEN mit demenz' und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden.

Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung werden im Rahmen des 21. Netzwerk-Workshops am 22. März 2019 in Osnabrück vorgestellt.

Wenn man über diesen Expertenstandard spricht, können sich die Gesprächsinhalte innerhalb der einzelnen Professionen unterscheiden.

Führungskräfte:

„Haltung, das machen wir schon gut.“

„Es geht jetzt darum, wie man dies so umsetzt, sodass die Prüfbehörden zufrieden sind.“

„Habe in der Einrichtung viel Arbeit liegen lassen um heute zu erfahren, wie die konkrete Umsetzung für die nächsten Tagen aussehen soll.“

Pflegende, Therapeuten:

"Mich als Pfleger würde es interessieren was die Soziale Betreuung genau macht"

"Woher nehme ich die Zeit für eine Verstehenshypothese und Fallgespräch?"

"Wie finde ich wieder Sinn in meiner Arbeit?"

"Was brauche ich nun um während der Funktionspflege auch die Beziehung gestalten und fördern zu können?"

Diese und ähnliche Eindrücke machen deutlich, dass neben dem Pflege- und Therapeuten-Team, insbesondere sich auch Führungskräfte in einem „Ohnmachtsgefühl“ befinden.

Dieses Gefühl von Hilflosigkeit und subjektiv empfundene mangelnde Einflussmöglichkeiten zur Umsetzung dieses Standards geht oft mit Angst, Wut und Frustration einher.

Für die Umsetzung dieses Standards kann es daher sinnvoll sein, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten und erst dann für jede Profession Arbeitspakete zu entwickeln.

Ja, und es stimmt – keine Institution fängt bei dem Thema „Demenz“ bei Null an.

Vor allem auch deshalb nicht, da uns das Thema doch schon Jahrzehnte lang beschäftigt und sich dabei stetig entwickelt hat. Ein reflektierter Blick von außen kann dennoch nicht schaden, vor allem auch, weil wir alle das Phänomen der "selektiven Wahrnehmung" kennen.

Schuster, bleib bei deinen Leisten. Jede Profession hat seine Aufgaben.

In diesem Standard ist erstmals gut beschrieben, was Führungsverantwortung bedeuten kann und geht auf die jeweiligen Aufgaben und Arbeitspakete differenziert ein, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind.

Führungskräfte sollten bezüglich der Umsetzung nicht glauben müssen, sie seien „alleinverantwortlich“ und sich diesen Druck aussetzen.

Für Führungskräfte stellt es eine Entlastung dar, wenn sie auf die Fachlichkeit ihres Pflege- und Therapeutenteam so vertrauen können, dass diese selbstständig in Anleitung eigene Lösungen suchen.

Die Implementierung von `Demenzbeauftragten´ hat sich in unterschiedlichsten Institutionen bewährt und kann sich refinanzieren.

Führungskräfte stärken den Pflegenden den Rücken, wirken teamunterstützend und schaffen Rahmenbedingungen die es ermöglichen, dass Mitarbeiter in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet werden können.

Führungskräfte wissen, dass Führung darauf abzielt, dass Pflegenden das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Führungskräfte wie Pflegenden sollten die Freiheit haben gestalten zu dürfen.

Dies benötigt Zeit und ist ein fortdauernder interdisziplinärer Teamprozess.

Persönlich finde ich hierzu das Kaizen-Modell als sehr veranschaulichend.

Kaizen bedeutet die schrittweise Verbesserung und Perfektionierung von Prozessen. Dabei ist Kaizen genau wie das Qualitätsmanagement nicht als einmaliges Projekt durchführbar, sondern eine Unternehmensphilosophie, die von einem Unternehmen gelebt werden muss um erfolgreich sein zu können.

Im Kern des Kaizen-Ansatzes stehen die Mitarbeiter und die Teamarbeit, in deren Rahmen kleine Gruppen sogenannte Qualitätszirkel bilden und regelmäßig alle Prozesse und Abläufe analysieren, diskutieren und optimieren.

"Haltung" kann man nicht anordnen. Die Entwicklung erfolgt sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“.

Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die „Dokumentation“ gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen.

Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben. Auch wird keine Prüfbehörde Qualität oder gar Haltung in eine Institution hineinprüfen.

Es muss verdeutlicht werden, dass sich dieser Expertenstandard von anderen unterscheidet – es geht hier nicht um die Einführung von z. B. einem Wundmanagement.

"Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten." (Müller-Hergl)

Dieser Expertenstandard geht zunächst auch nicht von den Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege aus, sondern stellt das Bedürfnis und den Bedarf von Menschen mit Demenz nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und die Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt, indem durch individuelle Interaktions- und Kommunikationsangebote ein Beitrag zur Beziehungsgestaltung und damit der Lebensqualität von Menschen mit Demenz geleistet wird.

Dieser Unterschied erfordert es, dass auch Führungskräfte daran interessiert sind, sich Wissen und Kompetenz zu Demenz anzueignen.

Nur somit kann eine Führungskraft selbst Beziehungen gestalten und die hierfür notwendige „Haltung“ leben wie auch vorleben.

Es sollte verstanden werden, dass hierzu Geduld wie auch Ausdauer gefragt ist, damit „Haltung“ in der Einrichtung wachsen kann und mit Freude und Lebendigkeit wahrgenommen wird.

Eine offene Fehlerkultur und Kommunikation sollte gefördert und gelebt werden.

Dies dient nicht nur der „Haltung“ sondern ist auch wichtigster Baustein zur Gewaltprävention.

Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen.

Für eine person-zentrierte Haltung und letztlich die Umsetzung dieses Standards braucht es die ganze Institution als Einheit, die an etwas Gemeinsames glaubt und sich dieses Ziel der person-zentrierten Beziehungspflege auf die Qualitätsfahne schreibt.

Neben der Personal- und Organisationsentwicklung sollte die eigene Persönlichkeit stets linear mitentwickelt werden.

Für die Entwicklung einer person-zentrierten Pflege ist es somit notwendig, dass Führungskräfte die Bereitschaft zeigen, sich mit ihrer eigenen Rolle zu diesem Thema beschäftigen zu wollen.

Supervisionen, Coachings und kollegiale Fallberatungen werden in diesem Expertenstandard nicht umsonst als wichtige Teammaßnahme erachtet.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich der Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen.

Die fünf Handlungsebenen des Expertenstandards und die strukturellen Qualitätskriterien der Organisationsverantwortung:

(Quelle: Entwurf zur Veröffentlichung - DNQP Expertenstandard Beziehungsgestaltung Menschen mit Demenz)

1. Einschätzung Erfassungs- und Einschätzungsebene bei Haltung und Kompetenz

Die Einrichtung (Führungskraft) fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

2. Planung von beziehungsfördernden Maßnahmen

Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.

3. Beratung, Anleitung, Information und Schulung

Die Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.

4. Durchführung von beziehungsfördernden Maßnahmen

Die Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte, beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.

5. Evaluation durch Beobachtung und Austausch

Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.

Eine gute Strategie kann es sein, sich all die Dinge anzusehen, die bereits in der Institution als gut wahrgenommen werden. Wie genau haben sie das bei all den Herausforderungen geschafft? Was hat uns dabei motiviert?

Eine lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise, Pflegende wie auch Führungskräfte gemeinsam abzuholen und für etwas Neues zu begeistern, zeigt sich in einer In-House-Teamschulung als besonders erfolgversprechend.

Teamschulungen unterstützen die Teams dabei, sich gemeinsam in der jeweiligen Verantwortung für das Gelingen ihrer eigenen Arbeit und die des Teams zu sehen, eine Betrachtungsweise, die in der aktuellen Situation der Einrichtungen erfolgsentscheidend sein kann.

Zusätzlich binden Teamschulungen die Mitarbeiter nicht nur aneinander, sondern auch an die Praxis. Gleichzeitig motivieren sie das Team auf ganzer Linie und regen es dazu an seine Leistung zu steigern.

Wenn Sie die Weiterbildungen im ganzen Team durchführen, stärken Sie nicht nur eine einzelne Person, sondern alle.

So bündeln Sie die einzelnen Stärken und machen Ihr Team unschlagbar.

Es führt zu einem gestärkten Wir-Gefühl, welches eine positive Außenwirkung hat. Dies steigert die Gruppendynamik und sorgt für einen besseren Workflow als Team.

Der Expertenstandard als Instrument zur Teamentwicklung.



sinfonie[®]
Die Software für Soziale Dienstleister

Pflege Management

Die Zeitung für Führungskräfte
in der mobilen und stationären Pflege

3. Jahrgang
Februar/März 2019

NEU!

Pflege NEWSLETTER
Management

Erhalten Sie jede Ausgabe
digital und kostenlos!
Jetzt anmelden unter:
bit.ly/newsletterpm

Mehr Info auf Seite 15

Aus dem Inhalt

Allgegenwärtiger Tod Seite 1–3

Im Durchschnitt stirbt in einer Pflegeeinrichtung jede Woche ein Mensch. Sensibilität und besondere Aufmerksamkeit sind gefragt – auch für die Pfleger.

Internationale Ausbildung Seite 5–6

Fachkräftemangel im Inland, Arbeitssuchende im Ausland: Ein wegweisendes Pilotprojekt der DKV bringt in der Ausbildung beide Interessen zusammen.

Etablierte Leitmesse Seite 9–10

Rund 700 Aussteller präsentieren sich in diesem Jahr vom 2. bis 4. April in Nürnberg auf der ALTENPFLEGE, der Leitmesse der Pflegewirtschaft. Das Schwerpunkt-Thema Fuhrpark steht im Fokus.

Bank für Sozialwirtschaft



Vertrauen Sie unserer Expertise.
Zum Beispiel bei Bauvorhaben, Bewertung von Pflegeimmobilien, Investitionen, Factoring oder Leasing.
Sprechen Sie mit uns. Wir haben die Lösung.
Telefon 0221 97356-0 | www.sozialbank.de
Die Bank für Wesentliches

„Das auszuhalten, ist schwer“

Das tägliche Sterben in einer Einrichtung



Pfleger müssen nicht nur mit dem Leben umgehen können, sondern auch mit dem Tod. Unser Titelbild symbolisiert die täglichen Herausforderungen an Pflegerinnen und Pfleger, die zum Schluss in eine ganz besondere Herausforderung münden: den täglichen Umgang mit dem Tod in der Einrichtung. Das Foto ist eine eindrucksvolle Fotomontage, entstanden in der Pflegeeinrichtung der Arbeiterwohlfahrt Bergheim-Kenten. ► Fortsetzung auf Seite 2

Gastkommentar

Demenz als primäre Führungsaufgabe

Von Tobias Münzenhofer, staatlich anerkannter Altenpfleger, gerontopsychiatrischer Pflegefachdozent, Praxisanleiter, Trainer und algesiologische Fachassistentz

Der Expertenstandard Beziehungspflege bei Menschen mit Demenz des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sorgt bis dato für großes Aufsehen.

Wenn man über diesen Expertenstandard spricht, können sich die Gesprächsinhalte innerhalb der einzelnen Professionen unterscheiden. Dies macht deutlich, dass sich neben dem Pflege- und Therapeutenteam insbesondere auch Führungskräfte in einem „Ohnmachtsgefühl“ befinden.

Dieses Gefühl von Hilflosigkeit und subjektiv empfundener man-

gelnder Einflussmöglichkeiten zur Umsetzung dieses Standards gehen oft mit Angst, Wut und Frustration einher.

Für die Umsetzung dieses Standards kann es daher sinnvoll sein, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten und erst dann für jede Profession Arbeitspakete zu entwickeln.

Ja, und es stimmt – keine Institution fängt bei dem Thema „Demenz“ bei Null an.



ven Wahrnehmung“ kennen. Schuster, bleib bei deinen Leisten. Jede Profession hat hierbei ihre Aufgaben.

In diesem Standard ist erstmals gut beschrieben, was Führungsverant-

wortung bedeuten kann, und er geht auf die jeweiligen Aufgaben und Arbeitspakete differenziert ein, die für ein personenzentriertes Arbeitsfeld notwendig sind. Führungskräfte sollten bezüglich der Umsetzung nicht glauben müssen, sie seien „alleinverantwortlich“ und sich diesem Druck aussetzen.

Für Führungskräfte stellt es eine Entlastung dar, wenn sie auf die Fachlichkeit ihres Pflege- und Therapeutenteams so vertrauen können, dass diese selbstständig in Anleitung eigene Lösungen suchen.

► Fortsetzung auf Seite 2

► Fortsetzung von Seite 1

... „Das auszuhalten, ist schwer“

Es ist eine von 60 beeindruckenden Fotomontagen aus Einrichtungen im äußersten Westen der Bundesrepublik, bei der AWO Rhein-Erft-Kreis/Euskirchen, der Franziskusheim gGmbH/Franziskus-Akademie (Geilenkirchen/Kreis Heinsberg), dem Lambertus Pflegeheim

(Hückelhoven/Kreis Heinsberg) und dem Städtischen Senioren- und Behindertenzentrum Köln-Mülheim der Sozialbetriebe der Stadt Köln, SBK. In einer großartigen Fotoausstellung zusammengeführt, gibt sie einen ungeschminkten Blick frei auf die

► Fortsetzung von Seite 1

... Demenz als primäre Führungsaufgabe

Die Implementierung von „Demenzbeauftragten“ hat sich in unterschiedlichsten Institutionen bewährt und kann sich refinanzieren. Führungskräfte stärken den Pflegenden den Rücken, wirken teamunterstützend und schaffen Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet werden können. Führungskräfte wissen, dass Führung darauf abzielt, dass Pflegende das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Führungskräfte wie Pflegende sollten die Freiheit haben, gestalten zu dürfen.

Dies benötigt Zeit und ist ein fort-dauernder interdisziplinärer Teamprozess.

„Haltung“ kann man nicht anordnen oder erzwingen. Die Entwicklung erfolgt sowohl von „oben nach unten“ als auch von „unten nach oben“.

Bedingt durch die vorhandenen Ressourcen, tägliche Herausforderungen und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die „Dokumentation“ gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen.

Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben. Auch wird keine Prüfbehörde Qualität oder gar Haltung in eine Institution hineinprüfbar.

„Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten.“ (Müller-Hergl)

Dieser Expertenstandard geht zunächst nicht von den Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege aus, sondern stellt das Bedürfnis und den Bedarf von Menschen mit Demenz nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und die Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt, indem durch individuelle Interaktions- und Kommunikationsangebote ein Beitrag zur Beziehungsgestaltung und damit der Lebensqualität von

„MENSCHEN mit Demenz“ geleistet wird.

Dieser Unterschied erfordert es, dass auch Führungskräfte daran interessiert sind, sich Wissen und Kompetenz zu Demenz anzueignen.

Für die Entwicklung einer personenzentrierten Pflege ist es somit notwendig, dass Führungskräfte die Bereitschaft zeigen, sich mit ihrer eigenen Rolle zu diesem Thema beschäftigen zu wollen.

Nur so kann eine Führungskraft selbst Beziehungen gestalten und die hierfür notwendige „Haltung“ vorleben.

Es sollte verstanden werden, dass hierzu Geduld wie auch Ausdauer gefragt sind, damit „Haltung“ in der Einrichtung wachsen kann und mit Freude und Lebendigkeit wahrgenommen wird.

Eine offene Fehlerkultur und Kommunikation sollten gefördert und gelebt werden.

Nur wer selbst personenzentriert behandelt wird, kann auch personenzentriert pflegen.

Für eine personenzentrierte Haltung und letztlich die Umsetzung dieses Standards braucht es die gesamte Institution als Einheit, die an etwas Gemeinsames glaubt und sich dieses Ziel der personenzentrierten Beziehungspflege auf die Qualitätsfahne schreibt.

Neben der Personal- und Organisationsentwicklung sollte die eigene Persönlichkeit stets linear mitentwickelt werden.

Supervisionen, Coachings und kollegiale Fallberatungen werden in diesem Expertenstandard nicht umsonst als wichtige Teammaßnahme erachtet.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich der Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen.

Eine lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise, Pflegende wie auch Führungskräfte gemeinsam in ihrem Arbeitsumfeld abzuholen und für etwas Neues zu begeistern, zeigt sich in Teamschulungen als besonders erfolgversprechend. Definieren Sie Teilkonzepte als Arbeitspakete und lassen Sie hierzu die jeweiligen Professionen vorerst selbst nach Lösungen suchen.

Der Expertenstandard dient als Instrument zur Teamentwicklung und Entwicklung einer gemeinsamen Haltung im Umgang mit Demenz. ◆

Komplexität, die Zwänge, aber auch die schönen, unvergesslichen Momente und Erlebnisse in der Pflege.

„Die Würde des Menschen ist unantastbar?!“ ist der Titel der Ausstellung, die „Stars“ der Fotos sind Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, Pflegerinnen und Pfleger. „Wir haben zuvor in Ethik-Seminaren überlegt, welche Thematiken gibt es denn zum Thema Sterben, zum Thema Intimsphäre, zum Thema Freiheit und Sicherheit“, erläutert Initiator Stefan Knor auf Youtube das Projekt.

„Was ich möchte, ist, dass die Menschen sich mit den Bildern auseinandersetzen, sich auch einmal selber hinterfragen, jetzt gerade Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie gehe ich mit meinen Bewohnern um, die mir anvertraut sind?“ Stefan Knor hat Katholische Theologie und Philosophie studiert. In den „Sonntagmorgen-Begegnungen“ von „Kirche im SWR“ wird er eingeführt mit den Worten: „Stefan Knor ist vieles: Altenpfleger, Sterbebegleiter, Theologe. Aber vor allem ist er Lichtkünstler. Er taucht Kirchen in neues Licht, lässt Wasser über Altäre fließen und verhängt mit Stoffbahnen gewohnte Räume. Stefan Knor schafft es so, dass Menschen Kirchen neu entdecken. Und seine Installationen verwandeln Kirchen in ganz Deutschland und darüber hinaus in neue Räume des Glaubens und Lebens. Räume, die für alle offen sind.“

Abschied am Grab

„Wir haben Pflegerinnen und Pfleger, die begleiten unsere Heimbewohner bis zur Beerdigung ans Grab“, berichtet Wolfgang Schilling, Geschäftsführer der



„Wir haben Pflegerinnen und Pfleger, die begleiten unsere Heimbewohner bis zur Beerdigung ans Grab. Das ist ein wichtiger Prozess, um Abschied zu nehmen und einen Abschluss zu finden.“

Wolfgang Schilling, Geschäftsführer der AWO-Seniorenzentren im Rhein-Erft-Kreis.



„Wir brauchen Menschen, die die sterbenden Menschen angemessen in den letzten Tagen ihres Lebens begleiten. Das muss besser abgesichert werden.“

Wilfried Wesemann, Geschäftsführer der Betheler Altenhilfe in der Region Bielefeld/Ostwestfalen.

AWO-Seniorenzentren im Rhein-Erft-Kreis. „Das ist ein wichtiger Prozess, um Abschied zu nehmen und einen Abschluss zu finden.“ Denn auch das Sterben gehört zum Alltag in einer Pflegeeinrichtung. Nach einer Analyse in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe im Evangelischen Johanneswerk e. V. sank dort die durchschnittliche Verweildauer zwar schwankend, aber stetig von rund 32 Monaten im Jahr 2007 auf 27 Monate im August 2014. Auch wenn die Verweildauern aktuell wieder leicht angestiegen sind, deutet der langfristige Trend unverändert auf eine weitere Verkürzung der Über-

lebenszeiträume hin. „In einigen Einrichtungen vergehen durchschnittlich bereits heute weniger als 24 Monate zwischen Einzug und Versterben“, so der Autor der Studie, Dr. Gero Techtmann. Besonders hoch sei dabei die Sterblichkeit kurz nach dem Einzug: „Mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen ist bereits nach einem halben Jahr verstorben.“

Techtmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Alters-Institut gGmbH, einer Tochtergesellschaft des Evangelischen Johanneswerks. Das Alters-Institut forscht und entwickelt rund um die Versorgung alter Menschen mit Hilfebe-

Editorial

Masse und Klasse

Von Christian Eckl, Chefredakteur

So mancher Pfleger begleitet seinen Schutzbefohlenen buchstäblich bis ans Grab. Das zu hören, hat mich tief beeindruckt. Obwohl es eigentlich auch selbstverständlich sein sollte. Ist es aber nicht und kann es vor dem Hintergrund des derzeitigen Personalnotstandes in der Pflege auch gar nicht sein. Bedauerlicherweise.

Im Idealfall bauen Pfleger und Pflegebedürftiger im Laufe der Zeit eine persönliche Beziehung zueinander auf. Und trotz der knapp bemessenen Pflegezeiten geschieht das auch immer wieder. Denn glücklicherweise findet sich unter den Pflegern nach wie vor eine beträchtliche Anzahl von Idealisten, die in ihrer Aufgabe nicht nur einen Versorgungsjob sehen. Indem sie den Pflegebedürftigen mit viel Wärme und Zuneigung bis zum Tod und sogar darüber hinaus begleiten, beweisen sie menschliche Klasse.



Doch das wird im System nicht honoriert. Dabei kann sich eine solche Honorierung zwangsläufig nicht nur in finanzieller Vergütung ausdrücken. Viel wichtiger wäre Unterstützung und Entlastung in der Palliativbegleitung. Denn das hautnahe Miterleben des Sterbens ist auch für den Pfleger ein psychischer Ausnahmezustand, der häufig leider schon zum Alltag geworden ist. Das kann man niemandem anlasten. Wir beobachten hier ganz einfach einen Trend der Zeit. Die Statistik zeigt, dass alte Menschen immer später in eine Pflegeein-

richtung kommen, weil sie immer länger selbstbestimmt zu Hause leben wollen. Sind sie dann im Pflegeheim, ist ihre Verweildauer in der Einrichtung in der Regel kürzer, weil auch deren Lebenszeit schon deutlich näher an ihr Ende gerückt ist. So vergeht in vielen Einrichtungen kaum eine Woche, in der nicht ein Bewohner stirbt. Die Wertschätzung für die aufopfernde Begleitung dieser letzten Lebenszeiten lässt sich am besten zeigen, wenn man den Pflegern in der Palliativversorgung mehr personelle Unterstützung an die Seite stellt. Dann wären sie weniger alleine und können sich auch einmal eine Auszeit vom wöchentlichen Sterben nehmen.

Wir brauchen in den Einrichtungen mehr finanzielle Mittel für zusätzliche Kräfte in der palliativen Versorgung. Damit nicht irgendwann der Pflegebedürftige den Pfleger an sein Grab begleitet. ◆

Ihr Christian Eckl

QM PRAXIS

Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, Teil 1

Das Aufgabenfeld der Führungskraft

Der Expertenstandard Demenz besagt, dass Beziehungsgestaltung an Demenz erkrankten Menschen Lebensqualität gibt. Welche Rolle Führungspersonen im Erfüllen dieser Aufgabe innehaben, erklärt Autor Tobias Münzenhofer in einer zweiteiligen Artikelserie.

Von Tobias Münzenhofer

Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität bilden und beeinflussen. Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen demenziell erkrankten Menschen und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden. Wenn man über diesen Expertenstandard spricht, können sich die Gesprächsinhalte innerhalb der einzelnen Professionen unterscheiden.

Dies macht deutlich, dass neben dem Pflege- und Therapeuten-Team, insbesondere sich auch Führungskräfte in einem „Ohnmachtsgefühl“ befinden. Dieses Gefühl von Hilflosigkeit und subjektiv empfundene mangelnde Einflussmöglichkeiten zur Umsetzung dieses Standards geht oft mit Angst, Wut und Frustration einher. Für die Umsetzung dieses Standards kann es daher sinnvoll sein, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten und erst dann für jede Profession Arbeitspakete zu entwickeln. Keine Institution fängt bei dem Thema Demenz bei Null an. Vor

allem auch deshalb nicht, weil uns das Thema doch schon Jahrzehnte lang beschäftigt und sich dabei stetig entwickelt hat. Ein reflektierter Blick von außen kann dennoch nicht schaden, vor allem auch, weil wir alle das Phänomen der „selektiven Wahrnehmung“ kennen. „Schuster, bleib bei deinen Leisten.“ Jede Profession hat ihre Aufgaben.

Fachlichkeit des Teams vertrauen

Der Expertenstandard beschreibt erstmals, was Führungsverantwortung bedeuten kann, und geht auf die jeweiligen Aufgaben und Arbeitspakete differenziert ein, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind. Führungskräfte sollten bezüglich der Umsetzung nicht glauben müssen, sie seien „alleinverantwortlich“ und sich diesem Druck aussetzen. Für Führungskräfte stellt es eine Entlastung dar, wenn sie auf die Fachlichkeit ihres Pflege- und Therapeuten-Teams so vertrauen können, dass diese selbstständig in Anleitung eigene Lösungen suchen.

Die Implementierung von „Demenzbeauftragten“ hat sich in unterschiedlichsten Institutionen bewährt und kann sich refinanzieren.

Führungskräfte stärken den Pflegenden den Rücken, wirken teamunterstützend und schaffen Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, dass Mitarbeiter in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet werden können.

Eigene Philosophie entwickeln

Führungskräfte wissen, dass Führung darauf abzielt, dass Pflegendes das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können. Führungskräfte wie Pflegendes sollten außerdem die Freiheit haben, gestalten zu dürfen. Dies benötigt Zeit und ist ein fortdauernder interdisziplinärer Teamprozess.

Persönlich empfinde ich hierzu das Kaizen-Modell als sehr veranschaulichend. Kaizen ist eher eine Unternehmensphilosophie, die von einem Unternehmen gelebt werden muss, um erfolgreich sein zu können. Im Kern des Kaizen-Ansatzes stehen die Mitarbeiter und die Teamarbeit, in deren Rahmen kleine Gruppen sogenannte Qualitätszirkel bilden und regelmäßig alle Prozesse und Abläufe analysieren, diskutieren und optimie-



Beziehungsgestaltung ist im Expertenstandard Demenz zentral. Foto: Werner Krüper

ren. „Haltung“ kann man nicht anordnen oder erzwingen. Die Entwicklung erfolgt in beide Richtungen: sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“.

Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vornehmlich nach Lösungen, vor allem für die Dokumentation, gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen. Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich

Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer von Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben. Auch wird keine Prüfbehörde Qualität oder gar Haltung in eine Institution hineinprüfen.

■ Autor Tobias Münzenhofer ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter info@demenzpflege-dozentenmuenchen.de

Ratgeber

Die Ernährung bei Demenzerkrankung

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALzG) erklärt im neuen Ratgeber „Ernährung in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz“, wie Angehörige und Pflegendes die richtige Ernährung der zu Pflegenden sicherstellen.

Die Broschüre erscheint bereits in der zehnten Auflage. Besonders in den Kapiteln „Behandelbare Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ sowie „Versorgung mit einer Magensonde (PEG) wurde sie überarbeitet, so die DALzG. Menschen mit einer Demenz lehnten mitunter Speisen und Getränke ab, die sie früher gerne mochten. Außerdem falle es ihnen schwer, mit Messer und Gabel zu essen, zudem seien Schluckbeschwerden und Gewichtsverlust häufige Symptome. Ursachen können laut des Ratgebers körperliche Einschränkungen sein, aber auch Veränderungen im Geschmackempfinden oder in der Wahrnehmung der angebotenen Speisen. Die Broschüre soll helfen, das Verhalten der Erkrankten besser zu verstehen, eine gute Ernährung sicherzustellen und eine entspannte, genussvolle Atmosphäre beim Essen zu ermöglichen, erklärt die Alzheimer Gesellschaft. Weitere Themen des Ratgebers sind unter anderem „Behandelbare Störungen bei der Nahrungsaufnahme“ sowie „Geeignete Speisen und Getränke“. (ck)

■ Den Ratgeber gibt es kostenpflichtig bei der DALzG: shop.deutsche-alzheimer.de

Gemeinsamer Fachtag Berlin und Brandenburg

Für weniger Bürokratie in der Pflege

Potsdam // Auf einer gemeinsamen Fachtagung der Länder Berlin und Brandenburg haben 150 Teilnehmer diskutiert, wie das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ flächendeckend etabliert und in der Pflegeausbildung verankert werden kann. Das 2015 eingeführte Modell soll die Pflegedokumentation reduzieren und Pflegekräfte entlasten. So soll mehr Zeit für die eigentliche Pflege geschaffen werden. Zahlreiche Pflegeeinrichtungen wenden das Strukturmodell bereits an, der Einsatz ist aber nicht verpflichtend.

„Pflegende kommen an Grenzen“

Unter den Teilnehmenden befanden sich auch Vertreter der Landespolitik. Berlins Gesundheitsministerin Dilek Kolat (SPD) erklärte zum Vorhaben: „Pflegerinnen und Pfleger haben in ihrem Beruf vielfältige Aufgaben, die sie zeitlich oft an ihre Grenzen bringen. Die wichtigste Aufgabe ist dabei aber der Kontakt und die Betreuung der pflegebedürftigen Menschen.“ Es müsse das Ziel sein, so die Senatorin, dass diese gerade für die pflegebedürftigen wichtige Zeit nicht durch Bürokratieaufgaben verkürzt wird. Deshalb begrüße sie die Einführung des Modells und hoffe, dass es bald in allen Berliner und Brandenburger Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird.

Das Land Brandenburg vertrat Sozialministerin Susanna Karawanskij (Die Linke). Ähnlich wie Senatorin Kolat wünsche auch sie sich eine

fortschreitende Entbürokratisierung. „Die Pflegedokumentation ist eine wichtige Grundlage für eine bedarfsgerechte und sichere Pflege. Dokumentation ist aber kein Selbstzweck“, erklärte die Ministerin. Die Pflegedokumentation sei in den vergangenen Jahren in vielen Pflegeeinrichtungen regelrecht ausgeüfert. „Ein Grund dafür ist unter anderem die Angst, bei den Pflege-Qualitätsprüfungen sonst schlechter abzuschneiden“, so die Linke-Politikerin. Man sehe aber, dass es zu einer übermäßigen Belastung der Beschäftigten führe. Das sei der Grund, warum die Politik sich dafür einsetze, die Dokumentation in der Pflege wieder auf das „tatsächlich erforderliche Maß“ zu reduzieren. „Gut ausgebildete Pflegekräfte sollen in erster Linie ausreichend Zeit für die zu pflegenden Menschen haben. Eine Entbürokratisierung wird die Pflegeberufe attraktiver machen und gleichzeitig entlasten“, schlussfolgerte die Ministerin.

Im Auftrag des Bundes

Initiatorin der Strategie um das Strukturmodell war Elisabeth Beikirch, die es als „Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege“ von 2011 bis 2014 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelte. Obwohl das Modell bereits 2015 bundesweit eingeführt wurde, arbeiten viele Pflegeeinrichtungen noch nicht danach. In Berlin und Brandenburg sollen Kooperationsgremien beispielsweise mit Fachtagen für eine weitere Verbreitung sorgen. (ck)

HP Widerspruch
eine Dienstleistung von RICHTER RECHTSANWÄLTE

LEISTUNGEN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE ABGELEHNT, TEILGENEHMIGT ODER BEFRISTET?

↓

Legen Sie jetzt Widerspruch ein auf www.hp-widerspruch.de

SO FUNKTIONIERT ES

- 1

ZUSENDEN DER UNTERLAGEN

Sie schicken uns Ihre Unterlagen per Fax, per Post oder Sie geben die Daten online auf www.hp-widerspruch.de ein.
- 2

WIR PRÜFEN IHRE UNTERLAGEN

Innerhalb eines Werktages informieren wir Sie, ob ein Widerspruch empfehlenswert ist.
- 3

WIR LEGEN WIDERSPRUCH EIN

Rechtsanwalt Prof. Richter und sein Team legen Widerspruch für Sie ein. Im Erfolgsfall übernimmt die Krankenkasse die Kosten.

Ein Service von **RICHTER RECHTSANWÄLTE**

vertreten durch Herrn Rechtsanwalt Prof. Ronald Richter
Mönckebergstraße 17, 20095 Hamburg
widerspruch@richter-rae.de

in Kooperation mit

Häusliche Pflege

VINCENTZ

QM PRAXIS

Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, Teil 2

Eine Frage der Haltung

Die Beziehungsgestaltung steht im neuen Expertenstandard Demenz im Mittelpunkt. Die Umsetzung benötigt eine gewisse „Haltung“. Diese sollten auch Führungskräfte entwickeln und sie für das gesamte Team vorleben, erklärt Experte Tobias Münzenhofer.



„Beziehungsgestaltung“ – Führungskräfte sollen sie vorleben.

Foto: Jörn Neumann

Von Tobias Münzenhofer

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) geht zunächst nicht von den Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege aus, sondern stellt das Bedürfnis und den Bedarf Betroffener, nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und die Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt. Das funktioniert, indem individuelle Interaktions- und

Kommunikationsangebote zur Beziehungsgestaltung die Lebensqualität von Menschen mit Demenz erhöhen. Dieser Unterschied erfordert es, dass auch Führungskräfte daran interessiert sind, sich Wissen und Kompetenz zu Demenz anzueignen. Nur so kann eine Führungskraft selbst Beziehungen gestalten und die hierfür notwendige „Haltung“ leben wie auch vorleben. Es sollte verstanden werden, dass hierzu sowohl Geduld als auch Ausdauer gefragt sind, damit die „Haltung“ in der Einrichtung wachsen kann und mit Freude und Lebendigkeit wahrgenommen wird.

Eine offene Fehlerkultur und Kommunikation sollten gefördert und gelebt werden. Dies dient nicht nur der „Haltung“, sondern ist auch wichtigster Baustein zur Gewaltprävention. Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen. Für eine person-zentrierte Haltung und letztlich die Umsetzung dieses Standards braucht es die gesamte Institution als Einheit, die an etwas Gemeinsames glaubt und sich dieses Ziel der person-zentrierten Beziehungspflege auf die Qualitätsfahne schreibt.

Leitung sollte Initiative zeigen

Neben der Personal- und Organisationsentwicklung sollte die eigene Persönlichkeit stets linear mitentwickelt werden. Für die Entwicklung einer person-zentrierten Pflege ist es somit notwendig, dass Führungskräfte die Bereitschaft zeigen, sich mit ihrer eigenen Rolle zu diesem Thema beschäftigen zu wollen. Supervisionen, Coachings und kollegiale Fallberatungen werden in diesem Expertenstandard nicht umsonst als wichtige Teammaßnahme erachtet.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich der

Standard den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen. Die fünf Handlungsebenen des Expertenstandards und die strukturellen Qualitätskriterien der Organisationsverantwortung (Quelle: DNQP):

Erfassungs- und Einschätzungsebene bei Haltung und Kompetenz: Die Einrichtung (Führungskraft) fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

Planung von beziehungsfördernden Maßnahmen: Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.

Beratung, Anleitung, Information und Haltung: Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde Maßnahmen zur Verfügung.

Durchführung von beziehungsfördernden Maßnahmen: Die Ein-

richtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte und beziehungsfördernde Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.

Evaluation durch Beobachtung und Austausch: Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können. Eine lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise, Pflegenden wie auch Führungskräfte gemeinsam abzuholen und für etwas Neues zu begeistern, zeigt sich in einer In-House-Teamschulung als besonders erfolgversprechend. Definieren Sie Teilkonzepte als Arbeitspakete und lassen Sie diese von einzelnen Gruppen der Professionen selbst erarbeiten. Teamschulungen unterstützen die Teams dabei, sich gemeinsam in der jeweiligen Verantwortung für das Gelingen ihrer Arbeit und die des Teams zu sehen, eine Betrachtungsweise, die in der aktuellen Situation der Einrichtungen erfolgsscheidend sein kann. Es entsteht eine gemeinsame Ideologie und Haltung

■ Autor Tobias Münzenhofer ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter info@demenzpflege-dozent-muenchen.de

Psychotherapie

Mit Arbeit am Lebenslauf zum Erfolg

Emmendingen // Wenn alte Menschen depressiv oder dement werden, helfen nur noch Medikamente, lautete lange ein Vorurteil. Inzwischen zeigen Studien, dass Psychotherapie auch bei Menschen über 65 Jahre gut wirkt. Aber es mangelt an Fachärzten für Gerontopsychiatrie.

Der Evangelische Pressedienst (epd) hat dazu Michael Hüll befragt, Professor und Chefarzt an der Klinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie in Emmendingen bei Freiburg. Er erläutert, worauf es bei der Behandlung von depressiven und dementen alten Menschen ankommt.

Was ist bei der psychiatrischen Behandlung von alten Menschen zu beachten?

Alte Menschen haben schon viel erlebt. Sie haben eine lange Biografie mit vielfältigen Erfahrungen und auch erworbenen Kompetenzen. Sie sind damit gegenüber dem Therapeuten auch oft kritischer. Bei der Therapie müssen diese Erfahrungen und Erkenntnisse berücksichtigt und ernst genommen werden.

Welche psychotherapeutischen Verfahren werden bei alten Menschen vor allem angewendet?

Zunächst gibt es Studien, die zeigen, dass Psychotherapie bei Menschen, die depressiv und älter als 65 Jahren sind, sogar mitunter besser wirkt als bei jungen Menschen. Dabei steht sicher die Verhaltens- und Gesprächs-therapie im Vordergrund. Dazu gehört auch die Arbeit am Lebenslauf, wenn es zum Beispiel Verlustle-

bisse durch den Tod des Partners oder eines nahen Angehörigen gegeben hat. Auch Traumata aus der Kindheit oder Kriegserlebnisse, die lange verdrängt wurden, müssen mitunter bearbeitet werden. Bei Demenz

// Traumata müssen bearbeitet werden. //

Prof. Michael Hüll

kann der Verlauf der Erkrankung durch Medikamente verzögert werden. Dann geht es vor allem darum, durch kompetente Pflege und Betreuung die Lebensqualität der Menschen zu erhalten.

Warum gibt es in Deutschland so wenige niedergelassene Gerontopsychiater?

Dafür gibt es verschiedene Gründe: Für junge Menschen im Studium, die Arzt werden wollen, ist in der Ausbildung die Arbeit mit alten Menschen weit weg. Dann gibt es vielleicht eine Hemmschwelle, einen Menschen psychotherapeutisch zu behandeln, der 40 oder 50 Jahre älter ist und viel Lebenserfahrung hat. Ich stelle aber auch fest, dass Alterspsychiater gerne im Team arbeiten. Daher findet man sie meist in den Kliniken. Aber natürlich ist es wünschenswert, dass mehr junge Psychiater in ihrer Ausbildung erleben, dass die Behandlung älterer Menschen wirksam ist und das Engagement in die ambulante Versorgung tragen. (epd)



ALTEN PFLEGE
Die Leitmesse 2019



Sonderschau Universal Rooms – erleben Sie innovative Wohnkonzepte

NETZWERK ZUKUNFT – MENSCH. TECHNIK. PFLEGE.

Welche Themen und Trends bewegen die Pflege?
Finden Sie Antworten – auf der ALTENPFLEGE 2019 in Nürnberg.

Erleben Sie Mobilitätslösungen für ein effizientes Fuhrparkmanagement.
Testen Sie E-Fahrzeuge und E-Bikes auf der Teststrecke und informieren Sie sich in kostenlosen Vorträgen zu den Themen Kosteneinsparung, Tourenplanung sowie Schadensmanagement und E-Mobilität.

WIE VERÄNDERT SICH DER WACHSTUMSMARKT „WOHNEN IM ALTER“?
Werfen Sie einen Blick in unser komplett ausgestattetes Service Wohnen-Apartment und erleben Sie die Vision eines zukunftsorientierten Wohnumfelds – in der Sonderschau Universal Rooms.

FACHAUSSTELLUNGEN
HECKMANN
UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE

www.altenpflege-messe.de





22-06-2020 (Aktualisiert)

Ein bewusster und kritisch hinterfragter Umgang mit Psychopharmaka in der Altersmedizin.

Indikation „Unruhe“ - Wir alle tragen die Verantwortung!

Liegt ein bewusster und kritisch hinterfragter Umgang mit Psychopharmaka in der Altersmedizin allein bei den Fachärzten oder auch bei den Pflegefachkräften?

Aktuell zeigen viele Studien auf, dass Psychopharmaka nicht immer den Leitlinien entsprechend verordnet werden, sondern auch verabreicht.

Der bpa weißt am 30.10.2018 die Vorwürfe gegen Pflegefachkräfte entschieden zurück:

"Behauptungen, Pflegebedürftige würden mit Medikamenten traktiert, um Zeit zu sparen, sind falsch und unsinnig. Die Pflegeheime beziehungsweise deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verordnen keine Medikamente. Das Ausstellen von Rezepten obliegt ausschließlich den Ärzten. In den Heimen wird strikt nach den vorgegebenen Medikationsplänen ausgereicht.

„Abweichendes wird nicht geduldet“, erklärt Meurer, der selbst drei Pflegeheime betreibt.

Obwohl antipsychotische Medikamente im Einsatz gegen herausforderndes Verhalten wenig Wirkung zeigen und alle Leitlinien angesichts riskanter Nebenwirkungen nicht-pharmakologische Möglichkeiten empfehlen, erhalten etwa 50% aller Heimbewohner mit Demenz weiterhin eben diese Medikamente. Bekannt ist, dass diese Medikamente in über 80% der Fälle abgesetzt werden können, ohne dass das herausfordernde Verhalten wiederkommt.

Aus einer Studie ging die Anregung für Neuverschreibungen von Psychopharmaka in der Regel von Pflegenden aus (65,8%), gefolgt von Betreuern (39,5%) und Hausärzten (23,7%) – Mehrfachnennungen möglich. Hauptgründe für die Verschreibung bildeten weiterhin bestehende oder neu auftretende Agitiertheit und Aggression. Andere Gründe (z.B. Umherlaufen, Apathie, abweichende Motorik) wurden nur je einmal genannt.

Pflegefachkräfte sollten, um sich nicht selbst in ihrer Fachlichkeit zu degradieren, diese Fachkompetenz nicht alleine den Ärzten überlassen.

Psychopharmaka als ärztlich angeordnete Bedarfsmedikation steht den Pflegekräften überwiegend mit der Indikation "Unruhe" nach eigener pflegefachlicher Einschätzung zur Verfügung. Was die Bedarfsmedikation betrifft, wird diese, doch zumeist "laut" von den Pflegefachkräften verordnet?

In der Pflegedokumentation könnte sich z. B. dann dieser isolierte Eintrag finden:

“Bewohner ist unruhig, schreit. Tavor gegeben.“

Nur was versteht die verantwortliche Pflegefachkraft unter der Indikation "Unruhe" und ab wann besteht dann der konkrete Bedarfsfall zu diesen sedierenden Medikamenten?

Jede Pflegefachkraft beurteilt dies aus ihrem eigenen subjektiven Ermessen und vorliegenden zumeist schwierigen Rahmenbedingungen. Der Einsatz von Psychopharmaka variiert stark aus der Erfahrung und Kompetenz der einzelnen Pflegefachkräfte sowie auch vom ganzen Team und Einrichtung. Die Entwicklung einer „Haltung“ ist auch hier großes Thema, was alle betrifft.



Thema ist auch, dass Pflegefachkräfte je nach Institution den Einsatz solcher Medikamente kurzfristig alleine entscheiden müssen. Diese Verantwortung, ständig zwischen Freiheitsrechten, Autonomie und körperlicher Unversehrtheit entscheiden zu müssen, kann vor allem für reflektierte und einfühlsame Pflegefachkräfte sehr belastend sein und zur beruflichen Selbstaufgabe führen.

Diese Belastung und „Gewissenskonflikte“ professionell Pflegenden könne nicht allein ihre Aufgabe sein.

Trotz alledem stehen wir ALLE für einen kritisch hinterfragten und bewussten Einsatz von Psychopharmaka in der Verantwortung. Wir sollten jetzt damit anfangen zusammen zu arbeiten und nicht, wie in den letzten Pressemeldungen behauptet, uns gegenseitig die Schuld zuschieben.

Pflegefachkräfte tragen hierzu die Durchführungsverantwortung, der Arzt die Anordnungsverantwortung und die Einrichtung die Organisationsverantwortung.

Die Verabreichung von Psychopharmaka kann nur mit dem Hintergrund einer therapeutischen Heilbehandlung / Heilzweck erfolgen und steht immer für das Ultima ratio.

Ein konkret definierter Heilzweck ist Rechtfertigungsgrund für den Einsatz sedierender Medikamente die in ihrer Wirkung die körperliche wie auch geistige Integrität beeinflussen bzw. das Verhalten und die Bewegung dämpfen.

Eine freiheitsentziehende Zielsetzung liegt dann nicht vor, wenn die Unterbindung des Bewegungsbedürfnisses eine Nebenwirkung eines angstdämpfenden therapeutischen Zweckes darstellt, weil ein subjektives Leiden der Betroffenen gezielt unterbunden werden soll.

Der bewusste Einsatz von Psychopharmaka hat somit die Absicht einen gegenwärtigen, anhaltenden subjektiven Leidensdruck zu reduzieren, der sich bei psychosozialen Interventionen nicht mehr reduzieren lässt.

Eine freiheitsentziehende Medikation liegt jedenfalls dann im Sinne des §1906 Abs. 4 BGB vor, wenn der Klient durch Medikamente gezielt in die Lage versetzt wird, keinen aktuellen natürlichen Fortbewegungswillen bilden zu können, den er ohne Medikation bilden könnte.

Zwang mithilfe von Psychopharmaka dürfe nur in Situationen angewendet werden, in denen Klienten in ihrer Selbstbestimmung so stark eingeschränkt sind, dass sie keine freiverantwortliche Entscheidung mehr treffen können.

Der konkrete Umgang mit diesen Problemen und die Praxis der Anwendung von Zwang lösen in der medizinischen Versorgung und in Pflegeinstitutionen immer wieder Diskussionen aus.

In der Konsequenz drängt der Ethikrat in seiner Stellungnahme vom 1.11.2018 auf „beharrliche Überzeugungsarbeit“, falls ein Klient erforderliche Maßnahmen ablehnt. Dagegen sei der freie Wille eines voll selbstbestimmungsfähigen Klienten auch dann zu respektieren, wenn ihm „erhebliche Risiken für Leib und Leben drohen“.

Der präventive Einsatz von Psychopharmaka, der darauf abzielt, dass der Betroffene geplante wiederkehrende Pflegemaßnahmen wie z. B. das Duschen zulässt, stellt i. d. R. immer eine Zwangsmaßnahme dar und Bedarf zu jeder Anwendung stets der richterlichen Genehmigung und Einverständnis des Betreuers bzw. Bevollmächtigten.

Pflegekompetenz ist auch, solche ärztlichen Anordnungen, ohne richterlicher Genehmigung kritisch zu hinterfragen. Die Durchführungsverantwortung und das Delegationsverweigerungsrecht liegt bei den Pflegefachkräften.



Bei der vorliegenden Behandlung von Symptomen der Ängstlichkeit steht der subjektive Leidensdruck der Betroffenen im Vordergrund, eine Ruhigstellung ist nicht unmittelbar bezweckt, sondern allenfalls eine in Kauf genommene Nebenwirkung.

Hierbei muss kritisch abgewägt werden ob die in Kauf genommenen Nebenwirkungen und die (geistige/körperliche Integrität, erhöhte Mortalität, Sturzgefahr etc..) noch im Verhältnis der gewünschten Wirkung stehen.

Ein medikamentöser Freiheitsentzug muss neben den Zulässigkeitsvoraussetzungen des 1906/1904 BGB auch die allgemeinen Voraussetzungen einer medizinischen Behandlung erfüllen.

Sie bedarf immer einer ärztlichen konkreten wie nachvollziehbaren Indikation und regelmäßig der wirksamen Zustimmung des Betroffenen oder seines Vertreters nach Aufklärung.

Wie sich ein interventionsbedürftiger Leidensdruck konkret zeigt der den Einsatz von Psychopharmaka rechtfertigt und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen vorab versucht werden müssen, sollte von jedem Mitarbeiter der Institution und Angehörigen bekannt und klar definiert sein.

Dieser Prozess muss für alle Beteiligten nachvollziehbar dokumentiert sein.

Die Indikation "Unruhe" reicht hier nicht und kann eher so verstanden werden, dass die Pflegefachkraft in der konkreten Anwendung einen Handlungsspielraum innerhalb ihrer Kompetenzen nutzen muss.

Die seitens im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz“ beschriebene Verstehenshypothese ermöglicht es, für alle nachvollziehbar herauszufinden, welches Bedürfnis dem Leidensdruck zugrunde liegen könnte und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen dem Einsatz von Psychopharmaka vorzuziehen sind.

Ein bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell (NDB-Modell oder Serial-Trial-Intervention) könnte hierzu eine gute Hilfestellung geben.

Die allgemein gültigen Regeln für den Einsatz von Psychopharmaka:

1. Beschreiben und dokumentieren Sie psychische Symptome möglichst konkret.
2. Suchen Sie dem Verhalten zugrundeliegenden Ursachen.
3. Versuchen Sie vorerst nicht-medikamentöse Interventionen und Therapien.
4. Stellen Sie die Symptome im Rahmen einer Fallberatung vor.
5. Wägen Sie ab ob das „Herausfordernde Verhalten“ noch einen Leidensdruck für den Klienten darstellt.
6. Klären Sie mit allen Beteiligten die überwiegende Intervention (Notwehr, Aggression, Unruhe, Leidensdruck) der nun beabsichtigten Medikamentengabe (Indikation, Dosis, Häufigkeit).
7. Informieren Sie sich über erwünschte und unerwünschte Wirkungen des Medikaments und berücksichtigen Sie diese in der Verlaufsbeobachtung und Dokumentation.
8. Beobachten Sie den Klienten regelmäßig hinsichtlich möglicher medikamentöser unerwünschter Nebenwirkungen.
9. Geben Sie Medikamente genügend Zeit für den Wirkungseintritt
10. Nutzen Sie Ihren Handlungsspielraum, wenn der behandelnde Arzt eine Bedarfsgabe anordnet.
11. Achten Sie darauf, dass das Psychopharmaka tatsächlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt.



12. Hinterfragen Sie gemeinsam mit dem behandelnden Arzt regelmäßig, mindestens jedes Quartal, die Notwendigkeit der Weitergabe des Psychopharmaka und prüfen Sie Alternativen.

Fachärzte sollten auf die psychopathologischen Beschreibungen der Pflegefachkräfte vertrauen können um z. B. die Differenzialdiagnose einer Demenz, Depression, Delir, Pseudodemenz, Minderbegabung, Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung u. ä. stellen zu können.

Fachärzte sollten in ihrer Delegations- und Anordnungsverantwortung darauf vertrauen können, dass die Organisation und Pflegefachkräfte nach neuestem wissenschaftlichem Stand handeln.

Nur so gelingt neben den psychosozialen Interventionen auch eine gezielte medikamentöse (Begleit-)Therapie.

Bei 'MENSCHEN mit demenz' werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen.

Durch Beziehungsgestaltung kann dem 'MENSCHEN mit demenz' hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich. Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von 'MENSCHEN mit demenz' Lebensqualität bildet und beeinflusst.

Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen 'MENSCHEN mit demenz' und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden.

Der Einsatz von Psychopharmaka kann durch Beziehungsgestaltung die auf Haltung und einer interdisziplinären Verstehenshypothese basiert, erheblich reduziert werden, was v. a. in der Pflegefachkompetenz liegt.

Die Organisation bzw. Führungskraft sorgt für die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen. (siehe hierzu den Beitrag: "IST DAS THEMA DEMENZ PRIMÄR FÜHRUNGSAUFGABE?")

Die psychiatrischen Erkrankungen nehmen in Pflegeheimen noch weiter zu, die Anforderungen steigen.

Es wird in naher Zukunft mehr spezifische Fachlichkeit und mehr Personal für die Begleitung psychiatrischer Erkrankungen gebraucht werden. Hierzu gibt es bereits Zahlen.

Schon längst werden Pflegeheime als die „Schattenpsychiatrien“ betitelt, nur mit dem Unterschied, dass in klinischen Psychiatrien die Rahmenbedingungen für das gleiche Klientel angepasst sind.

Der deutsche Ethikrat und der DNQP Expertenstandard „Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz sieht kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen als verbindlich an, um Symptome und Verlauf gerontopsychiatrischer Erkrankungen verstehen und einordnen zu können.

Durch finanzielle oder rechtliche Instrumente lässt sich der Einsatz von Psychopharmaka nicht aus der Welt schaffen, dies soll auch als politisch-gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Ebene.

Indikation „Unruhe“ - Wir alle tragen die Verantwortung!

Hier ist noch nicht alles getan. Lasst es uns gemeinsam angehen!



Fürbittengebet aus dem Regelwerk der Geriatriischen Pharmazie



Text: Tobias Münzenhofer - demenzpflege-dozent-muenchen.de

ist/ab.de

Quelle: Aerts, L., Cations, M., Brodaty, H., et al. (2019). Why prescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 1572-1581

Tobias Münzenhofer

HEIME

Psychopharmaka kritisch hinterfragen

Kompetenzen im Umgang mit „Unruhe“ einbringen

Laut Innovationsreport 2018 der Techniker Krankenkasse werden demenziell erkrankte Versicherte häufig ausschließlich mit Antipsychotika „ruhiggestellt“. Experte Tobias Münzenhofer fordert Fachkräfte auf, im Umgang mit Psychopharmaka selbstbewusst eigene Fähigkeiten einzubringen und Alternativen abzuwägen.

Von Tobias Münzenhofer

München // Liegt ein bewusster und kritisch hinterfragter Umgang mit Psychopharmaka in der Altersmedizin allein in der Verantwortung des Facharztes oder auch bei der Pflegefachkraft? Sollen Pflegefachkräfte, um sich nicht selbst in ihrer Fachlichkeit zu degradieren, die eigene Fachkompetenz und die der Fachärzte und Angehörigen bündeln? Psychopharmaka als ärztlich angeordnete Bedarfsmedikation steht den Pflegekräften überwiegend mit der Indikation „Unruhe“, nach eigenem pflegefachlicher Ermessen zur Verfügung. Was die Bedarfsmedikation betrifft, wird diese doch zumeist auch „laut“ von den Pflegefachkräften verordnet? In der Pflegedokumentation könnte sich dann zum Beispiel dieser isolierte Eintrag finden: „Bewohner ist unruhig, schreit. Tavor gegeben.“

Der konkrete Bedarfsfall variiert stark aus eigenem subjektivem Ermessen, Erfahrung und Kompetenz der jeweiligen Pflegefachkraft sowie auch vom ganzen Team und Einrichtung.

Die Entwicklung einer „Haltung“ ist auch hier ein großes Thema, das alle betrifft. Eine Pflegefachkraft bestimmt den Bedarfsfall zumeist selbst. Diese Verantwortung, ständig zwischen Freiheitsrechten, Autonomie und körperlicher Unversehrtheit entscheiden zu müssen, kann vor allem für reflektierte und einfühlsame Pflegefachkräfte sehr belastend sein und unter anderem zur beruflichen Selbstaufgabe führen. Pflegefachkräfte tragen hierzu die Durchführungsverantwortung, der Arzt die Anordnungsverantwortung und die Einrichtung die Organisationsverantwortung. Die Verabreichung von Psychopharmaka kann nur mit dem Hintergrund einer therapeutischen Heilbehandlung/Heilzweck erfolgen und steht immer für das Ultima Ratio.

Wann gezielt sedieren?

Ein konkret definierter Heilzweck, also eine Indikation, ist ein Rechtfertigungsgrund für den Einsatz sedierender Medikamente, die in ihrer Wirkung oder Nebenwirkung die körperliche wie auch geistige Integ-

rität beeinflussen beziehungsweise das Verhalten und die Bewegung dämpfen.

Eine freiheitsentziehende Zielsetzung liegt dann nicht vor, wenn die Unterbindung des Bewegungsbedürfnisses eine Nebenwirkung eines angstdämpfenden therapeutischen Zweckes darstellt, weil ein subjektives Leiden der Betroffenen gezielt unterbunden werden soll. Der bewusste Einsatz von Psychopharmaka hat somit die Absicht einen gegenwärtigen, anhaltenden subjektiven Leidensdruck zu reduzieren, der sich bei psychosozialen Interventionen nicht mehr reduzieren lässt.

Eine freiheitsentziehende Medikation liegt jedenfalls dann im Sinne des §1906 Abs. 4 BGB vor, wenn der Klient durch Medikamente gezielt in die Lage versetzt wird, keinen aktuellen natürlichen Fortbewegungswillen bilden zu können, den er ohne Medikation bilden könnte. Pflegekompetenz ist auch, solche ärztlichen Anordnungen ohne richterliche Genehmigung kritisch zu hinterfragen. Die Durchführungsverantwortung und das Delegationsverweigerungs-

recht liegt bei den Pflegefachkräften. Bei der vorliegenden Behandlung von Symptomen wie der Ängstlichkeit steht der subjektive Leidensdruck der Betroffenen im Vordergrund, eine Ruhigstellung ist nicht unmittelbar bezweckt, sondern allenfalls eine in Kauf genommene Nebenwirkung.

Wie sich ein interventionsbedürftiger Leidensdruck, der den Einsatz von Psychopharmaka rechtfertigt, konkret zeigt und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen vorab versucht werden müssen, sollte jedem Mitarbeiter der Institution und Angehörigen bekannt und klar definiert sein. Zudem müssen Maßnahmen für variierende Verhaltensweisen mit eingeplant werden. Die Indikation „Unruhe“ reicht hier nicht und bedeutet eher, dass die Pflegefachkraft in der konkreten Anwendung einen Handlungsspielraum innerhalb ihrer Kompetenzen nutzen muss.

Hilfe durch Expertenstandards

Die seitens des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz“ beschriebene Verstehenshypothese ermöglicht es, für alle nachvollziehbar herauszufinden, welches Bedürfnis dem Leidensdruck zugrunde liegen könnte und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen dem Einsatz von Psychopharmaka vorzuziehen sind.

Fachärzte sollten auf die psychopathologischen Beschreibungen der Pflegefachkräfte vertrauen können um beispielsweise die Differenzialdiagnose einer Demenz, Depression, Pseudodemenz, Minderbegabung, Angststörung, posttraumatischen Belastungsstörung, eines Delirs und ähnlichem stellen zu können.

Fortbilden und Wissen auffrischen

Der deutsche Ethikrat und der DNQP-Expertenstandard Demenz sehen kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen als verbindlich an, um Symptome und Verlauf gerontopsychiatrischer Erkrankungen verstehen und einordnen zu können. Der Einsatz von Psychopharmaka kann so erheblich reduziert werden, was vor allem an der Pflegefachkompetenz und deren Ressourcen liegt. Durch finanzielle oder rechtliche Instrumente lässt sich der Einsatz von Psychopharmaka nicht aus der Welt schaffen. Dies sollte auch als politisch-gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden.

Der Autor ist Altenpfleger und Gerontopsychiatrische Fachkraft im Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität in München und arbeitet zudem als Dozent, Coach und Algesiologische Fachassistenz.



Pflegenotstand - nicht mit uns !

Die Vispero GmbH ist ein Vermittler zwischen Fachkräfte suchenden Unternehmen der Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern und Pflegefachkräften aus den ehemaligen Jugoslawischen Staaten.

Sie organisiert und unterstützt den gesamten Vermittlungsprozess beginnend mit den ersten Gesprächen zur Klärung der Unternehmensvorstellungen, über die Bewerbervorstellung bis zur Arbeitsaufnahme in Deutschland und verbleibt als Ansprechpartner für die Pflegefachkräfte bis zu deren gesamtheitlichen Integration.

Ihre Vorteile:

- eine kurzfristige Vorstellung von einer größeren Anzahl von Pflegefachkräften in Belgrad
- zum gegenseitigen Kennenlernen eine mehrtägige Hospitation in Ihrem Unternehmen
- Unterstützung der ausgesuchten Pflegefachkräfte im Visa-Verfahren vor Ort
- Initiierung des Anerkennungsverfahrens im jeweiligen Bundesland zur Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsausbildung
- Organisation und Begleitung der Einreise nach Deutschland bis zur Arbeitsaufnahme

Rekrutierungsprozess-Darstellung für Arbeitgeber

- Vorauswahl durch Vispero GmbH
- Selektion durch Kunden vor Ort
Bewerbungsgespräche
- Hospitation
- **Entscheidung AG & AN**
- **Einstellungszusage**
- Visaverfahren & Anerkennungsprozess
- **Anreise und Arbeitsaufnahme**
- Integration

**Schritt für Schritt...
Transparent. Ehrlich. Nachhaltig.**

Vispero GmbH · Ihr Ansprechpartner: Nikola Petrovic
 Burgstr. 79 · 53117 Bonn · 0228 389 389 – 19 · info@vispero-gmbh.de
 www.vispero-gmbh.de

Studie entfacht Debatte

Werden Menschen mit Demenz zu oft ruhiggestellt?

Professor Gerd Glaeske von der Universität Bremen hatte kürzlich gesagt, die gravierende Fehlversorgung mit Beruhigungsmitteln und die gleichzeitige Unterversorgung mit Antidementiva (Medikamente zur Behandlung der Erkrankung) ließen sich nicht mit den medizinischen Leitlinien erklären. „Im Gegenteil: Hier liegt der Verdacht nahe, dass demente Menschen einfach ruhiggestellt werden, statt sie richtig zu behandeln“, so Glaeske. Er hatte zusammen mit der Techniker-Krankenkasse den TK Innovationsreport 2018 veröffentlicht. Demnach erhalten Menschen

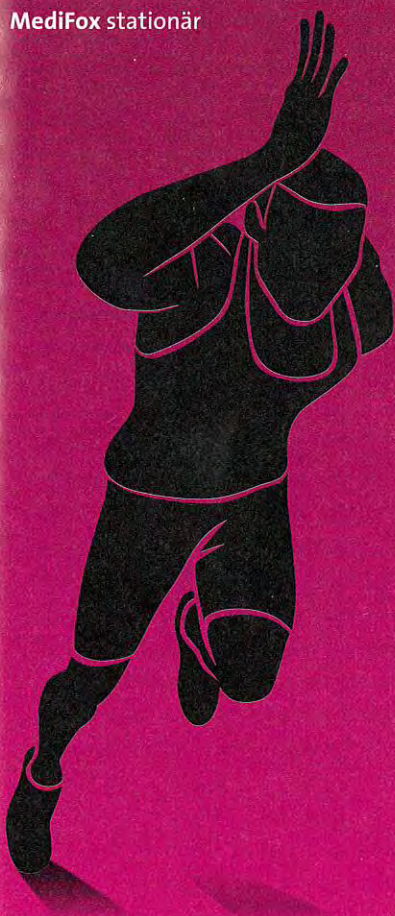
mit Demenz häufig nur Antipsychotika (Beruhigungsmittel) und werden seltener mit Antidementiva behandelt. Auch wenn die momentan verfügbaren Medikamente gegen die Alzheimer-Demenz das Fortschreiten der Krankheit nur verlangsamen, sollten die Betroffenen damit versorgt werden. Insgesamt bekommen nur 14 Prozent der TK-Versicherten mit Demenz ausschließlich ein Antidementivum. Neun Prozent werden sowohl mit einem Antidementivum als auch einem Beruhigungsmittel behandelt. Rund ein Viertel erhält dagegen ausschließlich ein Antipsychotikum. Die Hälfte der

Patienten bleibt unbehandelt, heißt es in dem Report.

Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), weist die Vorwürfe zurück. Das Ausstellen von Rezepten obliegt ausschließlich den Ärzten. In den Heimen werde strikt nach den vorgegebenen Medikationsplänen ausgereicht. Abweichen würde nicht geduldet, erklärt Meurer in einer schriftlichen Stellungnahme des Verbandes.

Auf altenheim.net kommentiert Tobias Münzenhofer, gerontopsychiatrischer Pflegefachdozent: „Pflegekräfte tragen hier die Durchführungsverantwortung. [...] Hierbei muss abgewogen werden, ob die beabsichtigten Nebenwirkungen und die geistige/körperliche Einschränkung der Integrität noch im Verhältnis stehen. Der Leidensdruck, ab dem die Gabe von Medikamenten erforderlich ist, muss im Team für jeden klar sein. Die Indikation ‚Unruhe‘ reicht hier nicht.“ Der Deutsche Ethikrat forderte in einer Stellungnahme, mehr Sensibilität bei Zwangsmaßnahmen in der Pflege. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAIzG) sprach sich dafür aus, mehr zu tun, damit Einrichtungen der Altenpflege ohne Zwang auskommen. ●

MediFox stationär



FERTIG, LOS!

Digitalisierung professionell umsetzen.

Finden Sie in Sekundenschnelle heraus, worauf es bei der Auswahl Ihrer Pflegesoftware ankommt – mit unserem kostenlosen Sofort-Check.

Beim Umstieg auf MediFox unterstützen wir Sie mit bis zu 12.000 Euro* pro Einrichtung!

www.medifox.de/sofort-check

Unseren Software-Bonus gibt es nur bis 31.01.2019!