



www.kohlhammer-pflege.de

Alter und Demenz^x

Kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten
Herausforderung für das Pflegepersonal

Auf die Ernährung kommt es an
Prävention und Behandlung von Demenz

Geriatrische Langzeitpflege
Mobilitätskonzept der Bremer Heimstiftung

Hintergründe, Fakten, News ... Die Welt der Pflege auf einen Blick www.kohlhammer-pflege.de

Das Portal für Pflegende

Die Pflegezeitschrift als E-Paper

Auch auf Mobilgeräten bequem lesbar

- Tagesaktuelle News aus der Gesundheits- und Pflegebranche
- Monatlich wechselnde Schwerpunkte: Pro & Contra, Interviews, Portraits, Diskussionsthemen
- **Aktuelle Studien** der Pflegewissenschaft
- **Zertifizierte Fortbildungsmöglichkeiten** im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegender (RbP)

Längst keine Einzelschicksale mehr

ROBERT HOFFMANN

Nach einer Umfrage der DAK 2015 fürchtet sich jeder zweite Deutsche vor Demenz oder Alzheimer. Besonders die über 60-Jährigen haben Angst vor einer Demenzerkrankung. Nur die Furcht vor Krebs ist laut dieser Befragung bei vielen noch größer. Wie sehr das Thema beschäftigt, zeigen inzwischen auch zahlreiche Buchtitel und Fernsehfilme. Selbst die amerikanische Filmindustrie hat die Bedeutung von Demenzerkrankungen erkannt. Sozialdramen mit prominenten Stars wie Julian Moore in „Still Alice“ oder Julie Christie in dem Streifen „An ihrer Seite“ schildern, wie bislang aktive Menschen langsam in ihren kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten durch Erkrankungen des Gehirns eingeschränkt werden. Schleichend verlieren sich Kurzzeitgedächtnis, Denkvermögen, Motorik und Sprache, und manchmal verändert sich sogar die Persönlichkeit. Oft werden langjährige Partner oder Familienmitglieder als Fremde wahrgenommen. Eine Erfahrung, die für Angehörige und Lebenspartner besonders bitter ist.

Dass an Demenz erkrankte Menschen längst keine Einzelschicksale mehr sind, zeigt die Statistik: Im Jahre 2010 waren Schätzungen zufolge weltweit 35,6 Millionen Menschen erkrankt. In Deutschland leben nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums (2015) derzeit etwa 1,5 Millionen Menschen mit Demenz. Bis zum Jahre 2050 wird ein Anstieg auf drei Millionen prognostiziert. Angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung nimmt auch mit der zweiten Lebenshälfte das Risiko zu, an Demenz zu erkranken.

Noch werden in Deutschland die meisten Demenzkranken von ihren Familienangehörigen gepflegt, doch auch hier zeigt sich ein Wandel. Neben der Überalterung der Gesellschaft machen unter anderem die zunehmende Mobilität und die Tendenz zu Singlehaushalten die Betreuung Erkrankter zu Hause immer schwieriger. Schon jetzt gibt es einen gestiegenen Bedarf an Pflegeplätzen und qualifiziertem Fachpersonal, wie Pflegekräfte, Ärzte, Therapeuten und Berater, die den besonderen Anforderungen Demenzkranker gerecht werden. Diese müssen sich auf die

Besonderheiten dieser Patienten einstellen, da sich Demenzkranke im Verlauf ihrer Krankheit immer schlechter mitteilen können – und beispielsweise mit der neuen Umgebung eines Krankenhauses oder Pflegeheims nicht gut zurecht kommen.

Angesichts dieser besonderen Herausforderung ist der Schwerpunkt unserer März-Ausgabe „Alter und Demenz“. Auch wenn wir nur einen Teil dieses komplexen Gebiets streifen können, haben wir einige aufschlussreiche und praxisorientierte Fachbeiträge für Sie zusammengestellt.

So beschreibt Sylke Werner in ihrem Beitrag ab Seite 154 die Situation Demenzkranker in Krankenhäusern, was eine neue Umgebung für die Patienten bedeutet und welchen Herausforderungen sich das Pflegepersonal bei der Betreuung stellen muss. Im Beitrag von Sabine Marienfeld, Christa Flerchinger und Jörg Bojunga ab Seite 142 wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Ernährung Einfluss auf Demenzerkrankungen haben kann. Und ab Seite 170 stellen Martina und Anna Waldhausen die Forschungsarbeit am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) vor. Dort forschen Wissenschaftler zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Demenz. Ziel des DZNE ist es, sowohl präventive als auch therapeutische Ansätze zu entwickeln und zu erproben. Über den Schwerpunkt hinaus finden Sie in dieser Ausgabe selbstverständlich weitere praxisorientierte Beiträge zu vielfältigen Themenbereichen.

Und am Schluss noch ein Hinweis in eigener Sache: Am 1. Februar 2016 habe ich die Nachfolge von Alexander Rose als Redakteur der Pflegezeitschrift angetreten und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit mit den Autoren!

Die Redaktion wünscht Ihnen wieder viel Vergnügen beim Lesen!

Robert Hoffmann
(Redakteur)

Telegramm

Potsdam (dpa/tmn) - Neben dem Check-up beim Hausarzt, dem Gang zum Zahnarzt und der Krebsfrüherkennung sollten Senioren weitere Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrnehmen. Christine Eichler, Chefärztin des Evangelischen Zentrums für Altersmedizin in Potsdam, rät, einmal jährlich zum Augenarzt zu gehen. So können altersbedingte Augenerkrankungen wie der graue oder grüne Star im Fall des Falles so früh wie möglich erkannt werden. Wer Raucher war oder ist, eine Allergie hat oder wenn Lungenkrankheiten in der Familie aufgetreten sind, sucht am besten alle ein bis zwei Jahre einen Lungenspezialisten auf. Und: „Gerade Frauen sollten ab 60 Jahren einmalig ihre Knochendichte messen lassen“, rät Eichler. So kann man bei einer möglichen Osteoporose früh gegensteuern. Wer Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis hat oder vom Partner oder Freunden auf Schwächen aufmerksam gemacht wird, sollte auch das vom Arzt abklären lassen. „Viele Ursachen sind reversibel, aber aus Angst vor Alzheimer gehen viele gar nicht erst zum Arzt.“ Auch Impfungen stehen an: Ab 60 Jahren sollte man sich gegen Pneumokokken und Grippe impfen lassen. „Außerdem ist das ein guter Zeitpunkt, mal zu überprüfen, ob eine Impfung aufgefrischt werden muss.“

VORSCHAU 4/2016

Schwerpunkt:
Campus

Ausbildungskooperation
Pflege und Medizin

Prüfungsangst
Ein Thema für Pflegepädagogen

Innovativer Studiengang
Soziale Arbeit und Pflege

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

Redaktion

Robert Hoffmann
Redakteur (rho)
Tel.: 0711 7863-7238
robert.hoffmann@kohlhammer.de

Unter Mitarbeit von

Deutsche Presse-Agentur GmbH (dpa),
Hamburg
Presseagentur Gesundheit (pag), Berlin

Wissenschaftliches Editorial Board

Katrin Balzer, Lübeck
Almuth Berg, Halle/Wittenberg
Marcellus Bonato, Münster
Christa Flerchinger, Frankfurt am Main
Steffen Fleischer, Halle/Wittenberg
Thomas Fischer, Dresden
Johannes Gräske, Bremen
Elisabeth Holoch, Stuttgart
Sascha Köpke, Lübeck
Christa Lohrmann, Graz
Rüdiger Ostermann, Münster
Bernd Reuschenbach, München
Friederike Störkel, Münster
Antje Tannen, Berlin

Media-Service

Anzeigenleitung: Stefan Steinacker
Anzeigenverkaufsberatung: Ivana Musa
Tel.: 0711 7863-7266
Fax: 0711 7863-8393
ivana.musa@kohlhammer.de

Vertrieb und Abo-Service

Marcus Jendretzke
Tel.: 0711 7863-7277
Fax: 0711 7863-8430
marcus.jendretzke@kohlhammer.de

Erscheinungsweise

Die Pflegezeitschrift erscheint monatlich, jeweils bis zum 5. eines Monats.

Jährlicher Bezugspreis: 58,70 Euro/78,90 sFr zzgl. 8,40 Euro Versandkosten, Vorzugspreis für Schüler der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege, der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sowie für Studierende (gegen Bescheinigung): 31,90 Euro/42,90 sFr zzgl. 7,90 Euro Versandkosten, Probeabo: 18,65 Euro (inklusive Versand)/26,90 sFr.

Einzelpreis: 10,90 Euro/16,50 sFr zzgl. Versandkosten

Bestellungen: Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, und beim Buchhandel

Abbestellungen: 6 Wochen vor Kalenderjahresende

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 46 vom 1. Januar 2016.

Copyright

Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, Einspeicherung in EDV-Systeme, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern, z.B. CD-ROMs, verwerten (Offline-Recht). Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der W. Kohlhammer GmbH unzulässig und strafbar. Der Verlag erlaubt allgemein das Fotokopieren zu innerbetrieblichen Zwecken, sofern dafür eine Gebühr an die VG Wort, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München, entrichtet wird, von der die Zahlungsweise zu erfragen ist.

Manuskripte

Zur Veröffentlichung eingereichte Manuskripte dürfen vorher oder gleichzeitig nicht anderweitig zum Abdruck angeboten werden. Eine Entscheidung über eine Veröffentlichung erfolgt erst nach eingehender Prüfung des Manuskriptes. Dies gilt sowohl für unverlangt eingesandte als auch für angeforderte Beiträge. Wissenschaftliche Beiträge werden einem Peer-Review-Verfahren unterzogen. Die Kürzung und redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Prüfung, ob Urheberrechte Dritter berührt werden, sowie die Einholung des Abdruckrechtes für zugesandte Fotos oder Abbildungen obliegen dem Absender. Die detaillierten Manuskriptrichtlinien können unter www.pflegezeitschrift.de abgerufen oder telefonisch angefordert werden.

Wichtiger Hinweis

Mit Namen gekennzeichnete Artikel geben die Meinung des Verfassers wieder, die nicht mit der der Redaktion identisch sein muss. Wie andere Berufe auch, ist die Pflege ständigen Entwicklungen unterworfen. Sofern in dieser Zeitschrift Angaben zu Anwendungsgebieten, Applikationsformen, Dosierungen oder Abrechnungsmodi gemacht werden, dürfen die Leser zwar darauf vertrauen, dass große Sorgfalt darauf verwandt wurde, dass diese dem Wissensstand bei Fertigstellung der Ausgabe entsprechen, jedoch kann vom Verlag keine Gewähr für diese Angaben übernommen werden. Die Wiedergabe von Gebrauchs- und Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass diese im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten sind.

Verlag und Gesamtherstellung

W. Kohlhammer GmbH, 70549 Stuttgart
Tel.: 0711 7863-0
www.pflegezeitschrift.de
www.kohlhammer.de
pflegezeitschrift@kohlhammer.de

Die Zeitschrift ist der „Informationsgemeinschaft zur Verbreitung von Werbeträgern“ angeschlossen.



ZUR DISKUSSION

- 136 **Der gesetzliche Mindestlohn und seine Auswirkungen**
Konsequenzen auf die Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten
SASCHA BÜCHINGER
- 138 **Stellungnahme zum Artikel „Hallo? Ist hier jemand“**
Der Autor möchte beim Thema Entbürokratisierung zur weiteren
Diskussion anregen
JULIUS THUME

PRO & CONTRA

- 140 **Wettbewerb um Niedriglöhne**
Pflegermindestlohn verhindert das Schlimmste in der Pflege
SYLVIA BÜHLER
- 141 **Unternehmerverband soziale Dienste und Bildung**
Mindestlohn verschärft Fachkräftemangel, Schwarzarbeit und
Arbeitslosigkeit
ELISABETH SCHULTE

PFLEGEPRAXIS

- 142 **✕ Auf die Ernährung kommt es an**
Prävention und Behandlung von Demenz
SABINE MARIENFELD, CHRISTA FLERCHINGER & JÖRG BOJUNGA
- 148 **✕ Herausforderung für das Personal**
Kognitiv eingeschränkte Patienten und Patienten
ANJA SIEGLE, KARIN SCHMIDT, ANNETTE RIEDEL & REINHOLD WOLKE
- 154 **✕ Das Umfeld bestimmt das Verhalten**
Menschen mit Demenz im Krankenhaus
SYLKE WERNER
- 159 **✕ Nicht Alles in trockenen Tüchern**
Auflagen und Wickel als Angebot für Demenzkranke
JUTTA SCHÖFER
- 162 **✕ Die aus dem Quartier und wir**
Miteinander leben im Wohnbezirk
SANDRA BENSCH
- 166 **✕ Mobilitätskonzept der Bremer Heimstiftung**
Geriatrische Langzeitpflege
ELKE SCHLESSELMANN

PFLEGEMANAGEMENT

- 172 **Komplexität rechtfertigt akademische Ausbildung**
Anforderungen an die moderne Einrichtungsleitung in NRW
JULIUS THUME & PATRICK KLAHOLD

PFLEGEWISSENSCHAFT

- 170 **✕ Forschung am DZNE**
Fragen zu Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz
MARTINA ROES & ANNA WALDHAUSEN
- 176 **Cochrane Review**
Interventionen zur Prävention von Verletzungen
im Zusammenhang mit dem eigenen Bett
MELANIE BURGSTALLER & ANDREA KOBLEDER

TECHNIK IN DER PFLEGE

- 178 **Interview mit Dipl.-Ing. Andreas Kitzig**
Über nützliche und sinnvolle Features bei Pflegebetten

CAMPUS

- 180 **✕ Verbesserungen im Krankenhaus**
Vermittlung pflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung
JAQUELINE BOMBALL, MARTINA STÖVER & STEFAN GÖRRES
- 186 **Praktikum im Studium**
Neue berufliche Impulse
KATJA MARQUARDT



Foto: Peter Maszlen/Fotolia

142 Ernährung bei Demenz

Im Fokus dieses Beitrags steht die Auswirkung der Ernährung auf Erkrankte mit Demenz. Insbesondere wird unter die Lupe genommen, inwieweit eine entsprechende Kost die Entstehung und den Verlauf der Demenz beeinflussen kann ...



Foto: drubig-photo/Fotolia

148 Kognitiv beeinträchtigte Patienten

Unter allen Krankenhauspatientinnen und -patienten stellen kognitiv beeinträchtigte Menschen eine besondere Patientengruppe dar, die spezielle Bedürfnisse mitbringen, spezifische Herausforderungen an die Pflege stellen und auch besonderen Gefahren ausgesetzt sind ...



Foto: upixa/Fotolia

154 Demenzkranke in der Klinik

Ein Krankenhausaufenthalt kann für eine Person mit einer demenziellen Erkrankung eine ebenso unüberschaubare wie schwierig einzuschätzende Situation bedeuten, die mit Ängsten, Hilflosigkeit oder Aggression verbunden sein kann ...

- 129 Editorial
- 130 Impressum
- 132 Kurzberichte
- 153 Buchtipps
- 188 ImPuls der Wissenschaft
- 190 Stellenmarkt/Anzeigen

✕ = Schwerpunktthema

Titelbild: Ocskay Bence/Fotolia

Koalition einigt sich auf flexiblere Versorgung psychisch Kranker Behandlung soll auf den neusten Wissensstand

Berlin – Psychisch kranke Menschen sollen künftig besser versorgt werden. Die Gesundheitspolitiker der großen Koalition verständigten sich am Donnerstag in Berlin auf entsprechende Eckpunkte. Dabei werde sich die Vergütung daran orientieren, ob eine Einrichtung diese Menschen nach modernem wissenschaftlichen Standard behandelt, erläuterte Gesundheitsminister Hermann Gröhe nach einem Treffen mit Fachverbänden.

In diesem Zusammenhang müsse in einem solch betreuungsintensiven Bereich auch über eine Aufstockung des Personals nachgedacht werden. Allerdings seien noch keine genauen Angaben über die Kosten der Reform möglich, hieß es.

Gröhe zeigte sich überzeugt, dass die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen gerade in der Psychiatrie künftig an Bedeutung gewinnen werde. Der stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Karl Lauterbach erläuterte dazu, häufig komme es

vor, dass psychisch Kranke nach einer Behandlung in einer Klinik nach Hause entlassen würden und dann die Betreuung abrupt abbreche, so dass der Patient nach einiger Zeit wieder eingeliefert werden müsse.

Künftig ist laut Gröhe vorgesehen, dass Patienten nach einer Entlassung aus einer Klinik von Klinikpersonal zu Hause weiter betreut werden sollen. Die Vergütung komme dann aus dem Klinikbudget. Es gelte, sogenannte Drehtüreffekte zu vermeiden, sagte Gröhe. Die SPD-Gesundheitspolitikerin Hilde Mattheis wies darauf hin, dass für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche das häusliche Umfeld für eine erfolgreiche Behandlung ein wesentlicher Faktor sei. Der Maßstab für die Vergütung sei künftig grundsätzlich eine leitliniengerechte Behandlung der Patienten. Zudem werde sie sich auch nach regionalen Besonderheiten richten. So kann es durchaus sein, dass in einigen städtischen Gebieten häufiger psychisch Erkrankte in Kliniken eingewiesen werden als etwa im

ländlichen Raum. Die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, Maria Michalk, unterstrich, um zu erkennen, ob eine Einrichtung leitliniengerecht behandelt, sei Transparenz dringend notwendig. „Auf diese Weise können die in den Kliniken erbrachten Leistungen untereinander verglichen werden.“

Die Grünen-Gesundheitspolitikerin Maria Klein-Schmeink verwies im Gespräch mit der dpa auf einen deutlichen Anstieg der Patientenzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern. Zudem seien lange Wartezeiten in der ambulanten Behandlung, häufig wiederkehrende stationäre Aufenthalte der Kranken sowie ein Anstieg von frühzeitiger Erwerbsunfähigkeit „deutliche Hinweise, dass die Versorgung insgesamt dringend weiterentwickelt werden muss“. Klein-Schmeink betonte: „Wir brauchen eine am individuellen Bedarf der Patienten ausgerichtete Vergütung, die flexibel verschiedenste Versorgungsformen ermöglicht.“ (dpa)

Weisse Liste informiert über Patientensicherheit und Hygiene Ratsuchende sollen erkennen, wie aktiv einzelne Krankenhäuser sind

Berlin – Der Krankenhausvergleich der Weissen Liste und die darauf basierenden Portale von AOK, Barmer GEK und Apotheken Umschau informieren ab sofort auch über Patientensicherheit und Hygiene. Ratsuchende sollen erkennen, wie aktiv einzelne Krankenhäuser sind – und vergleichen können.

Wenden Kliniken standardisierte OP-Checklisten an? Gibt es eine verantwortliche Person für das Risikomanagement? Werden Risikopatienten auf Infektionen mit multiresistenten Erregern untersucht? Das sind nur einige Fragen, auf die das Portal Antworten geben will. Der neue Informationsbereich in der Krankenhaussuche fasst Maßnahmen und Ausstattungsmerkmale einer Klinik zusammen, die die Sicherheit des Patienten bei einer Behandlung verbessern sollen. Die Darstellung erfolgt in vier Blöcken wie „Maßnahmen beim Operieren“

oder „Hygiene und Infektionsschutz“. Je nach Dimension sind unterschiedliche Kriterien zu erfüllen, etwa „Teilnahme an der Aktion Saubere Hände“. Ein Kreisdiagramm fasst das Ergebnis der jeweiligen Klinik zusammen – je voller der Kreis, desto höher der Erfüllungsgrad für Patientensicherheit und Hygiene.

Die neuen Informationen beruhen auf Selbstangaben der Kliniken und ergänzen die schon bislang in der Weissen Liste veröffentlichten Qualitätsdaten, etwa zur Behandlungshäufigkeit, zur Ausstattung oder zur Patientenzufriedenheit. „Anspruch der Weissen Liste ist es, Patienten, Angehörige und einweisende Ärzte leicht verständlich über die Qualität von Krankenhäusern zu informieren“, sagt Roland Rischer, Geschäftsführer der Weisse Liste gemeinnützige GmbH. Für Patienten sei das Thema Hygiene von besonderer Bedeutung. Das zeigten die

regelmäßigen Nachfragen von Nutzern des Portals. „Mit der Darstellung des neuen Qualitätsbereiches bieten wir nun erstmals die Möglichkeit, sich mit wenigen Klicks über das Engagement von Krankenhäusern für Patientensicherheit und Hygiene zu informieren“, so Rischer.

Grundlage der Weissen Liste, einem gemeinsamen Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen, sind die sogenannten strukturierten Qualitätsberichte von rund 2.000 Krankenhäusern, die in der sechsten Auflage erschienen sind. Ergänzt werden diese durch die Ergebnisse einer bundesweiten Patientenbefragung – durchgeführt von AOK, Barmer GEK und Weisse Liste. Weitere Informationen unter <https://www.weisse-liste.de> (pag)

Bessere Hilfsmittelversorgung Koalition plant „gemeinsamen Aufschlag“

Berlin – Die Koalitionsfraktionen wollen gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium „Ende März, Anfang April einen gemeinsamen Aufschlag“ für eine gesetzliche Regelung unternehmen, um die Hilfsmittelversorgung zu verbessern. Das kündigt die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Hilde Mattheis, auf dem Gesprächskreis Gesundheit des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) an.

Nach dem Eckpunktepapier des Ministeriums sei dies „der nächste Schritt eines gemeinsamen Vorgehens“. Oberstes Ziel müsse es sein, Patienten, die auf eine Hilfsmittelversorgung angewiesen sind, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, so Mattheis. Dabei müsse auch diskutiert werden, ob die derzeit bereitgestellten Mittel ausreichend seien, „denn hier geht es um eine ganz konkrete Verbesserung der Lebensqualität der Patienten, beispielsweise in der Inkontinenzversorgung“.

Hilfsmittelthemen seien derzeit durch zahlreiche Petitionen und Medienbe-

richte sehr aktuell. Das Problem der Ausschreibungen spiele für viele Patienten in der täglichen Versorgung eine Rolle. Als Beispiel führt die SPD-Gesundheitsexpertin die zu niedrigen Monatspauschalen für aufsaugende Inkontinenzhilfen an. 7 Euro monatlich dafür zu veranschlagen, könne nicht funktionieren, über 20 Euro seien auf jeden Fall notwendig, sagt Mattheis. Die SPD-Bundestagsfraktion hatte bereits im Sommer 2015 ein Positionspapier zur Hilfsmittelversorgung vorgelegt und sieht sich in zentralen Punkten mit dem Koalitionspartner und dem Ministerium auf einer Linie. Mattheis nennt als Ziele der SPD hohe Mindeststandards mit ausgeprägter Beratungsfunktion der Krankenkassen, Transparenz bei den Ausschreibungen und Kontrolle der Ausschreibungsgewinner. Das Hilfsmittelverzeichnis müsse zudem regelmäßig aktualisiert werden. Der GKV-Spitzenverband überarbeite derzeit beispielsweise die Produktgruppe 15 für Inkontinenzhilfen, „das ist richtig gut“, so Mattheis. „Man

muss klare Vorgaben machen, dass ein Angebot nicht nur ein Produkt enthält, sondern mehrere beinhaltet.“ Details dazu seien im Prozess zu besprechen.

Der BVMed setzt sich für einheitliche bundesweite Vorgaben ein, „damit eine Vergleichbarkeit der Versorgungsqualität hergestellt werden kann“, betont BVMed-Geschäftsführer Joachim M. Schmitt. Die Dienstleistungsqualität müsse dabei ebenfalls festgeschrieben sein. Dazu gehörten beispielsweise Anforderungen an die Qualifikation der Fachkräfte.

Dissenz mit dem Koalitionspartner sieht Mattheis lediglich beim Thema externe Hilfsmittelberater. Diese werden von der SPD abgelehnt. Der BVMed spricht sich ebenfalls gegen externe Hilfsmittelberater aus, die von den Krankenkassen direkt beauftragt werden. Dafür gebe es bereits den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, so BVMed-Hilfsmittelexpertin Daniela Piossek. (pag)

Moratorium will Pflegeberufsgesetz aussetzen Reform der Pflegeberufe erhitzt weiterhin die Gemüter

Berlin – Die Reform der Pflegeberufe, mit der die Ausbildung generalisiert werden soll, erhitzt weiter die Gemüter. Der Widerstand gegen das Regierungsvorhaben wächst: Opposition und Ärzte wollen das Gesetz, das Ende Juni vom Bundestag verabschiedet werden soll, mit einem Moratorium stoppen.

Unterzeichnet haben das Papier bisher rund 30 Verbände und etwa 2.500 Einzelpersonen. Dr. Frank Jochum, Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus, sieht in qualitativer und quantitativer Hinsicht ein hohes Risiko in den geplanten Veränderungen. „Gerade Kinder brauchen Pfleger, die für ihre besonderen Belange ausgebildet sind“, betont er. In der Kinderkrankenpflege entschieden sich Bewerber sehr bewusst für diesen Beruf. Eine generalistische Ausbildung sei für diese jungen Menschen nicht attraktiv. Dieselbe Gefahr, wenn auch aus einem anderen Blickwinkel, sieht Prof. Dr. Hans Gutz-

mann. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) berichtet von einer Befragung unter 8.000 Altenpflegern: „Unter den Bedingungen der Generalistik würde es mehr als ein Drittel nicht wieder machen.“ Gutzmann: „Wir verlieren ganz viele.“ Scharfe Kritik üben die Grünen. „Hier soll im Schweinsgalopp ein Gesetz durch den Bundestag getrieben werden, obwohl klar sein müsste, dass eine dreijährige generalistische Ausbildung mit den Inhalten der bislang getrennten Ausbildungen absolut überfrachtet ist“, zeigt sich Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik von Bündnis 90/Die Grünen, empört. Der Ansatz sei falsch, außerdem gebe es mehr Fragen als Antworten. Klar sei, dass Ausbildungsinhalte abgeschmolzen werden: Wo soll das Fachwissen herkommen? Wer bezahlt die Nachqualifizierung? Wie verhalten sich Arbeitgeber? Eine Risikofolgenab-

schätzung, ob die Generalistik wirklich die Zahl der Auszubildenden steigern, fehle komplett. „Wir haben hier das TTIP der Pflege“, findet die Politikerin. Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit und Pflege in Nordrhein-Westfalen (NRW), pflichtet Scharfenberg bei. Es gebe bislang keine Verordnung, in der die genauen Inhalte der neuen Ausbildung definiert seien. Derzeit habe man die „Katze im Sack“, sagt sie. Ob NRW das zustimmungspflichtige Gesetz später im Bundesrat blockieren will, ließ sie offen. Mangelnde Transparenz und fehlende Ausgestaltung des Gesetzes lassen die Grünen aber auch hoffen: „Ich kann mir vorstellen, dass das zu Widerstand in der Koalition führen könnte“, sagt Scharfenberg. Im Moment sieht es aber nicht danach aus. Kurz nach der Vorstellung des Moratoriums weisen Vertreter der SPD-Bundestagsfraktion die Forderung, die Pläne auszusetzen, umgehend zurück. (pag)

Mehr Unabhängigkeit dank technischer Assistenz

Interesse an Pflegerobotern groß

Berlin – Ein Roboter, der erkennt, ob der Bewohner gestürzt ist, einen Notruf absetzen kann, Essen aus der Küche bringt oder an Termine erinnert. Ein solcher Heimassistent ist keine Zukunftsmusik mehr – „Hobbit“ wurde 2015 in 18 Haushalten in Österreich, Schweden und Griechenland getestet.

„Viele Senioren sind an technischen Assistenten interessiert“, stellt Dr. Tobias Körtner, Projektmanager des EU-Projekts an der Akademie für Altersforschung am Haus der Barmherzigkeit in Wien,

fest. „Und die Aufgeschlossenheit wird zunehmen“, ist er sich sicher. Ziel sei es, dass Senioren mit Hilfe solcher Service-roboter länger in der Selbstständigkeit leben können.

Die Wissenschaftler an der Akademie für Altersforschung tüfteln außerdem am Roboter „Henry“, ein internationaler Forschungsroboter, der bereits im Wiener Haus der Barmherzigkeit seine Runden drehte. „Es soll ein mobiler Assistent entstehen, der seine Umgebung selbstständig erkundet, aus Erfahrung

lernt und vor Gefahrenquellen warnt“, so Projektleiter Körtner. Henry kann Gäste durchs Haus lotsen oder die Physiotherapie begleiten, im Pflegebereich ist er aber nicht einsetzbar. Weltweit wird an Pflegerobotern gearbeitet, die bewegungseingeschränkte Menschen heben, die Hol- und Bringdienste erledigen, Medikamente herausuchen und transportieren können. „Doch bis solche technische Assistenten routinemäßig im Einsatz sind, wird es noch viele Jahre dauern“, betont Körtner. (pag)

Baden-Württemberg schnürt Fachkräftequote auf

Anforderungen für den Personaleinsatz werden neu geregelt

Stuttgart – Die Landesregierung Baden-Württemberg schnürt die Fachkräftequote in stationären Pflegeheimen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf. Die Anforderungen für den Personaleinsatz werden in einer neuen Landespersonalverordnung neu geregelt, die am 1. Februar 2016 in Kraft getreten ist.

Vorgesehen ist nach wie vor – wie im Wohn-, Teilhabe-, und Pflegegesetz des Landes (WTPG) verankert –, dass 50 Prozent der Beschäftigten für pflegende und sozial betreuende Tätigkeiten Fachkräfte sein müssen. In der Pflege kann die Quote künftig aber unterschritten werden. Das Minimum liegt bei 40

Prozent. Anstelle der Pflegefachkräfte können alternative Berufsfelder wie Ergotherapeuten, Heilerziehungspfleger, Pädagogen, Sozialarbeiter und Sprachtherapeuten eingesetzt werden. Auf der Liste stehen auch Dorfhelfer, Masseure, medizinische Bademeister oder Tanztherapeuten. Neue Vorgaben gibt es auch für die Präsenzzeiten von Pflegefachkräften. Darüber hinaus werden die Einrichtungen verpflichtet, Beschäftigten die Teilnahme an berufs begleitender Fortbildung zu ermöglichen. Damit will die Landesregierung berufliche Aufstiegschancen ermöglichen.

Sozialministerin Katrin Altpeter verspricht sich von der neuen Vorschrift

einen flexibleren Personaleinsatz. Man lege „den Grundstein für moderne Personalkonzepte“, sagt sie. Die Qualität der Betreuung der Bewohner werde nicht beeinträchtigt. Das unterstreicht zuletzt auch Ministerialdirigent Andreas Schütze auf dem 12. Forum Pflege und Vernetzung am 13. Januar 2016 in Berlin. Kritik an der Absenkung der Quote will er nicht gelten lassen. Eine Fachkräftequote allein stelle „nicht automatische Qualität her“, betont er. Schütze ist überzeugt, dass Pflegeheime sich umorganisieren und Personal je nach spezieller Qualifikation einsetzen müssen. „Es braucht verschiedene Qualifikationen, um Pflege zu organisieren.“ (pag)

Arzt muss Kopien der Patientenakte vollständig herausgeben

Krankenkasse klagte gegen Ärztin

München/Berlin – Die Krankenversicherung kann einen Anspruch darauf haben, die Unterlagen eines Patienten einzusehen - beispielsweise, wenn es um dessen Schadenersatzansprüche geht. Der Arzt muss dann die Unterlagen vollständig und leserlich weitergeben. Vorausgesetzt, der Patient ist mit der Herausgabe einverstanden und entbindet den Arzt von seiner Schweigepflicht. Das geht aus einer Entscheidung des Amtsgerichtes München hervor (Az.: 243 C 18009/14), wie die Arbeits-

gemeinschaft Medizinrecht des Deutschen Anwaltvereins (DAV) mitteilt.

Im konkreten Fall hatte eine Patientin nach einer Zahnbehandlung Schmerzen. Die Frau gab bei ihrer Krankenkasse an, die Zahnärztin habe durch den Eingriff eine Krone kaputt gemacht. Die Behandlung der Ärztin sei außerdem nicht abgesprochen gewesen. Die Krankenkasse forderte nach dem Einverständnis der Patientin die Unterlagen an. Die Ärztin schicke daraufhin der Versicherung Kopien, die jedoch nur unvollständig und

unleserlich waren. Dagegen klagte die Krankenkasse. Zu Recht, entschieden die Richter des Amtsgerichtes München. Denn jeder Patient hat ein Recht darauf, seine Krankenakte einzusehen. Dieser Anspruch kann wie im konkreten Fall bei einer fehlerhaften Behandlung auf die Krankenkasse übergehen. Erst wenn die Unterlagen komplett und lesbar als Kopie vorliegen, hat die Ärztin ihre Schuldigkeit getan. (dpa/tmn)



Psychiatrische Pflege: Weiterbildung startet im Juni

Frankfurt am Main – Die Frankfurt University of Applied Sciences (Frankfurt UAS) bietet ab Juni 2016 erneut die berufsbegleitende Weiterbildung „Staatlich anerkannte/-r Fachpfleger/-in für Psychiatrische Pflege“ an.

Ziel der Weiterbildung ist es, eigenständige pflegerische Handlungskompetenzen in allen psychiatrischen/psychosozialen Bereichen und unterschiedlichen Situationen zu vermitteln. Die zweijährige Fachweiterbildung findet berufsbegleitend statt und richtet sich an interessierte Personen aus pflegerischen Berufen der psychosozialen Versorgung. Sie ist mit 810 Unterrichtsstunden im theoretischen Teil und 1.800 Stunden im berufspraktischen Teil gesetzlich vorgegeben und endet mit der staatlichen Prüfung. Die Teilnehmer erhalten nach Abschluss der Fachweiterbildung zudem die Hochschulzugangsberechtigung. Nach dem erfolgreichen Abschluss ist eine pauschale Anrechnung von Kompetenzen der Weiterbildung auf den Bachelor-Studiengang Pflege- und Case Management (B. Sc.) und somit eine Verkürzung der Studienzeit möglich. Anmeldeschluss ist der 15. April 2016. Die Weiterbildung kostet 7.850 Euro. (pag)

Mehr Infos: www.frankfurt-university.de/fachpflege_psychiatrie

Berlin und Brandenburg: Einheitliche Regeln für Intensivpflege

Berlin – In Berlin und Brandenburg gibt es erstmals eine einheitliche Vereinbarung zwischen allen Krankenkassen und den in der ambulanten Intensivpflege tätigen privaten Pflegediensten. Darauf weist der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) hin.

Der bpa hat nach eigenen Aussagen nach monatelangen Verhandlungen dem Flickwerk hinsichtlich der vertraglichen Anforderungen ein Ende gemacht. „Wir haben gemeinsam mit den Kassen einen Anforderungsrahmen in der Intensivpflege vertraglich geregelt, der ein umfassendes und hohes Qualitätsniveau der Versorgung sichert“, sagt die Leiterin der Berliner bpa-Landesgeschäftsstelle, Anja Hoffmann. Demnach ist bei den Diensten zum Beispiel eine auf die ambulante Intensivpflege spezialisierte Fachbereichsleitung erforderlich. Alle eingesetzten Pflegefachkräfte müssen darüber hinaus zusätzlich qualifiziert sein und über Erfahrung in der Beatmungs- und Intensivversorgung verfügen. Neben inhaltlichen Anforderungen wurden dem bpa zufolge auch neue Vergütungssätze verhandelt. (pag)

Anzeige



Neuer Name – bewährtes Konzept

Aus PFLEGE & REHA wird PFLEGE PLUS – das Thema Pflege rückt so noch stärker in den Mittelpunkt der erfolgreichen Kombination aus Messe und Kongress. Namhafte Aussteller und ein zertifiziertes Fortbildungsprogramm erwarten Sie. Profitieren Sie vom fundierten Angebot an Impulsen und Lösungen für Management und Fachpersonal.

TOP-THEMEN 2016

PSG II / FÜHRUNGSKULTUR / WUNDMANAGEMENT
DEMENZ / AKTIVIERUNG / BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT / RESILIENZ / PALLIATIVVERSORGUNG

www.pflegeplus-messe.de

26. – 28. APRIL 2016
MESSE STUTT GART



> Der gesetzliche Mindestlohn und seine Auswirkungen

Konsequenzen auf die Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten

SASCHA BUCHINGER

Seit 2015 gilt in Deutschlands Pflegesektor der gesetzliche Mindestlohn von 8,50 Euro in der Stunde. Unabhängig von allgemeinen kritischen Anmerkungen wie einem ausufernden Dokumentationsaufwand bei der Arbeitszeiterfassung und rückläufigen Zahlen bei Minijobbern wird langsam deutlich, dass das gesetzlich festgeschriebene Arbeitsentgelt indirekte kontraproduktive Konsequenzen auf die Anwerbung von Fachkräften aus sogenannten Drittstaaten hat.

Im April des Jahres 2015 hat Bundesinnenminister Thomas de Maizière auf einer Tagung mit deutschen Unternehmen zum Thema Zuwanderung von Fachkräften sinngemäß formuliert, dass nicht die Gesetzgebung ausschlaggebend für die spärlichen Anwerbezahlen seien, vielmehr wäre es Aufgabe der deutschen Wirtschaft, sich attraktiver für internationale Arbeitnehmer zu präsentieren. Zumindest für den Bereich der Altenhilfe kann diese Aussage nicht widerspruchlos hingenommen werden. Denn der Mindestlohn in Kombination mit weiteren gesetzlichen Vorgaben im Kontext der beruflichen Anerkennung macht es kaum mehr möglich, Pflegefachkräfte in die bundesdeutsche Altenhilfe zu lotsen.

Gesetzliche Strukturen

Um in Deutschland als internationale Fachkraft für die Pflege tätig werden zu dürfen, ist bekanntlich neben den notwendigen Sprachkompetenzen auf B2-Niveau (nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen) die staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin notwendig. In diesem Prozess stellen deutsche Behörden die Gleichwertigkeit des im Ausland erworbenen Titels mit dem deutschen Beruf fest. Die Anerkennungsprozesse von Pflegefachkräften aus Nicht-EU-Mitgliedsstaaten sind deutschlandweit föderal sprich je nach Bundesland uneinheitlich gere-

gelt. Wiederum verteilen sich die behördlichen Zuständigkeiten zum Teil in einzelnen Bundesländern erneut auf Bezirke oder Regierungspräsidien, beispielsweise gibt es dafür in Bayern sieben unterschiedliche Anerkennungsstellen, die untereinander bei Anforderungen, Bewertungen und Bearbeitungsdauer durchaus divergieren können. Entscheidend ist nun im Bereich der Anerkennung von im Ausland bereits erfolgreich erzielten pflegerischen Berufsabschlüssen die Einteilung in EU-Mitgliedsländer, daneben auch das Datum des Berufsabschlusses. Alle pflegerischen Qualifikationen innerhalb der EU sind durch die Umsetzung der einheitlichen Richtlinie 2005/36/EG innerhalb der Ausbildung anererkennungsfähig, unter der Voraussetzung, dass der Abschluss nach dem Beitrittsdatum des Herkunftslandes erzielt wurde und ähnliche Lehrpläne vorliegen.

Dem stehen Pflegeprofessionen entgegen, die nicht in Mitgliedsländern der Europäischen Union erworben wurden. Diesen sogenannten Drittstaaten eröffnen sich für die Feststellung der Gleichwertigkeit des beruflichen Abschlusses durch die staatlichen Stellen in Deutschland in der Regel zweierlei Wege: entweder nehmen die internationalen Pflege-Experten eine mündliche und praktische (Fach-)Kenntnisprüfung auf sich oder sie durchlaufen ein mehrmonatiges Praktikum im Klinikbereich, um behördlich attestierte Defizite auszugleichen. Und damit be-

ginnen die Nachteile für den Altenhilfebereich.

Der Anerkennungsprozess in Deutschland

Da grundsätzlich die Profession der Altenpflegerin nur in Deutschland zu erwerben ist, erhalten die internationalen Pflegekräfte ausnahmslos eine Anerkennung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Von daher fungieren in diesem Konstrukt stets die Kliniken, Krankenhäuser und die dort angesiedelten Bildungseinrichtungen und Akademien als prozessrelevante Akteure. Die Altenhilfe ist formal nicht eingebunden, gleichermaßen der Bereich der Rehabilitation.

Wie dargelegt können beide Wege der beruflichen Anerkennung nur über die klinische Schiene laufen. Auch wenn Altenhilfeträger im Ausland Pflegekräfte angeworben haben, stehen sie als Arbeitgeber erst am Ende der Kette.

Bisher wurde zahlreich die Option einer längerfristigen Anpassungs- bzw. Nachqualifizierungsmaßnahme bei Drittstaatlern genutzt. Je nach Bescheid der Behörde wird in diesem Kontext ein mehrmonatiger Einsatz als Praktikant im Kliniksektor vorgegeben (bis zu zwölf Monaten Dauer sind möglich). Damit und mit einem abschließenden Fachgespräch (unter Beteiligung eines Vertreters einer Krankenpflegeschule) sollte die Gleichwertigkeit der Qualifikationen gewährleistet sein. Meist wurde parallel auch noch an den Deutschfähigkeiten gearbeitet. Einige Bundesländer wie Sachsen fordern auch im Zuge der Kenntnisprüfung ein vorgeschaltetes dreimonatiges Praktikum in einem Krankenhaus respektive in einer Klinik. Dies bedeutet letztendlich, dass in jedem Falle eine Institution aus der Krankenpflege als Praxisort eingebunden sein muss, auch wenn der spätere Einsatzort in der Altenhilfe sein soll. Und diese Suche nach Praxisstätten

wird zunehmend schwieriger bis unmöglich.

Immer weniger Praxisstätten

Formal sind also ambulante Pflegedienste, stationäre Altenhilfeeinrichtungen und Rehabilitationskliniken als praktischer Einsatzort ausgeschlossen. Damit stehen diese Arbeitgeber, die einzelnen internationalen Pflegekräfte oder Personalagenturen vor der Herausforderung, adäquate Praxisstellen zu finden. Mehr und mehr zeigt sich aber gegenwärtig, dass es einfach keine ausreichende Anzahl an Kliniken mehr gibt, die als Praxisstellen über zahlreiche Monate fungieren wollen. Die Gründe sind vielfältig, aber nachvollziehbar:

- Erstens beanspruchen die internationalen Pflege-Praktikanten eine Unterstützung und Zuwendung in Form von Anleitung und Kommunikation – was Zeit sprich Personalressourcen in den Kliniken bindet.
- Zweitens wird in der Regel eine kostengünstige Unterkunft vor Ort benötigt, was nicht so häufig vorkommt (Stichwort: Wartezeit im Schwesternwohnheim).
- Drittens bleibt der direkte Nutzen für die Krankenhäuser aus, wenn die Praktikanten nach erfolgreicher Anerkennung in die Altenhilfe abwandern – die Investition in die Pflegekräfte verpufft.

Die elementarste Erschwernis dürfte viertens allerdings die Einführung des Mindestlohns darstellen. Dieser fällt in den geschilderten Praktika seit Beginn des Jahres an. Wird im Durchschnitt von monatlich 150 Stunden Arbeitszeit ausgegangen und dieser Wert mit 8,50 Euro multipliziert, dann ergibt sich ein Betrag von 1275 Euro. Hinzu addieren sich noch Nebenkosten in einer Spanne von 20 bis 25 Prozent, ergo nochmals circa 300 Euro. Am Ende resultieren Aufwendungen in Höhe von rund 1600 Euro und hierbei sind noch keine Zuschläge für Wochenenden, Feiertage etc. berücksichtigt. In der Vergangenheit wurde an Praktikanten ein Entgelt von circa 400 Euro ausbezahlt, mit den Nebenkosten ergab sich ein Betrag von rund 500 Euro.

Kurzum: Praktikantenplätze sind mehr als unattraktiv geworden und werden teilweise mit dem Modell des

Freiwilligen Sozialen Jahres aufgefangen, was im Fall der internationalen Akteure aber nicht anwendbar ist. Und auch die Ausnahmetatbestände beim Mindestlohn im Bereich der Praktikanten greifen nicht. Denn weder handelt es bei derartigen Einsätzen um ein Pflichtpraktikum, das nachweislich aufgrund der Ausbildung oder des Studiums vorgeschrieben ist, noch ist es Orientierungspraktikum von maximal drei Monaten, das auf eine Berufsausbildung (oder ein Studium) vorbereitet, denn liegt bereits ein Abschluss vor, dann fällt Mindestlohn an. Und ein freiwilliges Drei-Monats-Praktikum kann es auch nicht sein, denn das Praktikum muss dann begleitend zu einer Berufsausbildung geleistet werden. Allerdings soll es auch schon wieder pfiffige Ansätze geben, ein mehrmonatiges Praktikum kreativ so auszugestalten, dass der Mindestlohn umgangen werden kann.

Generelles Risiko

Darüber hinaus ist anzuführen, dass bei den geschilderten Einsätzen (zum Teil mehrmonatig) im klinischen Bereich stets das Risiko mitschwingt, dass die internationalen Fachkräfte doch nicht in die Altenhilfe wechseln, sondern an der (bereits bekannten) Praxisstätte bzw. im Medizin- und Akutpflegebereich bleiben möchten. Dies auch vor dem Hintergrund, dass es die Altenhilfe-Profession so kaum vergleichbar weltweit gibt. Neben den inhaltlichen Tätigkeiten / Aufgaben addieren sich Attraktivitäts-Abstriche, eine geringere Bezahlung, dezentralere Strukturen usw.

Lösungen

Im Zuge der generalistischen Ausbildung – losgelöst von allen Vor- und Nachteilen – sollte es möglich sein, Kenntnisprüfungen auch an Altenpflegesschulen vornehmen zu können. Damit wären zum einen deutlich mehr Prüf-Institutionen greifbar, zum anderen würden die klinischen Praxisorte komplett entfallen, wenn sich internationale Fachkräfte für die Altenhilfe interessieren. Allerdings würde dies auch weitere Veränderungen bei den Regelungen zu den Prüfvorgaben (z.B. das benötigte Fachpersonal) nach sich ziehen.

Unabhängig davon könnten aber schon heute Regelungen Entlastung schaffen, die den Bereich der Altenhilfe im Prozess der länderspezifischen Kenntnisprüfungen bis dato ausklammern. Bei über einer Million Beschäftigten in der Altenhilfe (Statistisches Bundesamt 2015, Pflegestatistik 2013, Wiesbaden) sollte eine neue Prüfstruktur entwickelt werden, die unabhängig von berufspolitischen Bewahrungsdenken diesem wachsenden Versorgungssegment mit den zunehmenden Personalbedarfen entsprechend Rechnung trägt.

Wesentlich dürfte es aber zukünftig sein, dass unabhängig von der beruflichen Vorerfahrung einer internationalen Pflegekraft eine intensive, langanhaltende und fundierte Einarbeitung in jedem Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland notwendig ist. Denn in den meisten Ländern der Welt ist der tägliche Arbeitsprozess im Vergleich zu Deutschland ein anderer: die Pflegehilfsmittel, die Technikausstattung sind meist nicht so modern, die Pflegeprozess und -standards differieren im Herkunftsland, andere Medikamente und Diagnose- und Therapieverfahren werden angewandt, die Versorgungsstruktur (v.a. in der Altenhilfe) allgemein ist mitunter fortschrittlicher. Folglich sind für die meisten ausländischen Pflegekräfte die deutschen Arbeitsstrukturen neu, auch eingedenk der Länder, aus denen die Akteure nach Deutschland migrieren. Letztendlich komplettieren die Akteure als anerkannte Fachkraft an ihrer permanenten Arbeitsstätte in Deutschland (on the job) mittel- und langfristig all die notwendigen Kompetenzen. Und damit sollten anhaltende Praktika und behördliche Detailregelungen bei den Gleichwertigkeitsfeststellungen eine eher untergeordnete Rolle spielen. <<

Autorenkontakt:

Dr. Sascha Buchinger ist ausgebildeter Krankenpfleger und Diplom-Sozialpädagoge (FH)

Kontakt: buchinger@posteo.de

> Stellungnahme von Julius Thume ...

... zum Artikel „Hallo? „Ist hier jemand?“

In der Januar-Ausgabe der Pflegezeitschrift hat sich Jutta Kaltenecker kritisch zum Fehlen jeglicher Kritik an der Entbürokratisierung geäußert. Sie verweist darauf, dass mit der Entbürokratisierung nur die Spitze des Eisberges „Probleme der Pflege in Deutschland“ berührt wird und weist auf Handlungsbedarf in verschiedensten Bereichen hin. Julius Thume, Pflegemanager M.A., begleitet in seinem Verantwortungsbereich Qualitätsmanagement seit fast einem Jahr die Einführung der Entbürokratisierten Pflegedokumentation in mehreren vollstationären Einrichtungen. Seine Erfahrungen möchte er an dieser Stelle teilen und zur weiteren Diskussion anregen ...

Über viele Jahre haben sich die Dokumentationssysteme unter dem Druck der Prüfinstanzen immer weiter aufgeblasen. Drucken Sie einmal die Dokumentation für einen einzelnen Bewohner aus – wir kamen dabei auf 60 bis 80 Seiten, die EDV kann wunderbar den tatsächlichen Umfang verschleiern. An diesem Umstand sind wir nicht ganz unschuldig: Durch fehlendes Selbstvertrauen in Prüfungssituationen haben wir uns des Öfteren dazu bewegen lassen, weitere Punkte in unsere EDV einzufügen zu lassen. Ich gebe Ihnen insofern Recht: Es handelt sich hierbei um ein Scheinproblem, welches durch mehr und eindeutiger Professionalisierung der Pflege sicher nicht in diesem Ausmaß passiert wäre. Die Mär des „mit einem Bein im Gefängnis stehen“ hat sicherlich ihr Übriges dazu beigetragen.

Ich denke, in diesem Zusammenhang wird mehr als deutlich, wonach sich Pflege in einem ersten Schritt sehnt: Nach mehr (Rechts-)Sicherheit verbunden mit der nötigen Freiheit, wieder eigenständig professionelle Entscheidungen treffen zu können. Und genau das bietet uns die Entbürokratisierung. Sie bietet die nötige Rechtssicherheit und den nötigen Entscheidungsspielraum. Wir haben die nötigen Gestaltungsspielräume, diese erfolgskritischen Faktoren in die Praxis auf unsere Einrichtungen maßzuschneidern. Dabei müssen diese Faktoren in den Einrichtungen konsequent und systematisch umgesetzt werden. Hier sind Geschäftsführung und Qualitätsmanagement gleichermaßen gefordert, die Kernaussagen in Prozessen abzubilden und die Botschaft an die Mitarbeiter zu kommunizieren.

Letztendlich waren es Ihre oberflächlichen Beschreibungen der einzelnen Bestandteile der Entbürokratisierung, die mich dazu motiviert haben, zu antworten: Ich sehe einen großen Vorteil darin, den Bewohner mit seinen Wünschen und Bedürfnissen konsequent in den Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung zu rücken! Und nein, sie beschränkt sich – wenn man professionell nach der Entbürokratisierung handelt – nicht auf die Eingangsfrage, sondern lässt sich in allen Themenfeldern widerfinden. Auch Grundpflegestandards sehen nur auf den ersten Blick wenig individuell aus. Werden sie gezielt und wohl dosiert eingesetzt, sparen sie Dokumentationszeit und erleichtern die standardisierte Beschreibung von bestimmten Pflegehandlungen. Und wie pflegt man prozesshaft, wenn Ziele immanent sind? Genauso, wie vorher auch! Und noch viel besser: Wir führen wöchentlich „SIS-Fallbesprechungen“ durch und diskutieren mit allen an der Pflege und Betreuung beteiligten Mitarbeitern die pflegerische und sozialtherapeutische Versorgung unserer Bewohner. Dabei können wir die professionelle Diskussion anregen und unglaublich starke Synergieeffekte erzielen – und das ist es doch, was Pflege (auch) will: Fachlich diskutieren und sich wieder fachlich ernst genommen fühlen. Aus meiner Erfahrung kann ich Ihnen berichten, dass sich die Umstellung außerdem unglaublich motivierend auf alle Mitarbeiter auswirkt. Die fachliche Meinung des einzelnen wird gefördert und vor allem gefordert. Positiver Nebeneffekt: Pflegefachlicher (Nach-)Schulungsbedarf lässt sich viel schneller erkennen. Man muss

sich nur von Anfang an kritisch mit der Entbürokratisierung und der Auswirkung auf die Prozesse im eigenen Unternehmen auseinandersetzen – dann ist Entbürokratisierung nicht nur eine leere Worthülse. Gerne dürfen Sie sich davon bei einem Besuch unserer Einrichtungen selbst überzeugen.

Und ja, selbstverständlich handelt es sich teilweise auch um ein symbolpolitisches Ablenkungsmanöver: Neben Ihren angeführten Gründen fehlen insbesondere sinnvolle Maßnahmen zum Formen einer echten Profession Pflege, die es schafft, ihre Interessen nachhaltig zu vertreten. Aber ist es verwerflich, wenn man sich einer guten Sache annimmt und sie konsequent zum Vorteil aller Beteiligten umsetzt? Ich denke nicht! Verwerflich ist es, wenn man sich von Symbolpolitik blenden lässt und die Augen verschließt.

Außerdem gibt es in der Literatur auch Kritik an der Entbürokratisierung – zum Beispiel von Wittkamp und Knorr (2015) oder auch von Krohwinkel (2014) bereits zu Beginn der Entbürokratisierungsbestrebungen. Zusätzlich wurde auf diversen Fachtagungen (u.a. ISBP 2015, Referentin Frau Dr. Wieteck) das Thema kritisch diskutiert.

In einem Punkt gebe ich Ihnen, Frau Kaltenecker, recht: den Lehrstühlen für Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und wie sie alle heißen mögen, ist es in den Jahren ihres Bestehens nicht gelungen, der pflegerischen Praxis Orientierung zu geben. Die Impulse, die von dort ausgegangen sind, sind marginal.

Literatur

Krohwinkel, M. 2014. *Neues Modell engt Denken ein*. Die Schwester Der Pfleger, 07/14, S. 699-703.

Wittkamp, N. & Knorr, K. 2015. *Freiheiten und Risiken*. Altenheim, 11/2015, S. 42-43.

Kontakt:

Julius Thume, M.A. ist Lehrbeauftragter im Fachbereich Gesundheit an der Fachhochschule Münster und verantwortlich für das Qualitätsmanagement eines privaten Trägers.

Kontakt: j.thume@fh-muenster.de

> Ankündigung

PFLEGE PLUS 2016 vom 25. bis 28. April 2016 auf dem Stuttgarter Messegelände!

Ende April ist es wieder soweit: dann treffen sich Fachbesucher und Experten der Pflegebranche auf der Fachmesse PFLEGE PLUS in der baden-württembergischen Landeshauptstadt. Die zweijährig stattfindende Fachmesse bringt die Branche aus Süddeutschland und dem angrenzenden Ausland bereits seit 1995 zusammen ...

Neben den Neuheiten und Trends an den Messeständen der knapp 200 Aussteller ist das hochkarätige Kongressprogramm mit wachsenden Besucherzahlen ein wichtiges Standbein im Messekonzept. Mit Vorträgen von namhaften Experten und Diskussionsrunden mit Entscheidern der Branche ist der Kongress ein bewährtes Element zur beruflichen Fortbildung und bietet fachlichen Austausch auf Top-Niveau. Ein hoher Anteil der rund 7.500 erwarteten Besucher ist von der Kombination aus Fachmesse und Kongress überzeugt und wird die Möglichkeiten zur Fortbildung während der drei Veranstaltungstage nutzen.

Ein Drittel des Kongressangebots richtet sich an das Management von Pflegeeinrichtungen sowie Kliniken. Beleuchtet werden Themen wie Marketing, Unternehmensplanung, Rechtsfragen, Mitarbeiterführung und Personalmanagement. Der Deutsche Verein für Krankenhaus-Controlling – Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft (DVKC) veranstaltet am 26. und 27. April im Rahmen der PFLEGE



Der W. Kohlhammer Verlag ist auch dieses Jahr wieder Medienpartner der Messe und mit einem Stand und dem Kohlhammer-Forum vertreten.

PLUS erstmals seinen Pflegemanagement-Kongress. Unter dem Titel „PSG II, Steuerung und Erlössicherung“ beleuchten Referenten das PSG II und die ökonomischen Folgen, diskutieren wie neue Pflegeformen wirtschaftlich betrieben werden können und stellen Lösungen zur Erlössicherung sowie Investitionskostenfinanzierung vor. Die Vorträge für das Fachpersonal stellen wichtige Aspekte der täglichen Arbeit in den Mittelpunkt. Diskutiert und vorgestellt werden zum Beispiel Anforderungen der Pflegedokumentation, Wundversorgung, der Umgang mit Demenz oder Neues rund um die Ausbildung. Der Kongress im Rahmen der PFLEGE PLUS 2016 fin-

det im ICS Internationales Congresscenter Stuttgart statt. Im Messebereich der Halle 4 diskutieren zudem im Kohlhammer Forum hochkarätige Referenten, Impulsgeber der Branche und bekannte Buchautoren zu aktuellen Trends wie zum Beispiel „Coolout in der Pflege“ oder „Aktivierend-therapeutische Pflege“. Auf der PFLEGE PLUS Aktionsfläche erleben Fachbesucher interaktiv und praxisnah das Angebot von Partnern und Ausstellern. Zu Pflegeanwendungen, Kinaesthetics, Ernährung, Aktivierung, Hygiene und Pflegedokumentation gibt es wertvolle Impulse für den Arbeitsalltag. Anmeldungen zum Kongress unter: www.pflegeplus-messe.de/kongress



> Wettbewerb um Niedriglöhne

Pflegemindestlohn verhindert das Schlimmste in der Pflege

SYLVIA BÜHLER

Viele Fachkräfte in der stationären und ambulanten Pflege, die Vollzeit arbeiten, verdienen durchschnittlich 2.412 Euro brutto. Einige bekommen deutlich weniger. Weil ausreichend Vollzeitstellen fehlen, müssen zahlreiche Pflegekräfte in Teilzeit arbeiten. Hinzukommen immer niedrigere Löhne durch die Gesetzmäßigkeiten des freien Marktes. Altersarmut ist so vorprogrammiert, befürchten die Befürworter des Pflegemindestlohns.

Pro

„Ich könnte das nicht“, hören Altenpflegerinnen häufig, wenn sie von ihrer Arbeit erzählen. „Warum tust du dir das an?“, meinen die einen damit, „Ich habe großen Respekt vor deinem Beruf“, die anderen. Respekt und Anerkennung spiegeln sich aber nicht in der Bezahlung wider: Fachkräfte in der stationären und ambulanten Pflege, die Vollzeit arbeiten, verdienen durchschnittlich 2.412 Euro brutto. Viele bekommen deutlich weniger und oft arbeiten sie mangels Vollzeitstellen in Teilzeit. Der freie Markt in der Altenpflege hat die Löhne ins Rutschen gebracht. Arbeitgeber führen einen Wettbewerb um die niedrigsten Löhne. Altersarmut ist so vorprogrammiert.

Vor Einführung des Pflegemindestlohnes 2010 war es für viele Pflegekräfte noch schlimmer. Deshalb hat ver.di 2014 in der zweiten Pflegekommission, in der die Höhe des Mindestlohns in der Pflege beraten wurde, mitgearbeitet. Unsere Forderung lag bei 12,50 Euro, die Empfehlung der Kommission blieb am Ende aber deutlich darunter. Das lag an den privaten Altenheimbetreibern und den kommunalen Arbeitgeberverbänden. Erstere fürchteten um die hohen Renditen, letztere hatten offensichtlich mehr die Interessen der städtischen Haushalte im Blick als die Absicherung der eigenen

Tarifniveaus in den öffentlichen Einrichtungen. Der Pflegemindestlohn von aktuell 9,40 Euro/West bzw. 8,65 Euro/Ost sorgt dafür, dass die verantwortliche und oft auch belastende Arbeit in der Altenpflege besser als mit dem allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn von 8,50 Euro vergütet wird. In zwei Stufen steigt der Pflegemindestlohn bis 2017 auf 10,20 Euro/West bzw. 9,50 Euro/Ost, und gilt nun auch für die Betreuungskräfte. Das verhindert lediglich die schlimmsten Auswüchse ausbeuterischer Arbeitsverhältnisse.

Aber es muss mehr geregelt werden, als nur der niedrigste Stundenlohn. Wir streben deshalb einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag für Mindestarbeitsbedingungen in der Altenpflege an. Es braucht kollektive Regelungen zur Bezahlung aller Beschäftigtengruppen, der Arbeitszeit, des Urlaubs, zur Bezahlung von Nacht- und Wochenendarbeit, zur Eingruppierung – zu all den Themen, die üblicherweise in Tarifverträgen geregelt sind. Faire Arbeitgeber, die wollen, dass Altenpflege gut bezahlt wird, und vernünftige Arbeitgeber, die das Betriebsrisiko kennen, künftig kein Personal mehr zu bekommen, sind herzlich eingeladen, das Projekt eines allgemeinverbindlichen Tarifvertrages zu unterstützen. Den müssen dann auch die Halsabschneider unter den Pflegeheimbetreibern anwenden.

Und auch die beste Lösung verliert ver.di nicht aus dem Blick: Die Beschäftigten in der Altenpflege holen sich entschlossen und selbstsicher in regulären Tarif-



Foto: ver.di

Sylvia Bühler

runden, was ihnen zusteht. In Betrieben mit Tarifvertrag verdienen Beschäftigte im Durchschnitt 24 Prozent mehr als ihre Kolleginnen und Kollegen ohne Tarifvertrag. Trotzdem ist die Mehrzahl der Altenpflegerinnen noch nicht gewerkschaftlich organisiert. Viele haben Skrupel, konsequent ihre eigenen Interessen zu vertreten. Das nutzen Arbeitgeber schamlos aus. Immer wieder wird versucht, die Arbeitnehmer/innen moralisch unter Druck zu setzen. Das gesunde Selbstbewusstsein der Erzieher/innen, mit dem sie die Aufwertung ihres Berufs einfordern, und die Power, die sie in den letzten Tarifrunden gezeigt haben, dürfen auf die Altenpflege überschwappen. <<

Autorenkontakt:

Sylvia Bühler, Leiterin des ver.di-Fachbereichs Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen sowie Mitglied des ver.di-Bundesvorstands Berlin.
Kontakt: Sylvia.Buehler@verdi.de

> Der Pflegemindestlohn ...

... verschärft Fachkräftemangel, Schwarzarbeit und Arbeitslosigkeit

ELISABETH SCHULTE

Während die einen den Pflegemindestlohn für sozial gerecht halten, sind andere dagegen, wie zum Beispiel Elisabeth Schulte vom Unternehmerverband Soziale Dienste und Bildung. Sie befürchtet nicht nur eine Verschärfung des Fachkräftemangels, der Schwarzarbeit und der Arbeitslosigkeit, sie ist auch der Meinung, dass durch den Mindestlohn das Gehaltsgefüge und der Betriebsfrieden insgesamt in Schieflage geraten sind.

Contra

Der Staat hat in der hart umkämpften Pflege-Branche mit einem Mindestlohn kontraproduktiv auf Lohndumping reagiert. Dabei ist er selbst für das Lohndumping verantwortlich, weil seine Refinanzierungsätze unzureichend sind. Das betont der Unternehmerverband Soziale Dienste und Bildung, der bundesweit unter anderem Seniorenheime und ambulante Pflegedienste zu seinen Mitgliedern zählt. Der Mindestlohn beträgt seit dem 1. Januar 2016 bereits 9,75 Euro in Westdeutschland und 9,00 Euro in Ostdeutschland. Die höheren Kosten müssen die Pflege-Dienstleister zum Teil auf ihre Kunden abwälzen. Dadurch gehen einerseits die Aufträge zurück. Andererseits fördert das die Flucht in die Schwarzarbeit: Alte, pflegebedürftige Menschen können sich einen ambulanten Pflegedienst nicht mehr leisten; die Pflegeversicherung deckt sowieso häufig nicht alle Kosten

Zugeschnitten ist der Geltungsbereich des Mindestlohns auf klassische ambulante Pflegedienste für alte Menschen sowie stationäre Altenheime. Sie stehen bereits im harten Konkurrenzdruck und bekommen jetzt noch unfaire Konkurrenz. Denn neu gegründete ambulante Dienste können ganz legal aus diesem engen Zuschnitt des Geltungsbereichs

ausscheren: Sie schicken ihre Mitarbeiter zu einem geringen Zeitanteil zur Grundpflege zum Kunden und zu einem höheren Zeitanteil beispielsweise zur hauswirtschaftlichen Unterstützung. Wenn also neue Dienstleister ihre Leistungen von vorne herein so zuschneiden, dass sie dem Mindestlohn Pflege entgehen, ist das gegenüber den lange gewachsenen Pflegediensten eine klare Marktverzerrung.

Der Mindestlohn untergräbt die im Grundgesetz verankerte Tarifautonomie, die den Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern das Recht gibt, insbesondere das Entgelt auszuhandeln. Der Mindestlohn hingegen wird vom Staat festgelegt und schnell als Wahlgeschenk missbraucht. Zu teuer ist dann die Beschäftigung von Berufsanfängern, Ungelernten, Langzeitarbeitslosen oder Flüchtlingen. Sie alle haben so keine Chance, legal in Arbeit einzusteigen. Gleichzeitig fehlt den Fachkräften deren Entlastung bei der Arbeit, d.h. die Arbeit verdichtet sich.

Gehaltsgefüge und Betriebsfrieden sind durch den Mindestlohn in eine Schieflage geraten. Die Einführung des Mindestlohnes bescherte Ungelernten eine Entgelterhöhung von teilweise 25 Prozent und mehr. Pflegekräfte mit Ausbildung hingegen mussten sich mit einem Lohnplus von einem Prozent begnügen, denn jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden. Arbeitgeber fragen sich, wie sie junge Menschen für eine Ausbildung motivieren sollen,



Foto: Unternehmerverband S.u.B.

Elisabeth Schulte

wenn sie ungelernt praktisch das Gleiche verdienen.

Nicht zuletzt führt der Mindestlohn aufgrund steigender Personalkosten auch dazu, dass sich die Pflegesätze erhöhen. Dies belastet die Einzahlenden in die Pflegeversicherung, also jeden Bürger bzw. Steuerzahler. Und das in einem Land, in dem Steuern und Abgaben sowieso schon unzumutbar hoch sind. <<

Autorenkontakt:

Dipl.-Volkswirtin **Elisabeth Schulte** ist Geschäftsführerin des Unternehmerverbandes Soziale Dienste und Bildung
Kontakt:
 schulte@unternehmerverband.org

> Prävention und Behandlung von Demenz

Auf die Ernährung kommt es an

SABINE MARIENFELD, CHRISTA FLERCHINGER, JÖRG BOJUNGA

Im Fokus dieses Beitrags steht die Auswirkung der Ernährung auf Erkrankte mit Demenz. Insbesondere wird unter die Lupe genommen, inwieweit eine entsprechende Kost die Entstehung und den Verlauf der Demenz beeinflussen kann. Gerade eine mediterrane Ernährung scheint sich positiv auszuwirken. Auch im Hinblick auf die Gefahr der Mangelernährung, die bei Demenzkranken eine häufige Begleiterscheinung ist.

Im Jahr 2010 waren Schätzungen zufolge weltweit 35,6 Millionen Menschen an Demenz erkrankt und es wird erwartet, dass sich die Zahl alle 20 Jahre verdoppeln wird (Prince et al. 2013). In Deutschland leben zurzeit etwa 1,5 Millionen Menschen mit Demenz, bis zum Jahr 2050 wird ein Anstieg auf drei Millionen prognostiziert (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Die Prävalenz von Demenzerkrankungen steigt in der zweiten Lebenshälfte mit zunehmendem Alter an. Angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung führt dies in den kommenden Jahren zu einer großen Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen. Eine aktuelle Studie zeigt, dass in Deutschland über die Hälfte der Pflegeheimbewohner an Demenz leidet. Dies sind 19-mal mehr Betroffene im Vergleich zu älteren, zuhause lebenden Menschen (Hoffmann et al. 2014).

Demenz ist der Überbegriff für ein Syndrom, das mit Störungen und Einbußen des Gedächtnisses sowie sozialer und emotionaler Fähigkeiten einhergeht. Die Ausprägungen der Symptome, wie Einschränkung oder Verlust des Erinnerungs-, Denk- und Orientierungsvermögens, Spracheinschränkungen, Depression, Angst, Unruhe, Reizbarkeit, Aggressivität und motorische Störungen, können individuell sehr unterschiedlich ausfallen. Gemäß der Leitlinie Demenz der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2008) wird der Schweregrad einer Demenzerkrankung in drei Stadien eingeteilt. Im Stadium der leichten Demenz können Erkrankte trotz kognitiver Störungen weiterhin ein unabhängiges Leben führen. Bei einer mittelschweren Demenz sind Erkrankte auf fremde Hilfe angewie-

sen, einfache Alltagstätigkeiten, wie An- und Auskleiden oder Körperpflege, können meist noch selbstständig ausgeführt werden. Im Stadium der schweren Demenz können Gedanken nicht mehr nachvollziehbar kommuniziert werden und eine selbstständige Lebensführung ist nicht mehr möglich.

Die Alzheimer-Demenz ist eine progredient verlaufende neurodegenerative Erkrankung des Gehirns und mit ca. 70 Prozent die am häufigsten auftretende Form der Demenz. An zweiter Stelle steht die vaskuläre Demenz (Häufigkeit ca. 20 Prozent) als Folge von Durchblutungsstörungen des Gehirns. Rund 10 Prozent der Fälle entfallen auf weitere Demenzformen, die andere Erkrankungen wie beispielsweise Morbus Parkinson, Schädel-Hirn-Trauma, menschliches Immunschwächevirus, Chorea Huntington oder Creutzfeldt-Jakob-Krankheit als Ursache haben können oder auf substanzinduzierte Schädigungen des zentralen Nervensystems (z. B. Alkoholabusus, Drogenkonsum) zurückzuführen sind (DEGAM-Leitlinie 2008).

Eine Übersicht potenzieller Risikofaktoren für die Erkrankung an Demenz sind in Tabelle 1 aufgelistet. Neben unabänderlichen Faktoren wie Alter, weibliches Geschlecht, genetische Prädisposition und neurologisch oder genetisch bedingte Erkrankungen, gibt es auch eine Reihe von Risikofaktoren, die durch den Lebensstil und die Ernährungsweise beeinflussbar sind. Da eine ursächliche Behandlung der Demenz zum jetzigen Stand der Wissenschaft nicht möglich ist, kommt vor allem der Prävention eine wichtige Rolle zu. Ziel ist es, durch geeignete Maßnahmen das Risiko für das Auftreten einer Demenz zu senken bzw. das Fortschreiten der

Erkrankung zu verlangsamen. Ernährung, Bewegung, geistige Aktivität und soziale Kontakte bilden die vier Säulen der Prävention (Abbildung 2).

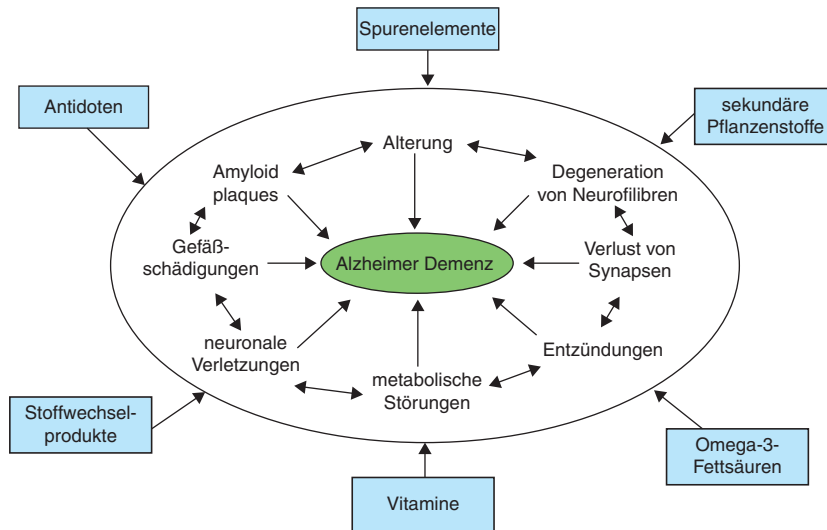
Im vorliegenden Artikel soll zunächst der Einfluss der Ernährung auf die Entstehung der Demenz diskutiert werden. Der zweite Teil befasst sich mit der Vermeidung von Mangelernährung bei Patienten mit Demenz.

Einfluss der Ernährung auf Demenzerkrankungen

Epidemiologische Studien deuten darauf hin, dass die Ernährung die Entwicklung und das Fortschreiten der Demenz beeinflussen kann (Gillette-Guyonnet et al. 2013). Übergewicht, Adipositas, Hypercholesterinämie und Diabetes mellitus gelten als Risikofaktoren für die Entstehung einer Demenz (Tabelle 1). Diese metabolischen Störungen sind durch die Ernährung beeinflussbar. Außerdem können viele Nährstoffe einen direkten Einfluss auf pathologische Stoffwechselfvorgänge im Gehirn nehmen (Abbildung 1). Für Antioxidantien, Spurenelemente, Flavonoide, Vitamine und Omega-3-Fettsäuren konnte gezeigt werden, dass sie Entzündungen, Nervenschädigungen, vaskuläre Veränderungen und neurodegenerative Prozesse verlangsamen können (Swaminathan et al. 2014).

Antioxidantien

Oxidativer Stress und Entzündungen gelten als Hauptauslöser für Zellschädigungen und neurodegenerative Veränderungen. Antioxidantien wie Beta-Carotin (Provitamin A), Vitamin C, Vitamin E (Tocopherole) und sekundäre Pflanzenstoffe wie Flavonoide können freie Radikale abfangen und somit möglicherweise Schädigungen der Nervenzellen verhindern. Im Chicago Health Aging Projekt (Morris et al. 2005) und in der Rotterdam-Studie (Devore et al. 2010) konnte gezeigt werden, dass eine höhere Aufnahme von Vitamin E über Lebensmittel zu einem verringerten Auftreten von Demenz führte.



Grafik: Martenfeld

Abb. 1: Potenzielle Ernährungsfaktoren mit Einfluss auf die pathophysiologischen Prozesse der Alzheimer-Demenz (modifiziert nach Swaminathan und Jicha 2014)

Vitamin E kommt vor allem in Pflanzenölen, Nüssen und Saaten vor (Barnard et al. 2014). Als Supplemente eingenommen, konnte Vitamin E das Risiko für Demenz nicht reduzieren. Dies lässt sich damit erklären, dass die meisten Supplemente nur eine Form des Vitamin E (alpha-Tocopherol) enthalten, wohin gegen in Lebensmittel verschiedene Vitamin E-Formen (Tocopherole und Tocotrienole) vorkommen. Vitamin C kommt in Obst und Gemüse, speziell in Zitrusfrüchten, Beeren und Paprika vor, und unterstützt die Wirkung von Vitamin E.

Insgesamt führt die aktuelle Studienlage zu dem Schluss, dass eine Antioxidantien-reiche Ernährung das Risiko für die Entwicklung einer Demenz reduzieren kann, wohingegen Antioxidantien als Supplemente eingenommen keinen Effekt zeigten (Uster & Ballmer 2013).

B-Vitamine

Homocystein ist ein toxisches Zwischenprodukt des Aminosäurestoffwechsels und wird im Körper durch Vitamin B6, Vitamin B12 und Folsäure zu unschädlichen Verbindungen umgebaut. Ein Mangel dieser Vitamine kann zu einem Anstieg des Homocysteinspiegels im Blut führen und das Risiko für Herz- und Gefäßerkrankungen sowie für Demenz erhöhen (Morris 2012). Eine im Jahr 2012 veröffentlichte Metaanalyse konnte weder bei Gesunden noch bei Patienten mit Demenz einen signifikant positiven Effekt von Vitamin-B-Supplementen auf

die kognitive Funktion feststellen (Ford & Almeida 2012). Auch ein Vitamin B1-Mangel kann die kognitive Funktion beeinträchtigen und zu Gedächtnisstörungen (Korsakow-Syndrom) und Verwirrheitszuständen führen.

Vollkornprodukte, Fleisch, Kartoffeln und Hülsenfrüchte sind reich an Vitamin B1. Vitamin B6 und Folsäure kommen vor allem in Vollkornprodukten, Gemüse, Milchprodukten und Fleisch vor. Vitamin B12 ist nur in tierischen Lebensmitteln enthalten.

Fettsäuren und Cholesterin

Fettsäuren sind wichtige Bausteine der Zellmembrane der Nervenzellen im Gehirn. Ein hoher Anteil gesättigter Fettsäuren in der Nahrung steht im Verdacht, das Risiko für Demenz zu erhöhen, während einfach- und mehrfach ungesättigte Fettsäuren das Risiko reduzieren können (Morris & Tangney 2014). Unter den mehrfach ungesättigten Fettsäuren spielen vor allem die Omega-3-Fettsäuren Docosahexaen- und Eicosa-pentaensäure eine entscheidende Rolle. Durch ihre entzündungshemmende Eigenschaft können sie möglicherweise vor Demenz schützen. Besonders reich an mehrfach ungesättigten Fettsäuren sind fettreicher Seefisch, zum Beispiel Hering, Lachs, Makrele und Thunfisch, sowie Fischöl und Leinöl.

Auch Cholesterin kann an der Entstehung von Demenz beteiligt sein. Cholesterin bildet den Kern der Amyloidplaques an den Nervenzellen. In Ko-

hortenstudien konnte gezeigt werden, dass Menschen mittleren Alters mit höherem Gesamtcholesterinspiegel ein höheres Risiko für eine Demenz im späteren Alter hatten, als Patienten mit normalen oder niedrigen Cholesterinspiegeln (Morris & Tangney 2014). Cholesterin ist nur in tierischen Lebensmitteln, also Fleisch, Hühnerei, Milch und Milchprodukten und Butter enthalten. Eine Ernährung bestehend aus wenig tierischen Lebensmitteln und einem hohen Anteil pflanzlicher statt tierischer Fette kann sich günstig auf die Blutfettwerte und das Risiko für die Entwicklung einer Demenz auswirken.

Mediterrane Kost

Die mediterrane Kost zeichnet sich durch einen hohen Anteil an Obst, Gemüse, Salaten, Hülsenfrüchten und Getreide, einem moderaten Anteil an Fisch, Milch und Milchprodukten und einem geringen Anteil an rotem Fleisch aus. Insgesamt werden nur wenig tierische Fette und stattdessen viel Olivenöl verwendet. Die mediterrane Kost ist reich an Antioxidantien, Vitaminen und einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren und vereint somit alle potenziell vor Demenz schützende Ernährungsfaktoren (Swaminathan et al. 2014). Die Bewohner der Mittelmeerländer haben weltweit die höchste Lebenserwartung und gleichzeitig die niedrigste Inzidenz für Demenzerkrankungen, was auch auf die Ernährungsweise zurückgeführt wird. Die mediterrane Kost wird daher

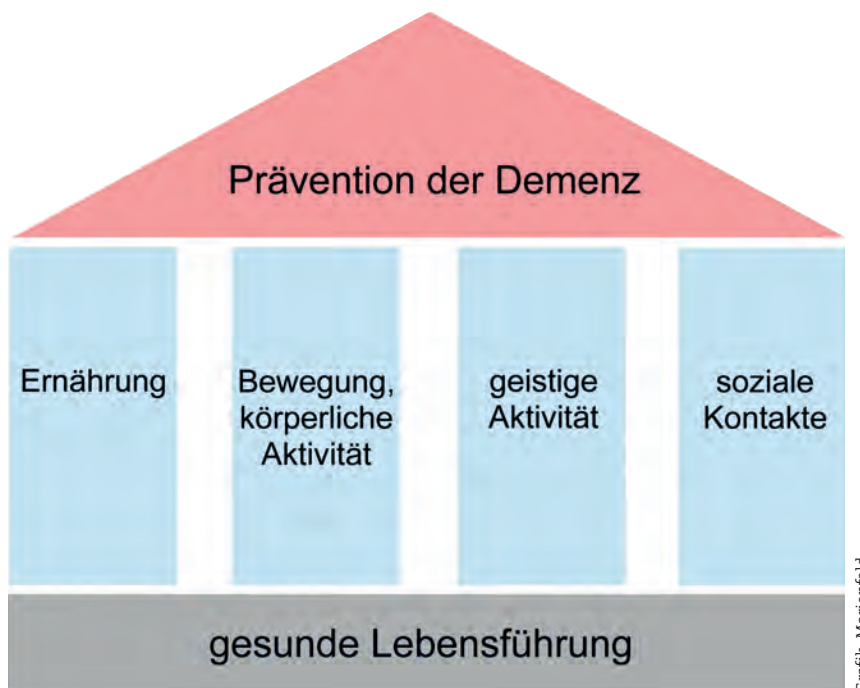


Abb. 2: Prävention der Demenz durch eine gesunde Lebensführung

zur Prävention von Demenzerkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen empfohlen. In einer Langzeitstudie mit 2258 gesunden Personen untersuchten Wissenschaftler über einen Zeitraum von 13 Jahren den Zusammenhang zwischen mediterraner Kost und der Inzidenz von Demenz. Die Personen, die sich am konsequentesten nach den Empfehlungen der mediterranen Kost ernährten, hatten ein um ein Drittel reduziertes Risiko, an Demenz zu erkranken (Scarmeas et al. 2006).

Außerdem konnte gezeigt werden, dass die mediterrane Kost nach dem Auftreten einer Demenz zu einem lang-

sameren Fortschreiten der Erkrankung und einer geringeren Sterblichkeit führt (Scarmeas et al. 2007).

Ernährungsempfehlungen für Menschen mit Demenz

Energie- und Nährstoffbedarf

Der Energiebedarf nimmt mit zunehmendem Alter ab, hängt jedoch individuell von der Mobilität und der Aktivität des Einzelnen ab. In der Leitlinie Klinische Ernährung in der Geriatrie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Volkert et al. 2013) wird für die Energiezufuhr älterer

Menschen ein Richtwert von 30 kcal pro kg Körpergewicht pro Tag empfohlen. Dies entspricht bei Normalgewicht und normaler körperlicher Aktivität einem Energiebedarf von ca. 1600-2000 kcal pro Tag. Die aktuelle Empfehlung für die Proteinzufuhr für gesunde ältere Menschen liegt bei 0,8 g Protein pro kg Körpergewicht pro Tag (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, DGE 2009). Der Bedarf erhöht sich jedoch bei Erkrankungen wie z. B. Infektionen, Entzündungen oder Wunden. Daher wird für gebrechliche und multimorbide ältere Menschen eine höhere Proteinzufuhr von 0,8-1,2 g diskutiert (Volkert et al. 2013). Die Empfehlungen für die Fett-, Kohlenhydrat- und Ballaststoffzufuhr ändern sich im Alter nicht. Auch der Bedarf an Vitaminen und Mineralstoffen bleibt gleich (DGE 2009). Für die Flüssigkeitszufuhr wird ein Richtwert von 30 ml pro kg Körpergewicht pro Tag empfohlen (Volkert et al. 2013).

Ernährungsprobleme

Physiologische Veränderungen im Alter führen zu vermindertem Appetit, Hunger- und Durstgefühl nehmen ab, Speichel- und Magensäuresekretion lassen nach. Auch vermindertes Geruchs- und Geschmackempfinden, Kau- und Schluckbeschwerden, Depression oder die Einnahme zahlreicher Medikamente können dazu führen, dass ältere Menschen insgesamt weniger essen und trinken und die Empfehlungen zur Energie- und Nährstoffaufnahme nicht erreichen. Somit steigt auch das Risiko für Mangelernährung und Dehydratation (DGE 2009).

Bei Patienten mit Demenz können sich zusätzlich die Symptome der Erkrankung auf das Ess- und Trinkverhalten auswirken. Alltagskompetenzen wie Einkaufen und Kochen gehen verloren. Kognitive Störungen lassen die Patienten vergessen, ob und wieviel sie gegessen haben, Speisen und Getränke werden unter Umständen nicht mehr erkannt, der Umgang mit dem Besteck verlernt. Den Patienten kann es schwer fallen, sich auf das Essen zu konzentrieren, innere Unruhe und erhöhter Bewegungsdrang können sie dazu veranlassen, nicht bis zum Ende der Mahlzeiten am Tisch sitzen zu bleiben. Gleichzeitig kann der Energiebedarf durch Hyperaktivität auf 3000 bis 4000 kcal pro Tag erhöht sein (DGE 2014).

Nicht modifizierbare Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Alter • weibliches Geschlecht • genetische Prädisposition (Verwandte ersten Grades an Demenz erkrankt) • Schädel-Hirn-Trauma • leichte kognitive Störung (mild cognitive impairment, MCI) • neurologisch oder genetisch bedingte Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, funikuläre Myelose, Down-Syndrom) • Schlaganfall, insbesondere in Kombination mit weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren
Potenziell beeinflussbare Risikofaktoren
<ul style="list-style-type: none"> • arterielle Hypertonie • Hypercholesterinämie • Diabetes mellitus • Übergewicht, Adipositas • Alkoholkonsum • Nikotin • geringe psychosoziale Betätigung und geringe geistige Aktivität • niedriges Bildungsniveau

Tabelle 1: Risikofaktoren einer Demenz, die in epidemiologischen Studien identifiziert wurden (DEGAM-Leitlinie 2008)

Mangelernährung erkennen

Zur Beurteilung des Ernährungszustandes sollten Patienten regelmäßig gewogen und der Gewichtsverlauf dokumentiert werden. Ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust von über fünf Prozent in drei Monaten bzw. über zehn Prozent in sechs Monaten oder ein Body mass index (BMI) kleiner 20 kg/m² können auf das Vorliegen einer Mangelernährung hinweisen (Volkert et al. 2013). Mithilfe sogenannter Screening- und Assessmentinstrumente kann das Risiko für oder eine bereits manifeste Mangelernährung erfasst werden. Für ältere Menschen wird das Mini Nutritional Assessment (MNA) empfohlen (Vellas et al. 2006, Volkert et al. 2013). Hierbei handelt es sich um einen validierten Fragebogen, der in einer Kurz- und einer Langform zur Verfügung steht. Die Kurzform besteht aus sechs Fragen, die in wenigen Minuten beantwortet werden können. Liegt für den Patienten ein Risiko vor, wird das aus weiteren elf Fragen bestehende Assessment (Langform) durchgeführt. Je nach Gesamtpunktwert wird zwischen Risiko für Mangelernährung oder dem Vorliegen einer Mangelernährung unterschieden. Aus den Fragen des MNA zu Ess- und Trinkgewohnheiten und dem Unterstützungsbedarf leiten sich bereits erste Ansatzmöglichkeiten für Maßnahmen ab.

Maßnahmen zur Vermeidung einer Mangelernährung

Essen und Trinken ist mehr als nur die Aufnahme von Energie- und Nährstoffen, es trägt zum Wohlbefinden bei und

Zusammenfassung

In Deutschland leben etwa 1,5 Millionen Menschen mit Demenz. Eine Heilung der Demenz ist nicht möglich. Die Ernährungsweise zählt zu den wichtigsten Präventionsfaktoren. Die mediterrane Kost ist reich an Antioxidantien, Vitaminen und ungesättigten Fettsäuren und vereint alle potenziell vor Demenz schützende Ernährungsfaktoren. Menschen, die bereits an Demenz erkrankt sind, haben ein hohes Risiko für Mangelernährung und Dehydratation. Ziel der Behandlung ist es, die Lebensqualität und die Eigenständigkeit, auch in Bezug auf die Ernährung, so lange wie möglich zu erhalten.

Schlüsselwörter: *Demenz, mediterrane Kost, Mangelernährung*

ist ein wichtiger Bestandteil des sozialen Lebens. Ziel der Behandlung von Patienten mit Demenz ist es, die Lebensqualität und die Eigenständigkeit, vor allem auch in Bezug auf die Ernährung, so lange wie möglich zu erhalten. Um eine Mangelernährung zu vermeiden wird für Patienten mit Demenz eine ausgewogene Ernährung empfohlen, die im Energie- und Nährstoffbedarf an den individuellen Bedarf angepasst ist. Die Auswahl der Speisen und Getränke, die Atmosphäre beim Essen und gegebenenfalls die Hilfestellung bei der Zubereitung der Speisen oder beim Essen spielen dabei eine wichtige Rolle.

•• Hilfreiche Hinweise gibt die Ess- und Trinkbiografie des Patienten: Welches sind die Lieblings Speisen? Welche Speisen mag oder verträgt der Patient nicht? Gibt es besondere Gewohnheiten (z. B. Suppe als Vorspeise, warme Mahlzeit am Abend, freitags Fisch) oder Rituale (z. B. Tischgebet)?

- Um einen erhöhten Energiebedarf zu decken, sollen Speisen mit hohem Energiegehalt (z.B. Sahnequark statt Magerquark) angeboten werden. Speisen und Getränke können auch durch Zugabe von Zucker und Fett energiereicher gestaltet werden (z. B. Kaffee und Tee mit Zucker oder Maltodextrin süßen, Kartoffelpüree mit Sahne oder Butter zubereiten, Gemüse mit Pflanzenöl anreichern, Cremesuppen mit Creme fraîche abschmecken).
- Kräftige Farben der Speisen und Kontraste zwischen Teller und Tablett oder Tischdecke können helfen, dass die Speisen besser wahrgenommen werden.
- Häufige kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt können zu einer insgesamt höheren Energieaufnahme beitragen. Für Patienten, die sehr unruhig sind und viel umherlaufen, könnten mundgerechte Zwischenmahlzeiten (z.B. Obst, Trockenfrüchte, Nüsse, Kekse, belegte Brote) an Lieblingsplätzen bereitgestellt werden.



Foto: Peter Maszlen/Fotolia

Eine mediterrane Ernährung scheint sich beim Verlauf der Demenz positiv auszuwirken.

- Um eine ausreichende Flüssigkeitsmenge aufzunehmen, sollten Getränke nicht nur zu den Mahlzeiten sondern auch zwischendurch für die Patienten verfügbar sein. Möglicherweise ist es sogar sinnvoll, zu den Mahlzeiten nur kleine Mengen zu trinken, um ein vorzeitiges Sättigungsgefühl durch die Flüssigkeit zu vermeiden.
- Kalorienhaltige Getränke wie z.B. Milch, Buttermilch, Trinkjoghurt, Fruchtsaft oder Saftschorle können einen Teil zur hohen Energieaufnahme beitragen.
- Bei Schluckstörungen können Getränke mit Instant-Andickungsmitteln in eine geeignete Konsistenz gebracht werden.
- Die Mahlzeiten sollten in einer ruhigen Atmosphäre eingenommen werden, Ablenkung durch Radio, Fernsehen, Unruhe oder Unterbrechungen (z. B. durch Besucher) sollten vermieden werden. Ein schön gedeckter Tisch kann zum Wohlbefinden beitragen. Üppige Tischdekoration kann jedoch auch vom Essen ablenken.
- Manche Patienten fühlen sich durch Mitmenschen am Tisch beobachtet oder abgelenkt, dann kann es hilfreich sein, die Mahlzeiten alleine einzunehmen. Für andere Demenzkranke kann wiederum essen in Gemeinschaft von Vorteil sein. Sie können sich Abläufe wie z. B. Tisch decken und Essen schöpfen oder den Umgang mit dem Besteck bei ihren Mitmenschen anschauen.

Fazit

Die mediterrane Kost ist reich an Antioxidantien, Vitaminen und ungesättigten Fettsäuren und wird zur Prävention von Demenz empfohlen. Für die Supplementierung einzelner Nährstoffe kann die aktuelle Studienlage keinen Vorteil belegen. Menschen, die bereits an Demenz erkrankt sind, haben ein hohes Risiko für Mangelernährung. Um diese zu vermeiden wird eine ausgewogene Ernährung empfohlen, die im Energie- und Nährstoffbedarf an den individuellen Bedarf angepasst ist. <<

Literatur



Barnard ND, Bush AI, Ceccarelli A, Cooper J, de Jager CA, Erickson KI, Fraser G, Kesler S, Levin SM, Lucey B, Morris MC, Squitti R (2014) Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging* 35: S. 74-78:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2015) Demenz: Eine Herausforderung für die Gesellschaft. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/demenz-eine-herausforderung-fuer-die-gesellschaft.html>, Zugriff am 22. März 2015.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2008) DEGAM-Leitlinie Nr. 12 Demenz. http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-12_Langfassung_TJ_03_korr_01.pdf, Zugriff am 22. März 2015.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) (2009) DGE Beratungs-Standards. 10., vollständig überarbeitete Auflage, Rautenberg Media & Print Verlag KG, Troisdorf, Kapitel 4.6 Ernährung älterer Menschen.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) (2014) DGE Praxiswissen Essen und Trinken bei Demenz. 2. Auflage, 1. korrigierter Nachdruck, Bonn, https://www.in-form.de/nc/profiportal/in-form-presse/medien/ernaehrung-und-bewegung-im-alter.html?tx_drblob_pi1%5BdownloadUid%5D=142, Zugriff am 22. März 2015.

Devore EE, Goldstein F, Van Rooij FJA, Hofman A, Stampfer MJ, Witteman JCM, Breteler MMB (2010) Dietary antioxidants and long-term risk of dementia. *Archives of Neurology* 67(7): S. 819-825.

Ford AH, Almeida OP (2012) Effect of homocysteine lowering treatment on cognitive function: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease* 29: S. 133-149.

Gillette-Guyonnet S, Secher M, Vellas B (2013) Nutrition and neurodegeneration: epidemiological evidence and challenges for future research. *British Journal for Clinical Pharmacology* 75: S. 738-755.

Hoffmann F, Kaduszkiewicz H, Glaeske G, van den Bussche H, Koller D (2014) Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany. *Aging Clinical and Experimental Research* 26(5): S. 555-559.

Morris MC, Evans DA, Tangney CC, Bienias JL, Wilson RS, Aggarwal NT, Scherr PA (2005) Relation of the tocopherol forms to incident Alzheimer disease and to cognitive change. *American Journal of Clinical Nutrition* 81(2): S. 508-514.

Morris MC, Tangney CC (2014) Dietary fat composition and dementia risk. *Neurobiology of Aging*, 35: S. 59-64.

Morris MS (2012) The role of B vitamins in preventing and treating cognitive impairment and decline. *Advances in Nutrition* 3: S. 801-812.

Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP (2013) The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* 9(1): S. 63-75e2

Scarmeas N, Stern Y, Tang MX, Mayeux R, Luchsinger JA (2006) Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Annals of Neurology* 59(6): S. 912-921.

Scarmeas N, Luchsinger JA, Mayeux R, Stern Y (2007) Mediterranean diet and Alzheimer disease mortality. *Neurology* 69(11): S. 1084-1093.

Swaminathan A, Jicha GA (2014) Nutrition and prevention of Alzheimer's dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, doi:10.3389/fnagi.2014.00282

Uster A, Ballmer PE (2013) Brain Food. Impact of nutrition on the prevention and treatment of dementia. *Aktuel Ernährungsmed*, 38: S. 290-295.

Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P (2006) Overview of the MNA – Its history and challenges. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 10(6): S. 456-463.

Volker D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R, Sieber C (2013) Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin.

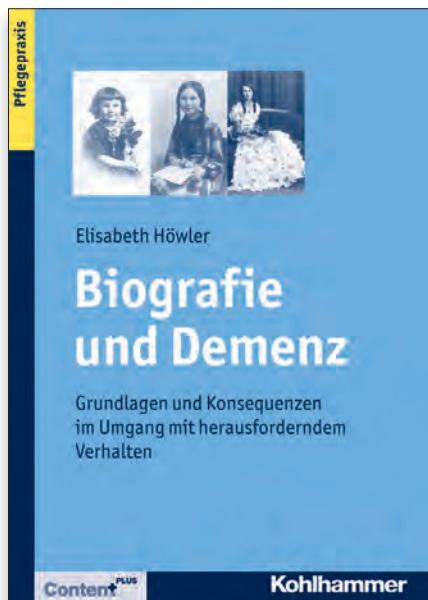
Autorenkontakt:

Dipl. oec. troph. Sabine Marienfeld, Universitätsklinikum Frankfurt, Medizinische Klinik 1, Schwerpunkt Ernährungsmedizin. **Kontakt:** Sabine.Marienfeld@kgu.de

Christa Flerchinger, Leitung Abteilung Pflegeentwicklung, Universitätsklinikum Frankfurt. **Kontakt:** Christa.Flerchinger@kgu.de

Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Leitung Schwerpunkt Endokrinologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin, Universitätsklinikum Frankfurt. **Kontakt:** Joerg.Bojunga@kgu.de

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Elisabeth Höwler

Biografie und Demenz

Grundlagen und Konsequenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten

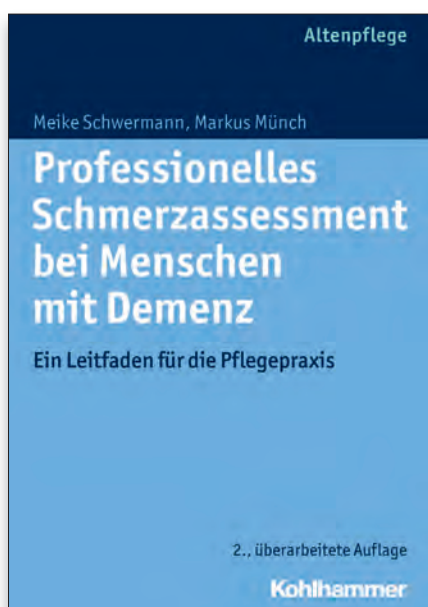
2011. 237 Seiten, 8 Tab., 3 Abb. Kart. € 29,90
ISBN 978-3-17-021947-2

auch als
EBOOK

Dieses Buch entstand anhand von Forschungsergebnissen aus der Pflegepraxis und erläutert durch verschiedene Fälle, welche biografischen Hintergründe dem Phänomen des herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit demenziellen Veränderungen zugrunde liegen. Da der Umgang mit der vulnerablen Personengruppe eine offensive, engagierte und ressourcenorientierte Interaktion erfordert, sind personenzentrierte Regeln aktiv in einen Bewusstseinsänderungsprozess einzubeziehen. Dieser Anspruch wird im Buch durch präventive Empfehlungen auf unterschiedlichen Ebenen für Gesundheitseinrichtungen, die demenziell veränderte Patienten therapeutisch begleiten, umgesetzt. Deutlich wird, dass eine umfassende Biografiearbeit als Basis für den therapeutischen Umgang mit dieser Personengruppe unerlässlich ist.

Mit einem Geleitwort von Professor Dr. Gerd Jüttemann.

Dr. rer. cur. Elisabeth Höwler, Dipl.-Pflegepädagogin, Pflegewissenschaftlerin (MScN), Fachbuchautorin.



Meike Schwermann/Markus Münch

Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz

Ein Leitfaden für die Pflegepraxis

2., überarbeitete Auflage 2015
143 Seiten, 14 Abb., 12 Tab. Kart. € 24,99
ISBN 978-3-17-022199-4

auch als
EBOOK

Dieser handlungsorientierte Leitfaden bietet neben einer theoretischen Einführung in das Thema Hinweise und Hilfen zur Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines professionellen Schmerzassessments für Menschen mit Demenz. Pflegefachkräfte erhalten einen breiten Überblick über das Thema sowie anwendungsbezogene Hilfestellungen. Führungs- und Lehrkräfte finden in diesem Buch diverse Anregungen, um die Mitarbeiter zu schulen und die Instrumente in einer Institution einzuführen. In der 2. Auflage wurde insbesondere der erste Abschnitt zur Schmerzerfassung vor dem Hintergrund neuerer Studien und Entwicklungen aktualisiert und überarbeitet.

Meike Schwermann, Fachkrankenschwester, Dipl.-Sozialwirtin (FH), Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin (FH) arbeitet derzeit als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fachhochschule Münster im Fachbereich Pflege und Gesundheit und ist zudem als freiberufliche Referentin für Pflegeberufe tätig. **Markus Münch**, Krankenpfleger, Dipl.-Pflegerwissenschaftler (FH), arbeitet als Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Osnabrück und ist dort im Studiengang „Pflege (dual) B.Sc.“ am Institut für duale Studiengänge tätig.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

> **Kognitiv beeinträchtigte Patientinnen und Patienten im Krankenhaus**

Herausforderung für das Personal

ANJA SIEGLE, KARIN SCHMIDT, ANNETTE RIEDEL & REINHOLD WOLKE

Unter allen Krankenhauspatientinnen und -patienten stellen kognitiv beeinträchtigte Menschen eine besondere Patientengruppe dar, die spezielle Bedürfnisse mitbringen, spezifische Herausforderungen an die Pflege stellen und auch besonderen Gefahren ausgesetzt ist. Umso wichtiger ist es für das Personal, diese Situation richtig zu erfassen, um entsprechend darauf reagieren zu können. Ein praxisorientiertes, handlungsleitendes Konzept zur Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen, insbesondere zum Umgang mit herausforderndem Verhalten, bietet eine Hilfestellung.

Herr M. (88 J.) ist zu Hause gestürzt und liegt mit einer Unterschenkelfraktur auf einer chirurgischen Station im Krankenhaus. Damit der Bruch gut heilen kann, wurde das Bein eingegipst und Herr M. darf es nicht belasten. Obwohl ihm dies mehrfach erklärt wurde, versucht Herr M. immer wieder aufzustehen. Er vergisst, dass er sich nicht alleine bewegen kann und versteht die Zusammenhänge nicht. Die Pflegekräfte sind sehr bemüht, ihm die Situation immer wieder zu erläutern, doch es gibt außer Herrn M. auch noch viele andere pflegebedürftige Patienten und so viel zu tun. Eigentlich müsste immer jemand bei Herrn M. sein, um ihn am Aufstehen zu hindern, doch das ist im Rahmen des Klinikalltags nicht möglich. Die zuständige Pflegekraft macht sich große Sorgen, dass es zu einem erneuten Sturz kommt oder dass sich die gebrochenen Knochen gegeneinander verschieben.

Unter allen Krankenhauspatienten stellen kognitiv beeinträchtigte Menschen wie Herr M. eine besondere Patientengruppe dar, die spezielle Bedürfnisse mitbringt, spezifische Herausforderungen an die Pflege stellt und auch besonderen Gefahren ausgesetzt ist. Diese Patienten müssen meist deutlich länger im Krankenhaus bleiben als kognitiv nicht beeinträchtigte Menschen (Kleina & Wingenfeld 2007) und sie verlieren durch den stationären Aufenthalt teilweise ihre Selbstständigkeit (Wingenfeld 2009, Kirchen-Peters 2012). Patienten mit kognitiven Einschränkungen erhalten häufig eine unzureichende Schmerztherapie (Bornemann-Cimenti et al. 2012, Busse 2012), da die Schmerzeinschätzung vielfach nicht eindeutig ist.

Demenzspezifische Verhaltensweisen wie zum Beispiel herausforderndes Verhalten können das Personal aber auch Mitpatientinnen und -patienten belasten (vgl. Wingenfeld 2009, Kirchen-Peters 2012). Vor allem Weg- und Hinauftendenzen und nächtliche Unruhe erschweren die pflegerische Versorgung von kognitiv beeinträchtigten Personen in der Klinik.

Wie kommt es zu herausforderndem Verhalten?

Man kann davon ausgehen, dass Menschen mit kognitiven Veränderungen ein reduzierteres Stresslevel haben, als Personen ohne kognitive Leistungseinbußen (vgl. Hall et al. 1987). Das bedeutet, dass diese Personengruppe von Ungewohntem (Ortswechsel, neue und wechselnde Bezugspersonen) und einer Flut an Anforderungen (Diagnostik, Therapie, Tagesablauf, Pflegeroutinen) schnell überfordert sein kann. Nicht selten resultiert daraus herausforderndes Verhalten vor allem in den Abend- und Nachtstunden, wenn sich die Überforderungen des Tages aufgestaut haben.

Der Begriff „herausfordernd“ kennzeichnet eine Verhaltensweise, die die Umgebung herausfordert und die bestimmte Anforderungen an die Pflegenden stellt. Das Verhalten hat für den Menschen, der das Verhalten zeigt, immer eine Bedeutung, da es ein sinnhafter Ausdruck der menschlichen Psyche ist (vgl. BMG 2007). Herausfordernde Verhaltensweisen resultieren aus der Unfähigkeit, sich verständlich zu machen, und sind eine Reaktion auf eine Welt, die einem nicht mehr vertrauens-

voll und verlässlich erscheint (vgl. Jantzen & Schnittka 2001).

Das bedeutet, dass die Pflegenden durch herausforderndes Verhalten dazu aufgefordert werden, die Ursachen, die hinter diesem Verhalten stecken, herauszufinden und möglichst zu beheben. Eine kognitiv eingeschränkte Person, die nachts offensichtlich verwirrt auf dem Stationsflur herumirrt, kann durchaus auf der Suche nach einer Toilette sein. Herausforderndes Verhalten kann sich auf vielfache Art und Weise zeigen, etwa durch Weglaufen, Dauerklingeln, Rufen und Jammern, Zerrupfen von Taschentüchern oder anderem Material, Entfernen von Viggos, Drainagen oder Verbänden oder auch dadurch, dass sich die Patienten gegen Pflegemaßnahmen wehren. In der Regel haben diese Verhaltensweisen einen ursächlich auslösenden Faktor, den man finden und oftmals auch beheben kann.

Warum braucht es eine besondere Versorgung?

Derzeit sind etwa 20 Prozent aller im Krankenhaus Behandelten kognitiv eingeschränkte Patienten. Es ist auf Grund des demografischen Wandels mit einer Zunahme dieser Patientengruppe zu rechnen (vgl. Pinkert & Holle 2012). In einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanzierten Projekt wurde seitens der Forschungsgruppe der Hochschule Esslingen das Ziel verfolgt, zu einer verbesserten Versorgung von kognitiv eingeschränkten älteren Patienten im Krankenhaus beizutragen.

Die thematische Analyse der Projektstation zeigte, dass für das Pflegepersonal die größten Schwierigkeiten im Umgang mit herausforderndem Verhalten liegen. Diese Erkenntnis ist nicht neu und deckt sich mit anderen Untersuchungen (vgl. Schütz & Füsgen 2012). Man weiß, dass herausforderndes Verhalten die Pflegenden stresst, emotional beansprucht, verunsichert, aber auch frustriert und resignieren lässt



Kognitiv beeinträchtigte Menschen sind eine besondere Patientengruppe, die spezielle Bedürfnisse mitbringen und spezifische Herausforderungen an die Pflege stellen.

(vgl. Edberg 2008, Holle et al. 2011, Bailie 2012). Deshalb ist es dringend nötig, die Pflegenden im Umgang mit diesen Situationen zu unterstützen.

Eine Personalumfrage auf der Projektstation zeigte, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besonders belastet fühlen, wenn...

- Patienten sich aggressiv verhalten
- Patienten Weglauftenden zeigen
- sie nicht genügend Zeit für die Patienten haben
- sie am Ende ihrer Geduld sind
- der Tag-/Nachtrhythmus der Patienten umgekehrt ist
- sich die Mobilisation schwierig gestaltet oder
- frisch operierte Patienten einfach aufstehen (Wolke et al. 2015).

Für diese Herausforderungen wurde mit den Pflegenden gemeinsam ein mehrteiliges Konzept entwickelt, um die Pflegenden konkret zu unterstützen. Dieses Konzept enthält ein Screening auf kognitive Einschränkungen, übergreifende Empfehlungen im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten, ein Instrument zur Schmerzeinschätzung bei kognitiven Einschränkungen, ein Instrument zur Wertere reflexion für das Pflege team, ein strukturiertes handlungsleitendes Instrument zum Umgang mit herausforderndem Verhalten und ein Informationsblatt für Angehörige. Sowohl das Screeninginstrument (Mini-Cog) als

auch das Instrument zur Einschätzung von Schmerzen (BESD) sind bereits in der Praxis bewährte, validierte Instrumente. Nachfolgend werden die in der Praxis anwendbaren, übergreifenden Empfehlungen und Instrumente vorgestellt.

Übergreifende Empfehlungen im Umgang mit Patienten mit kognitiven Einschränkungen

Nicht immer lässt sich herausforderndes Verhalten zuverlässig vermeiden. Trotz aller Bemühungen stellt ein Krankenhaus keine gewohnte und optimale Umgebung für die oder den Betroffenen dar und sie drücken ihr Unwohlsein möglicherweise mit herausfordernden Verhaltensweisen aus. Dann ist die Pflege dazu aufgefordert, die Bedürfnisse, die ursächlich hinter diesem Verhalten stecken, herauszufinden und möglichst zu beheben, damit es den Pflegeempfängerinnen und -empfängern besser geht.

Um das Auftreten von herausforderndem Verhalten abzumildern oder zu verhindern, hilft es, einige grundsätzliche Regeln im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu beachten:

- Direkten Blickkontakt zum Gegenüber aufnehmen
- Sich immer wieder mit Namen vorstellen
- Kurze Sätze in einfachen Worten formulieren

- Klar, deutlich und konkret sprechen
- Ruhige Stimme, wohlwollendes Lächeln und unterstützende Gestik einsetzen
- Vorgehen in einzelnen Schritten erklären, nicht zu viel Information auf einmal geben
- Person, wenn möglich, vor Überforderung schützen
- Ruhepausen im Tagesablauf einbauen
- Störende und ablenkende Hintergrundgeräusche vermeiden

Diese Aufzählung ist nicht vollständig, gibt aber erste wichtige Hinweise für eine gelingende Interaktion mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Man erleichtert dieser Patientengruppe den Aufenthalt im Krankenhaus auch, wenn man möglichst auf ...

- eine kontinuierliche Bezugspflege,
- die Kennzeichnung der Toiletten- und Badezimmertüren,
- eine deutlich erkennbare Beschriftung des Patientenbetts,
- die Nutzung vertrauter, persönlicher Gegenstände (eigene Toilettenartikel und eigene Kleidung) sowie
- einen strukturierten Tagesablauf ... achtet.

All diese Maßnahmen helfen dem kognitiv eingeschränkten Menschen, sich in

der neuen Umgebung besser zu orientieren und sich darin besser zu Recht zu finden. Wichtig ist auch die Information und der Einbezug der Angehörigen. Dies kann im persönlichen Gespräch erfolgen sowie über das erstellte Informationsblatt (Wolke et al. 2015).

Erkennen von kognitiven Einschränkungen

Kognitive Einschränkungen sind selten eine Einweisungsdiagnose ins Krankenhaus, meist kommen diese Patienten auf Grund von Stürzen, einem mangelhaften Ernährungszustand, Infektionen, Herz-, Atemwegs- und gastrointestinalen Erkrankungen (vgl. Pinkert & Holle 2012). So konzentriert sich das pflegerische Interesse und die Anamnese zunächst auf die Probleme, die zur stationären Aufnahme führten. Eine Demenzerkrankung bzw. kognitiven Einschränkungen werden häufig nicht beachtet, gehen in der Aufnahmesituation unter oder geraten ins Hintertreffen (vgl. Angerhausen 2008, Wingenfeld 2009, Kirchen-Peters 2010). Oft wurden kognitive Einschränkungen bei den Patienten bisher auch noch nicht zuverlässig von den Angehörigen und betreuenden Fachpersonen erkannt, weil die Betroffenen in ihrer gewohnten Umgebung und in ihrem Alltag gut zu Recht kommen und nicht weiter auffallen. Erst der Ortswechsel, die neue Situation im Krankenhaus und mangelnde Orientierung bringen kognitive Leistungsdefizite ans Licht.

Vielen Menschen mit kognitiven Einschränkungen gelingt es zunächst gut, ihre Überforderung und ihre Einbußen zu verbergen und zu überspielen. Man erkennt sie manchmal erst, wenn Situationen eskalieren oder die Patientin, der Patient gänzlich überfordert ist.

Obwohl Pflegende durchaus gut darin sind, kognitive Leistungsdefizite zu erkennen, sind Screeninginstrumente noch zuverlässiger in der Identifikation von Menschen mit kognitiven Einschränkungen (vgl. Woodford & George 2007, Cordell et al. 2013). Dazu steht eine Vielzahl an Instrumenten zur Auswahl.

Im Rahmen des Konzeptes wurde der Mini-Cog als Screeninginstrument ausgewählt. Der Mini-Cog, auch Drei-Wörter-Uhrentest genannt, ist ein einfaches und kurzes Instrument zur Früherkennung von kognitiven Leistungseinbußen, das gut für die Akutversorgung geeignet ist (vgl. Borson et al. 2000, McCarten et al. 2011, Cordell et al. 2013). Er

Zusammenfassung

Eine demenzgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen im Krankenhaus ist eine Herausforderung für alle Beteiligten. Das Erkennen dieser besonderen Patientengruppe bei Aufnahme, die Verantwortung für und der angemessene Umgang mit diesen Patienten stellt im Alltag hohe Anforderungen an die Pflege, besonders wenn herausforderndes Verhalten auftritt. Häufig geht eine zusätzliche Belastung für die Pflegekräfte damit einher. Dieser Beitrag stellt ein praxisorientiertes, handlungsleitendes Unterstützungskonzept zur Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen, insbesondere zum Umgang mit herausforderndem Verhalten, vor.

Schlüsselwörter: *demenzgerechte Versorgung, herausforderndes Verhalten, Demenz im Krankenhaus*

stellt eine Kombination aus Uhrentest und der Erinnerung an drei Wörter dar und dauert etwa drei Minuten. Die Patientin bzw. der Patient wird gebeten, drei Wörter nachzusprechen und sich diese zu merken. Anschließend soll sie bzw. er in einen vorgegebenen Kreis eine Uhr mit der Zeit 11.10 Uhr einzeichnen. Danach wird erfragt, an wie viele Wörter sie bzw. er sich noch erinnern kann. Können alle drei genannten Wörter wiedergegeben werden, gilt die Kognition als unauffällig, kann kein Wort erinnert werden, ist der Test auffällig. Können ein oder zwei Wörter abgerufen werden, wird die Uhr zur Beurteilung herangezogen: sieht sie normal aus, gilt der Test als unauffällig, ist die Uhr in den Augen der Pflegeperson „komisch“, gilt der Test als auffällig.

Wurden kognitive Einschränkungen erkannt, kann das Pflegepersonal mit diesen Patienten entsprechend den oben genannten übergreifenden Empfehlungen angemessen umgehen und damit herausforderndes Verhalten unter Umständen verhindern und das Wohlbefinden dieser Personen steigern. Auf der Projektstation des Forschungsvorhabens wurde dieses Screeninginstrument erfolgreich angewandt.

Tritt herausforderndes Verhalten auf, so unterstützt das Konzept mit seinem zweistufigen Vorgehen. In einem ersten Schritt sollten die grundlegenden körperlichen Bedürfnisse (Hunger, Durst, Ausscheidungsdrang, Schmerzen) eingeschätzt und abgedeckt werden. Sollte dies keinen Erfolg haben, dann wird auf die psychosozialen Bedürfnisse eingegangen (vgl. Fischer et al. 2007).

Erkennen der körperlichen Bedürfnisse

Zunächst sollte die Pflegekraft körperliche Bedürfnisse einschätzen. Insbesondere drei Aspekte müssen dabei berücksichtigt werden:

- Hat die Patientin bzw. der Patient Hunger oder Durst?
- Muss die Patientin bzw. der Patient auf die Toilette?
- Leidet die Patientin bzw. der Patient unter Schmerzen?

Die Pflegenden können davon ausgehen, dass kognitiv eingeschränkte Personen ihre Bedürfnisse auch in diesen drei grundlegenden Lebensbereichen nicht immer angemessen ausdrücken. Stattdessen versuchen sie, beispielsweise mit Nesteln, Herumlaufen, gereizter Stimmung oder anderen Verhaltensweisen ihr Anliegen zu zeigen. Für die Einschätzung von Hunger und Durst gibt es in manchen Häusern bereits Ess- und Trinkprotokolle. Werden diese nicht geführt, kommt der Beobachtung beispielsweise beim Tablett abräumen, ob und wie viel die Pflegebedürftigen gegessen und getrunken haben, eine tragende Rolle zu. Zur Einschätzung des Ausscheidungsverhaltens kann auf die Pflegedokumentation zurückgegriffen werden, wenn dort die Ausscheidungen und Toilettenbegleitungen zuverlässig dokumentiert werden. Ergänzend müssen verabreichte Infusionen und Trinkgewohnheiten der Patienten im Blick behalten werden.

Auch zur Schmerzeinschätzung gibt es hilfreiche Instrumente. Grundsätzlich kann eine Person den eigenen Schmerz nur selbst richtig einschätzen

(vgl. Bornemann-Cimenti et al. 2012). Ist dies aufgrund von kognitiven Einschränkungen nicht mehr möglich, gibt es spezielle Erhebungsinstrumente, um Schmerzen als Außenstehende zu beurteilen wie beispielsweise die BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz) (vgl. Schuler 2008). Dieses Instrument hat sich zur Fremdeinschätzung von Schmerzen bei kognitiv eingeschränkten Personen bewährt und gilt als etabliert (vgl. Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft 2013). Bei der BESD werden die Kategorien Atmung, Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost erfasst. Sie stützt sich damit auf verschiedene Formen des Ausdrucksverhaltens. Auch dieses Instrument wurde erfolgreich auf der Projektstation praktisch angewandt. Die häufigsten herausfordernden Verhaltensweisen lassen sich bereits mit der Berücksichtigung dieser drei grundlegenden körperlichen Bedürfnisse eindämmen. Dauert das herausfordernde Verhalten einer Patientin, eines Patienten weiter an obwohl sie/er nicht an Hunger, Durst, Ausscheidungsdrang oder Schmerzen leidet, so sollten die Pflegenden in einem zweiten Schritt die psychosozialen Bedürfnisse einschätzen.

Erfassen der psychosozialen Bedürfnisse

So vielfältig das Bild an herausfordernden Verhaltensweisen ist, so unterschiedlich und individuell sind die auslösenden Faktoren und Bedürfnisse, die möglicherweise hinter all diesen Verhaltensweisen stecken: Bedürfnis nach Sicherheit, nach Vertrautheit, nach Ruhe und Privatheit, nach Anregung und/oder nach Wohlbefinden. Die psychosoziale Situation und individuellen Bedürfnisse von kognitiv eingeschränkten Patienten im Krankenhaus können sehr komplex sein. Was sollen die Pflegenden tun?

Wir haben konkrete Ideen (aus der Literatur und dem Erfahrungswissen der auf der Projektstation arbeitenden Pflegenden) rund um den Umgang mit herausforderndem Verhalten gesammelt und strukturiert in eine Tabelle gebracht, die Teil des Konzeptes ist. Hierbei sind wir zu zehn Phänomenen gekommen wie z.B. Weglaufen, Wandern, Dauerklingeln und sich gegen Pflegemaßnahmen wehren. Beispielhaft ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt, welche Interventionsmöglichkeiten Pflegende bei Patienten haben, die weglaufen oder herumwandern.

Die Sammlung in der Tabelle möchte dazu anregen, herauszufinden, welche auslösenden Faktoren und Bedürfnisse hinter dem Verhalten stecken könnten und soll Ideen für konkrete Umgangsmöglichkeiten geben. Auf diese Weise muss nicht jede Pflegekraft selbst Ideen generieren, sondern sie kann auf einen Katalog an Möglichkeiten zurückgreifen. Die Sammlung ist nicht vollständig und kann von den Pflegenden im Laufe der Zeit erweitert und ergänzt werden.

Ziel des Instrumentes ist eine gestufte und strukturierte Vorgehensweise zur bedürfnisorientierten Pflege und Betreuung bei kognitive eingeschränkten Patienten, um das Auftreten von herausforderndem Verhalten zu reduzieren und ein abgestimmtes Vorgehen/eine abgestimmte Reaktion im Team abzubilden. Zunächst wird die Analyse und Einschätzung der Bedürfnisse vorgenommen um sich dann für eine Intervention zu entscheiden, diese umzusetzen und auf Erfolg zu evaluieren.

Konkreter Praxisbezug

Wendet man dieses zweistufige Verfahren beim eingangs erwähnten Patienten Herrn M. an, so kann festgestellt

Phänomen	Auslösender Faktor	Bedürfnis nach...	Interventions- bzw. Umgangsmöglichkeit
Weglaufen, wandern	Langeweile	...sozialer Teilhabe ...einer sinnvollen Beschäftigung ...Anregung ...Anerkennung	Beschäftigungsangebot (Handtasche oder Kulturbeutel zum Ausräumen, Zeitschrift), unter die Leute bringen und für Beschäftigung/Ablenkung sorgen, körperlich aktivieren, Spaziergang anbieten, Angehörige dazu ermuntern mit der/dem PatientIn spazieren zu gehen
	Angst	...Sicherheit ...Vertrautheit ...Orientierung	Sich jedes Mal neu vorstellen, Hinweis auf (Tages)Zeit und Ort geben (Realitätsorientierung), Kontinuität in der Betreuung (gleiche Personen), große Beschriftung des Bettes und Schrank mit Patientennamen, WC-/Badtüre beschriften, persönliche Gegenstände auf Nachttisch (Foto, Wecker), eigene Bettwäsche, eigene Kleidung, PatientIn regelmäßig im Zimmer aufsuchen, Bett nicht mit Blick zur Tür positionieren, PatientIn unter die Leute bringen und für Beschäftigung/Ablenkung sorgen
	Unverständnis	...Verlässlichkeit ...Verstehen ...Struktur	Beschäftigungsangebot (Handtasche oder Kulturbeutel zum Ausräumen, Zeitschrift), unter die Leute bringen, körperlich aktivieren, Spaziergang anbieten, Angehörige dazu ermuntern mit der/dem PatientIn spazieren zu gehen, große Beschriftung des Bettes und Schrank mit Patientennamen, persönliche Gegenstände auf Nachttisch (Foto, Wecker), eigene Bettwäsche, WC-/Badtüre beschriften, PatientIn regelmäßig im Zimmer aufsuchen, Bett nicht mit Blick zur Tür positionieren



Foto: Photographee.eu/Fotolia

Wichtig ist, dass die Pflegekraft die körperlichen Bedürfnisse demenzkranker Menschen richtig einschätzt, ob zum Beispiel die Patientin oder der Patient Hunger oder Durst hat oder zur Toilette muss.



Literatur

werden, dass dieser mit einer ausreichenden Schmerzmedikation versorgt ist und nicht unter Hunger oder Durst leidet. Auch zur Toilette muss Herr M. nicht. Vielmehr langweilt er sich in der fremden Krankenhausumgebung und sucht nach Beschäftigung und Unterhaltung mit anderen Menschen. Seit die Pflegekräfte Herrn M. schon vormittags mit Hilfe eines Mobilisationsstuhls um in einer Zeitung zu blättern in den Patientenaufenthaltsraum setzen, die Physiotherapeuten ihn täglich eine halbe Stunde mit Übungen beschäftigen und nachmittags regelmäßig Familienmitglieder zu Besuch kommen und Herrn M. mit seinem Stuhl spazieren fahren, kommt es kaum noch zu Situationen, in denen er einfach aufsteht. Durch die Beschäftigung, Kontakte zu vertrauten Personen am Mittag und Ansprache tags über, schläft er auch nachts zuverlässig.

Nicht immer gelingt es so gut, herausfordernde Verhaltensweise einzudämmen. Doch Pflegekräfte und Patientinnen bzw. Patienten werden entlastet, wenn es gelingt, den Bedürfnissen, die durch herausforderndes Verhalten ausgedrückt werden, entgegenzukommen. <<

Angerhausen S. (2008) Demenz- eine Neben-diagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten im Krankenhaus. Gerontologie und Geriatrie 41, S. 460-466.

Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft (2013): Hinweise zur Verwendung von BESD. Verfügbar unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD_Kurzanleitung_130626.pdf [16.12.2013].

Baillie, L., Cox, J. & Merritt, J. (2012) Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges. Nursing older people Volume 24, Number 8, S. 33-37.

Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P. & Dokmak A. (2000) *The Mini-Cog: a cognitive 'Vital Signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly*. International Journal of Geriatric Psychiatry 15, S. 1021-1027.

Bornemann-Cimenti, H., Wejbor, M., Michaeli, K., Kern-Pirsch, C. & Sandner-Kiesling, A. (2012) *Schmerzerfassung bei Demenz*. Der Nervenarzt 4, S. 458-466.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) *Rahmeneempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin, 2007.

Cordell C., Borson S., Boustani M., Chodosh J., Reuben D., Verghese J., Thies, W. & Fried, L. (2013) *Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medical Annual Wellness Visit in a primary care setting*. Alzheimer's & Dementia 9, S. 141-150.

Edberg A., Bird M., Richard D., Woods R., Keeley, P. & Davis-Quarrell, V. (2008) Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. Aging & Mental Health Volume 12, Number 2, S. 236-243.

Fischer T., Spahn C. & Kovach C. (2007). *Die "Serial Trial Intervention"*. Pflegezeitschrift 7, S. 370-373.

Holle D., Halek M., Mayer H. & Bartholomeyczik, S. (2011) *Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegenden im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Pflege 5, S. 303-316.

Jantzen, W. & Schnittka, T. (2001) „Verhaltensauffälligkeiten“ ist eine soziale Konstruktion: Über Vernunftfallen und andere Angriffe auf das Selbst. In: Theunissen, G. (Hrsg) *Verhaltensauffälligkeiten- Ausdruck von Selbstbestimmung?* Klinkhardt, Bad Heilbrunn, S. 39-62.

Kirchen-Peters, S. (2010) *Stolperstein demenzkranker Patient*. KU Gesundheitsmanagement 12, S. 20-22.

McCarten J., Anderson P., Kuskowski M., McPherson S. & Borson S. (2011) *Screening for Cognitive Impairment in an Elderly Veteran Population: Acceptability and Results Using Different Versions of the Mini-Cog*. Journal of the American Geriatric Society. 59, S. 309-313.

Pinkert C. & Holle B. (2012) *Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus*. Gerontologie und Geriatrie, S. 1-8.

Schuler M. (2008): *BESD-Beurteilung von Schmerzen bei Demenz*. Verfügbar unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/BESD_Fassung_Dezember_2008.pdf [16.12.2013].

Schütz D. & Fügen I. (2012) *Patienten mit Gedächtnisstörungen im Krankenhaus*. Verfügbar unter: http://www.zukunftforum-demenz.de/pdf/Patienten_mit_Gedaechtnisstoe-rungen.pdf [1.2.2013].

Wingenfeld K. (2009) *Demenzkranken brauchen Zeit, Empathie und personelle Kontinuität*. Die Schwester, der Pfleger 3, S. 216-221.

Woodford H. & George J. (2007) *Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods*. International Journal of Medicine 100, S. 469-484.

Wolke, Reinhold; Riedel, Annette; Siegle, Anja; Schmidt, Karin: *Demenzgerechte Pflege im Krankenhaus: Konzeptentwicklung und Evaluation in der Pflegepraxis*. Lage: Jacobs Verlag 2015.

Autorenkontakt:

Anja Siegle, ist exam. Kinderkrankenschwester, RN, M.A. Pflegewissenschaft; Wissenschaftl. Mitarbeiterin an der Hochschule Esslingen (Forschungsprojekt zur demenzgerechten Versorgung von Patienten im Krankenhaus).
Kontakt:
 Anja.Siegle@hs-esslingen.de

Das besondere Buch

DER TIPP DER REDAKTION



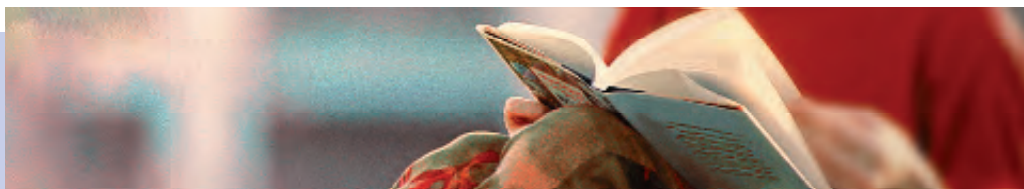
**Stefanie Becker,
Hermann Brandenburg
(Herausgeber)**

Lehrbuch Gerontologie

Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe - Eine interdisziplinäre Aufgabe

Huber Verlag, 2014, 440 S., 39,95 €
ISBN-Nummer 978-3-456-85343-7

Für eine professionelle Pflege und Betreuung alter Menschen sind gründliche Kenntnisse der Gerontologie unerlässlich. Das Lehrbuch der Gerontologie vermittelt diese Grundlagen, schlägt Brücken zwischen den Disziplinen und leistet Verständigungsarbeit zwischen Pflege und sozialer Arbeit. Das erfahrene Herausgeber-Team führt zum Beispiel in die theoretischen Grundlagen von Pflege, Sozialer Arbeit und Altern ein, skizziert Lebenslagen der Sozialpolitik, sozialen Sicherung und sozialen Ungleichheit, stellt Lebenslagen bzgl. demographischer Trends und ihren Auswirkungen auf Soziale Arbeit und Pflege dar und beschreibt Lebenslagen pflegerischer Versorgung, beschreibt Grundzüge der Ethik für Pflege und Soziale Arbeit, analysiert Konzepte von Autonomie, Normalität und Empowerment, stellt Aufgaben- und Einsatzfelder sowie Interventionen, Ansätze und Methoden vor oder zeigt Möglichkeiten und Grenzen der Professionalisierung. Es fördert und vermittelt mit seinem Text die beiderseitige Kenntnis, den Dialog und die Zusammenarbeit der Disziplinen, didaktisiert und strukturiert den Text mit Einführungen, Lernzielen, Fallbeispielen, Aufgaben, Kontroversen, Schlussfolgerungen und Literaturhinweisen.



Pantel J., Schröder J., Bollheimer C., Sieber C., Kruse A.:
Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie - Gerontopsychiatrie - Gerontologie
Verlag W.Kohlhammer, Stuttgart, 2014, 799 S., 129,99 €, ISBN-10: 3170217569

Die adäquate Behandlung und Versorgung des alten Menschen erfordert komplexes Handeln an der Schnittstelle von Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Gerontologie. Ein interdisziplinäres Praxishandbuch.

Steidel S.:
Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie: Ein Lehrbuch für Gesundheits- und Pflegeberufe
Verlag facultas.wuv, 4.Aufl., 2014
168 S., 19,40 €, ISBN-13: 978-3708909967

Dieses Lehrbuch setzt sich mit dem Thema Alter und Altern intensiv auseinander. Von gerontologischen Themen wie Altersforschung oder gesundes Altern über geriatrische Inhalte, Gerontopsychiatrie oder das Thema Schlaganfall.

Baer U.; Schotte-Lange G.:
Das Herz wird nicht dement: Rat für Pflegende und Angehörige
Verlag Beltz, 2015, 125 S., 12,95 €, ISBN-13: 978-3407859662

Demenz ist mehr als Gedächtnisverlust. Sie beeinflusst Gefühle, die gesamte Art, wie Menschen sich und ihre Welt erleben. Rücksichtsvoll, warmherzig und verständlich beschreiben Udo Baer und Gabi Schotte-Lange die Innenwelten von Demenzzkranken.

Buijssen H., Grambow E.:
Demenz und Alzheimer verstehen: Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber
Verlag Beltz, 9.Aufl., 2015, 279 S., 16,95 €, ISBN-13: 978-3407858627r

Das Buch erklärt, was Alzheimer und Demenz sind, beschreibt ihren fortlaufenden Prozess und gibt Rat, wie wir uns um Erkrankte am besten kümmern und mit ihrem Schicksal umgehen.

Schützendorf E., Wallrafen-Dreisow H.:
In Ruhe verrückt werden dürfen: Für ein anderes Denken in der Altenpflege
Verlag Fischer Taschenbuch, 16.Aufl., 1991, 168 S., 6,95 €, ISBN-13: 978-3596105168n

„In Ruhe verrückt werden dürfen“ - das wünschen sich viele alte Menschen. Die Autoren plädieren für ein Umdenken in der Altenpflege, ausgehend von der Situation in Altenheimen.

Schön J.:
Altenpflege Lernkarten
Verlag Thieme, 1.Aufl., 2014, 468 S., 29,99 €, ISBN-13: 978-3131737717

Ihre Altenpflegeprüfung steht bevor und Sie möchten Ihr Wissen noch einmal überprüfen? Mit 1000 Fragen und Antworten auf 464 Lernkarten geballtes Prüfungswissen aneignen und der Prüfung entgegenfeiern. Für Kurz- und Langzeitlerner in einer handlichen Box.

Völkel I., Ehmman M.:
Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege
Verlag Urban & Fischer, 5.Aufl., 2013, 389 S., 24,99 €, ISBN-13: 978-3437479434

Mit diesem Pflegeplanungsbuch lernen Sie, wie man Pflegeplanung in der Altenpflege richtig angeht. Gegliedert nach Krankheitsbildern und AEDL finden sowohl Pflegeprofis als auch Pflegeschüler schnell die Planung, die sie suchen. Pflegeplanung leicht gemacht.

Triebisch D.:
Die wollen mich doch vergiften
Verlag an der Ruhr, Mülheim an der Ruhr, 2016, 240 S., 12,99 €, ISBN-13: 978-3-8346-3087-2

Ehrlich, ungeschönt und provokant: Dieser Ratgeber beleuchtet die Pflege-Realität in deutschen Heimen und zeigt Wege auf, wie man unter diesen Bedingungen arbeiten kann.

> Das Umfeld bestimmt das Verhalten

Menschen mit Demenz im Krankenhaus

SYLKE WERNER

Die Sicherheit der Versorgung aller Patienten ist eine Grundvoraussetzung im Krankenhaus. Dabei stellt die Versorgung von Menschen mit Demenz für Pflegenden eine große Herausforderung dar. Außerdem kann ein Krankenhausaufenthalt für eine Person mit einer demenziellen Erkrankung eine ebenso unüberschaubare und wie schwierig einzuschätzende Situation bedeuten, die mit Ängsten und Hilflosigkeit verbunden ist.

Durch die höhere Lebenserwartung steigt die Zahl der Demenzerkrankungen und aufgrund der zunehmenden Zahl von älteren Menschen, nimmt auch die Zahl der Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus zu (Isfort et al. 2014, S. 20f.).

Allerdings gibt es bisher in nur wenigen Kliniken spezielle Versorgungskonzepte für diese besondere Patientenklientel. Das bedeutet, dass die Sicherheit der Versorgung von Patienten mit Demenz nicht immer gewährleistet werden kann. Es gibt Defizite in der Versorgung. Ein Krankenhausaufenthalt stellt für Menschen mit Demenz eine extreme Belastung dar und die Krankenhäuser sind bislang nur unzureichend auf die intensive Betreuung, Beobachtung, Pflege und Begleitung der Betroffenen eingestellt (Isfort et al. 2014).

„Interessant ist, dass die Leitungen der Pflege die hauptsächlichen Barrieren für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte nicht in mangelnder Kompetenz oder Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen, sondern dass die Hauptursachen in strukturellen Voraussetzungen gesehen werden.“ (Isfort et al. 2014, S. 8).

Der Mensch mit Demenz als „Patient“

Der Anteil von Patienten mit einer demenziellen Erkrankung in einer Akutklinik steigt überproportional an. Ursachen dafür sind, dass Menschen mit Demenz zum Beispiel (Hoffmann 2015):

- ein erhöhtes Risiko von Unfällen aufweisen

- medizinisch unterversorgt sind
- Ernährungsstörungen aufweisen
- häufig an internistischen Erkrankungen leiden sowie unter Multimorbidität

Gründe für eine Einweisung in das Krankenhaus sind unter anderem Stürze, Mangelernährung, Exsikkose, Vergiftungen und Lungenentzündungen durch Schluckstörungen (Aspirationspneumonie) (Hoffmann 2015).

Patienten mit einer demenziellen Erkrankung sind nicht selten unzureichend untergebracht bzw. versorgt. Es fehlen zum Beispiel tagesstrukturierenden Angebote, Demenzbeauftragte, separate Aufenthaltsräume und bezahlte Alltagsbegleiter nach § 87b SGB XI. Medizinisch-therapeutische Interventionen sind den Besonderheiten von Menschen mit Demenz nicht immer angemessen (Isfort et al. 2014, S. 58).

„Im Vergleich zu altersgleichen Patientinnen und Patienten wird ein erhöhtes Risiko für zum Beispiel Stürze oder nosokomiale Infektionen beschrieben, ebenso gibt es Hinweise darauf, dass ein Krankenhausaufenthalt oftmals eine Verschlechterung funktioneller Fähigkeiten zur Folge hat.“ (Isfort et al. 2014, S. 23f.).

Die Unterbringung von an Demenz Erkrankten gemeinsam mit Patienten ohne Demenz erweist sich häufig als nachteilig. Eine Herausforderung ist auch ein angemessenes Schmerzmanagement bei Patienten mit einer Demenz, vor allem dann, wenn eine Selbsteinschätzung aufgrund von ein-

geschränkter Kommunikationsfähigkeit nicht mehr möglich ist. Hinzu kommt eine unzureichende Qualifizierung des Krankenhauspersonals in Bezug auf den Umgang mit Menschen mit Demenz.

Wenn bei Dementen das Gedächtnis zunehmend beeinträchtigt ist, zerfällt das, was ihr Leben, ihr Dasein bisher bestimmte, in einzelne Momente, die ihnen völlig chaotisch erscheinen. Raum und Zeit verlieren ihren Realitätsbezug, visuelle Wahrnehmung und Emotionen bestimmen die Interpretationen der Realität.

Menschen mit Demenz, die in ein Krankenhaus eingewiesen werden, versuchen die Welt um sich herum zu verstehen, indem sie oft auf angeborene Verhaltensmuster zurückgreifen. Dies äußert sich in sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen.

Sie vergessen im Verlauf der Demenz ihre Vergesslichkeit und nehmen ihre Erkrankung nicht mehr im vollen Umfang wahr. Sie sind davon überzeugt, selbstständig und sinnvoll zu handeln, genauso wie vor der Erkrankung. Sie erleben sich als jung und leistungsfähig. Dementsprechend verhalten sie sich nach ihrem empfundenen Alter, arbeiten und lieben wie junge Erwachsene. Sie machen sich auch auf einer Krankenhausstation nachts auf den Weg zur Arbeit, egal, ob sie einen Blasenkatheter haben oder Infusionen bekommen.

Ihre Reaktionen auf Schmerzreize sind abgeschwächt und klinische Schmerzen werden häufig nicht mehr wahrgenommen. Sie sind einfach nur bestrebt, ihre Selbstständigkeit zu behalten und das zu tun, was sie in der jeweiligen Situation für richtig halten. Sie besitzen eine veränderte Selbstwahrnehmung. Daher reagieren sie auch auf Verbote oder direkte Aufforderungen des Pflegepersonals oder der Ärzte mit Widerstand oder Aggressivität.

Es gilt demzufolge, das Umfeld, in dem der Mensch mit Demenz lebt oder sich gerade aufhält, so zu gestalten, dass Verbote oder gar Notlügen nicht mehr nötig



Foto: Alexander Raab/Fotolia

Neben der räumlichen Gestaltung spielt auch die Tagesstrukturierung für Patienten mit Demenz eine wichtige Rolle.

sind und der Betroffene so autonom wie möglich agieren kann.

Eine Demenzerkrankung wirkt sich stark auf das Erleben der Patienten aus. Dabei sind besonders Orientierungsstörungen und die Veränderung von Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung entscheidend. Die Emotionalität bleibt dabei jedoch bis zuletzt erhalten. Auch das Gefühl der Hilflosigkeit beeinflusst ihre Lebenswelt. Die Erkrankten reagieren auf Veränderungen nicht selten mit Angst, Trauer, Unsicherheit, Scham, Wut oder sogar Panik.

Das Wissen über die veränderte Wahrnehmung von an Demenz erkrankten Patienten kann Gesundheits- und Krankenpflegern helfen, Missverständnisse und Konflikte zu vermeiden und auch im Krankenhaus die Lebensqualität dieser Patienten zu erhöhen.

Umgebungswechsel - Milieuthherapie

Wie nehmen Menschen mit Demenz ihre Umgebung wahr? Patienten mit einer Demenz nehmen das Krankenhaus und sich selbst verändert wahr. Die Realität Krankenhaus mit Diagnostik und Therapie überfordert sie und sie leben auch dort oftmals in der Vergangenheit. Dinge, die sie aktuell erleben, was sie aktuell empfinden und fühlen, verbinden sie mit ihrem vergangenen Leben, zum Beispiel

mit der Kindheit. Ihre aktuellen Gefühle, zum Beispiel Ängste, vermischen sich mit alten Erlebnissen.

Der Mensch mit Demenz versteht die Realität immer weniger. Sie wird für ihn unerklärlich. Situationen, wie zum Beispiel diagnostische Maßnahmen oder Therapien sowie Informationen von Ärzten, können nicht mehr in einen Zusammenhang gestellt werden. Daraus resultiert das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit, denn eine Blutabnahme, Röntgen, MRT oder das Legen einer Infusion führen zu Angst und Unsicherheit.

Zwischen dem Lebensumfeld und dem Verhalten von Patienten mit Demenz besteht ein enger Zusammenhang. Ein Krankenhaus ist meist ein „steriler“ Ort, in weißen sterilen Farben, mit vielen fremden Menschen. Das ist kein Ort, der an zu Hause erinnert. Menschen mit Demenz profitieren von stabilen Lebensverhältnissen. Nach Möglichkeit sollte ein Umzug in eine neue Umgebung vermieden werden. Die Einweisung in ein Krankenhaus stellt bereits einen bedeutsamen Einschnitt im Alltag des Betroffenen dar. Eine Krankenhausbehandlung lässt sich jedoch nicht immer vermeiden, besonders, wenn es sich um ältere Patienten mit Demenz handelt, die eine Multimorbidität aufweisen.

Bezugspersonen sind für diese Patienten sehr wichtig und es sollten auch

Kontakte zur Familie, zu Freunden und Bekannten, aufrechterhalten werden. Zur Stabilität des Lebensumfeldes gehört normalerweise eine klare Tagesstrukturierung wie ein regelmäßiger Ablauf vom Aufstehen über die Mahlzeiten, Toilettengänge, bis zum Zubettgehen. Ein sicheres und angenehmes Umfeld ermöglicht es dem Patienten auch, entsprechend seinen Fähigkeiten auf medizinische Therapie zu kooperieren.

Milieuthherapie sollte deshalb auch in einem Krankenhaus zum Behandlungskonzept von Patienten mit einer demenziellen Erkrankung gehören. Es gibt Krankenhäuser, wo Milieuthherapie fest integriert ist, um das Wohlbefinden dieser Patienten zu fördern und ihrem Gefühl, in einer fremden Umgebung zu sein, entgegenzuwirken. Besonders Orientierungshilfen bieten Schutz und Sicherheit im Krankenhaus, zum Beispiel (Angerhausen & Bachmann, 2012):

- angemessene Beleuchtung
- Orientierungshilfen wie zum Beispiel große Zimmernummern mit Bildern oder Symbolen
- Handläufe im und außerhalb der Patientenzimmer
- tief absenkbar Betten und Sturzmatten
- Patientenarmbänder

Neben der räumlichen Gestaltung



Besonders Orientierungshilfen bieten Menschen mit Demenz Schutz und Sicherheit im Krankenhaus, zum Beispiel angemessene Beleuchtung oder Orientierungshilfen, wie große Zimmernummern mit Bildern und Symbolen oder Handläufe etc.

spielt auch die Tagesstrukturierung für Patienten mit Demenz eine wichtige Rolle. Ein Tagesablauf, bei dem der Patient mit Demenz zwischen Diagnostik und Therapie sich selbst überlassen ist, kann zu Ängsten und zu herausforderndem Verhalten führen. Deshalb gibt es bereits in einigen Krankenhäusern spezielle Räume oder Schwerpunktstationen, in denen Patienten mit Demenz unter fachlicher Begleitung gemeinsam mit anderen Patienten ihre Mahlzeiten einnehmen und auch an aktivierenden Angeboten teilnehmen können, wie zum Beispiel Vorlesen, Singen und Musik hören, Erinnerungspflege und Feste feiern.

„In deutschen Krankenhäusern lassen sich bislang keine einheitlichen Verfahren oder Konzepte hinsichtlich des Umgangs mit Demenzkranken beschreiben. Es fehlt diesbezüglich an Leitlinien und Vorgaben in der Betreuung und Ausgestaltung der Angebote.“ (Hoffmann 2015, S. 25).

Im Positionspapier der DGG (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie) e. V., Köln, werden Empfehlungen in Bezug auf den Umgang mit an Demenz erkrankten Patienten genannt, wie zum Beispiel (Hoffmann 2015, S. 25):

- maximale Bettenzahl von 8 bis 12
- spezieller Bereich nur für Patienten mit Demenz
- entsprechende Tagesstruktur

- Bezugspflege
- Pflege und Betreuung anhand der individuellen Biografie
- Angehörigenintegration

Herausforderndes Verhalten im Krankenhaus

Menschen mit Demenz werden oft als „problematisch“, „unkooperativ“, „verletzend“ und „störend“ bezeichnet. In der Praxis wird dann häufig davon gesprochen, dass sich die betreffende Person bestimmten Maßnahmen „widersetzt“, oder sich „ablehnend“ verhält.

Der Umgang mit Patienten, die an Demenz erkrankt sind, stellt deshalb eine Herausforderung für das Klinikpersonal dar. Es löst auch nicht selten das Gefühl der Überforderung sowie eine gewisse Hilflosigkeit aus.

„So wurde In einer Studie der Universität Bremen von 2011 unter anderem auch bei Auszubildenden der Pflege festgestellt, dass sie große Unsicherheiten im Umgang mit herausforderndem Verhalten beschreiben.“ (Isfort et al. 2014, S. 45).

Beispiele für herausforderndes Verhalten von Patienten mit Demenz im Krankenhaus sind zum Beispiel:

- Unruhe
- Weglauftendenz
- Sturzgefahr

- erschwerte Anamnese, Diagnostik und Therapie
- Entfernen von Infusionen, Kathetern usw.

Aber auch das Verhalten von Pflegepersonen kann das „problematische“ Verhalten bei Patienten mit einer demenziellen Erkrankung hervorrufen. Unruhe kann bei Patienten mit Demenz zum Beispiel ausgelöst werden durch:

- Stimmungen und Bedürfnisse: Depression, Frustration, Einsamkeit, Langeweile, Verlangen nach Aufmerksamkeit
- Geschehnisse: Verhalten von Mitpatienten, medizinische und/oder pflegerische Maßnahmen Pflegehandlungen (Diagnostik, Therapie, Körperpflege) oder wenn jemand dem Kranken zu nahe kommt
- Behinderungen: Verwirrtheitszustände, Schmerzen, Fixierungen

Wenn Umgebung und Pflegeperson ruhig, zufrieden und positiv sind, wird sich auch der Mensch mit Demenz eher ruhig, zufrieden und positiv fühlen.“ (Bowlby 2011, S. 152). Sogenanntes herausforderndes Verhalten entsteht durch die Verknennung von Situationen, zum Beispiel bei drohender Gefahr. Pflegen-de können das Verhalten von Menschen mit Demenz in bestimmten Situationen

Zusammenfassung

Die Zahl von Patienten mit einer demenziellen Erkrankung, die in einem Krankenhaus behandelt werden müssen, steigt. Die Krankenhäuser sind jedoch auf diese Patienten räumlich, strukturell, personell und konzeptionell nicht eingerichtet. Der besondere Umgang mit diesen Patienten stellt eine Herausforderung für das Klinikpersonal dar. Für Menschen mit Demenz ist ein Krankenhausaufenthalt eine große Belastung, auf die sie mit Angst, Wut und Aggression reagieren können. Deshalb sind Konzepte, wie sie auch in der Langzeitpflege angewandt werden, notwendig, z. B. Milieuthérapie, Validation oder der personenzentrierte Ansatz.

Schlüsselwörter: Demenz, Krankenhaus, herausforderndes Verhalten

beeinflussen. Eine Haltung und ein entsprechender Umgang, der alles vermeidet, was für den Patienten mit einer Demenz bloßstellend, verletzend und entwürdigend ist, trägt zu einem vertrauensvollen Verhältnis bei. Es ist bei allen medizinisch-pflegerischen Maßnahmen vor allem auf die Wahrung von Privat- und Intimsphäre und Autonomie der Patienten zu achten.

Anforderungen an Pflegende

„Ein zentraler Faktor für die pflegerische Versorgung ist die Personalausstattung auf den Stationen“ (Isfort et al. 2014, S. 8f). Daneben sind auch die mangelnden Kompetenzen des Pflegepersonals kritisch zu betrachten.

Pflegende müssen sich den Fähigkeiten und Grenzen von Patienten mit Demenz fortlaufend anpassen, um Konflikte zu vermeiden.

Zu Beginn der Erkrankung können es Missverständnisse sein, weil die Krankheit Demenz noch nicht erkannt oder nur gering ausgeprägt ist. Die Patienten

leugnen krank zu sein, etwas vergessen zu haben und beschuldigen andere, Dinge versteckt zu haben. Mit der Zeit wird es schwieriger, sich mit dem erkrankten Menschen auszutauschen. Eine Demenzerkrankung greift direkt das Sprachvermögen an. Sprechen setzt vielfältige geistige Fähigkeiten voraus. Die Fähigkeiten, Gesprochenes zu verstehen und sich verständlich auszudrücken, gehen Menschen mit Demenz zunehmend verloren und ihre Mitmenschen haben immer mehr Schwierigkeiten, die Betroffenen zu verstehen, auf ihre Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. „Auch wenn wir uns nicht gut ausdrücken können, bedeutet dies noch lange nicht, dass wir nichts zu sagen haben. Unsere Gedanken und Wörter gehen wirt durcheinander und deshalb ist es wichtig, dass Sie gut zuhören können und auf nonverbale Signale achten.“ (Bryden, 2005, S. 147).

Mit den an Demenz erkrankten Menschen „richtig“ zu kommunizieren, ist eine Grundvoraussetzung in der Gesundheits- und Krankenpflege, um den Genesungsprozess der Patienten voranzubringen. Ohne diesen zwischen-



Demente Personen brauchen eine ruhige, ausgeglichene Umgebung mit möglichst gleichen Bezugspersonen, was ihnen mehr Sicherheit und Ruhe vermittelt.

Anzeige

dbl service
Miettextilien



Unseren Service
können Sie sehen.
Ihr Team spürt ihn.

Mietberufskleidung von DBL.
Wir beschaffen, holen, bringen
und pflegen Ihre Berufskleidung.
Individuell, pünktlich und
zuverlässig. Testen Sie unser
Angebot. Rufen Sie an unter
0800/3103110.



DBL – Deutsche Berufskleider-Leasing GmbH
Albert-Einstein-Str. 30 | 90513 Zirndorf
info@dbl.de | www.dbl.de

menschlichen Austausch, eine dem Patienten angepasste Kommunikation, ist eine individuelle Pflege und Therapie unmöglich.

„Von meinem Standpunkt aus betrachtet, von dem einer Person, die mit dieser Diagnose lebt, wird der Bezeichnung, dem Namen und den meist mit dem Leiden einhergehenden Symptomen viel zu viel Bedeutung beigemessen, den Menschen dagegen, die die Krankheit haben, zu wenig.“ (Taylor 2008, S. 42).

Ausschlaggebend für den Umgang mit Patienten mit Demenz ist ein verstehender und Zugang im Umgang mit ihnen. Das bedeutet:

- Gewinner-/Verlierer-Denken vermeiden
- Vertrautheit schaffen
- Raum geben
- Dingen auf den Grund gehen
- Gefahren realistisch einschätzen
- Situation aus Sicht des Patienten anschauen

Es gilt immer zuerst nach den Ursachen des Verhaltens zu fragen und dann zu überlegen, wie man den Patienten unterstützen kann:

- Warum verhält sich der Patient jetzt so?
- Wie geht es ihm und welches Bedürfnis hat er jetzt gerade?
- Was kann ich tun, um sein Bedürfnis zu befriedigen?
- Ein Patient mit Demenz ist wie er ist und das bedeutet Akzeptanz und Begleitung, damit dieser sich wohlfühlt und genesen kann.

Fortbildungsbedarf besteht zum Beispiel zu folgenden Themen (Isfort et al. 2014, S. 46):

- Fachwissen zum Krankheitsbild Demenz
- rechtliche Aspekte (zum Beispiel Freiheitsentziehende Maßnahmen, Patientenverfügung)
- Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz
- Kommunikation
- Ernährungsunterstützung bei Menschen mit Demenz
- Umgang mit herausforderndem Verhalten
- ethische Aspekte

Fazit

Obwohl die Herausforderungen in der Krankenhausversorgung von Menschen mit Demenz steigen und die An-

zahl dieser Patienten wächst, werden in den Krankenhäusern in Deutschland kaum geeignete Konzepte angewandt und umgesetzt, die den besonderen Bedürfnissen dieser Klientel gerecht werden (Isfort et al. 2014). „Die Gründe dafür werden nicht im fehlenden Wissen, sondern im fehlenden Willen zur Umsetzung gesehen. Ursächlich dafür sind in den Augen der Verantwortlichen vor Ort in erster Linie strukturelle und finanzielle Barrieren und unzureichende Rahmenbedingungen.“ (Isfort et al. 2014, S. 73).

Dies wirkt sich auf Pflegende, die Patienten mit Demenz sowie auf deren Angehörige aus, die in dieser Situation kaum unterstützt werden. „So muss konstatiert werden, dass die derzeitige und zukünftige Versorgung von Menschen mit Demenz in den bundesdeutschen Krankenhäusern beklagenswerte Defizite und vermeidbare Risikolagen aufweist, die die Verantwortlichen in Politik wie auch in den Einrichtungen zum schnellen und wirksamen Handeln auffordern.“ (Isfort et al. 2014, S. 74). Empfehlungen aus dem Projekt „Blickwechsel Demenz“ sind zum Beispiel (Angerhausen und Bachmann 2012):

- Einführung eines verbindlichen Screenings zur Identifizierung kognitiv eingeschränkter Patienten bei stationärer Aufnahme
- qualifizierte Mitarbeiter im Umgang mit Patienten mit Demenz
- Schwerpunktstationen für Patienten mit Demenz mit entsprechender Tagesstruktur
- ausführliche medizinische, biographische und pflegerische Anamnese
- Angehörigenintegration, Sprechstunden für Angehörige sowie „rooming-in“
- Unterstützung und Schulung Pfleger

Die Datenlage ist in Bezug auf Behandlungsergebnisse in bisher vorhandenen Special Care Units (z. B. Station Silvia des Malteser Krankenhauses St. Hildegardis in Köln) noch gering, aber die vorläufigen Ergebnisse der Evaluation von Station Silvia sprechen für sich. Die Patienten sind dort ruhiger, stürzen weniger und zeigen eine geringe Weglauftendenz. Letztendlich wirkt sich diese Entwicklung auf den Genesungsprozess und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz aus. Obwohl das Thema „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“ als

prioritär eingeschätzt wird und auch sich auch Pflegende zunehmend der damit verbundenen Herausforderung bewusst sind, sind nach wie vor Barrieren vorhanden, die es konsequent zu überwinden gilt. <<

Literatur



Angerhausen S., Bachmann S. (2012) GSP - Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (Hrsg.) Menschen mit Demenz im Krankenhaus – Ein Wegweiser. Projekt „Blickwechsel Demenz. Regional.“ http://www.blickwechseldemenz.de/progs/toe/gsp/projekt/demenz/content/e2615/e3878/e6479/web_Wegweiser_GSP-2.pdf Zugriff am: 24.01.2016.

Bowlby Sifton C. (2011) Das Demenz-Buch. Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige und Pflegende. 2. überarb. Aufl. Hans Huber, Bern.

Bryden, C. (2005) Mein Tanz mit der Demenz. Trotzdem positiv leben. Bern. Huber.

Hoffmann J. G. (2015) Der demenzkranke Patient (über)fordert das Krankenhaus. Kongress Pflege Berlin, 30.01.2015. <http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2015/dokumente/presentationen/Hoffmann-Jochen-Gerd-Demenzkranker-Patient-im-Krankenhaus.pdf> Zugriff am: 25.01.2016.

Isfort M., Klostermann J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014) Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf Zugriff am 25.01.2016.

Taylor R. (2008). Alzheimer und ich. Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf, Huber, Bern

Autorenkontakt:

Sylke Werner ist Altenpflegerin und hat den Abschluss B.Sc. in Gesundheits- und Pflegemanagement. Sie arbeitet als Trainerin in der Pflegeausbildung.
Kontakt: Sylke.Werner63@web.de

> Auflagen und Wickel bei Menschen mit Demenz

„Nicht Alles in trockenen Tüchern“

JUTTA SCHOFER

Dementielle Veränderungen lösen bei den Betroffenen häufig Ängste und andere negative Gefühle aus. Zuwendung und Verständnis sind daher umso wichtiger. Gesten wie die Verabreichung von Wickel und Auflagen wirken dabei ausgleichend und beruhigend. Auch wenn solche Behandlungen allzu simpel erscheinen, werden sie von Dementen durchaus als positiv empfunden und können wertvoller Bestandteil im Pflege- und Betreuungsprozess sein.

Eine dementielle Veränderung geht für die meisten Menschen mit vielen negativen Empfindungen einher. Der Alltag fällt zunehmend schwerer: Defizite und Verluste verängstigen und machen unsicher. Vieles kann aufgrund der kognitiven Einschränkung nicht mehr eingeordnet werden. Die Erfahrung zeigt, dass häufig Menschen im Rahmen ihrer dementiellen Veränderung Kontakte nach außen abbrechen und sich einsam fühlen, seitens der Angehörigen bestehen Unsicherheiten, was sie Sinnvolles an Betreuung in dieser Situation anbieten können. Auflagen und Wickel stellen nicht nur ein Angebot im Bereich der Pflege, sondern sind auch eine spezielle Form der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung. Angehörige sind dankbar, wenn sie konkrete Vorschläge bekommen, was sie ihren Lieben zusätzlich anbieten können. Auch wenn es nur „Kleinigkeiten“ sind – aber Bedeutende!

Auflagen und Wickel sind für viele unserer Bewohner, Patienten, Tagesgäste etwas Bekanntes. Sie können mitreden, sich darüber austauschen oder wertvolles Wissen an Mitarbeiter und Angehörige weiter geben. Selbst wieder mehr im Mittelpunkt zu stehen und sich wichtig fühlen bedeutet, das eigene Ich zu stärken. (Kindheits-) Erinnerungen werden wieder geweckt: umsorgt zu werden, sich behütet zu fühlen, begleitet zu werden oder selbst für jemanden Sorge tragen zu dürfen.

Bei Menschen mit einer dementiellen Veränderung bleiben Gefühle lange Zeit unverändert erhalten. Es wird vermittelt, dass jemand Zeit für mich hat und sich meiner annimmt. Ich bin nicht alleine und erfahre Zuwendung, Anerkennung und Wertschätzung, vielleicht

sogar Trost über das Medium Auflage oder Komresse. Auflagen und Wickel sind mit Zuwendung und Berührung verbunden. Diese wird als beruhigend und angenehm empfunden und lässt viele Menschen zur Ruhe kommen. Lokale Wärme leistet hier einen wichtigen Beitrag, da Wärme häufig angenehme Assoziationen wie Geborgenheit, Heimat oder Mutters Schoß hervorruft.

Breites Spektrum von Methoden

Für den Einsatz von Auflagen und Wickel bei Menschen mit Demenz steht ein breites Spektrum von Methoden zur Verfügung, die zum Teil durch Angehörige durchgeführt werden können oder ohne allzu großen Aufwand in der Pflege und Betreuung integriert werden können. Einen Einblick über verschiedene Möglichkeiten und deren Indikationen sind in den unten stehenden Grafiken aufgeführt.

Bei Menschen mit Demenz bieten sich insbesondere „milde Anwendungen“

und die unter „sonstigen Auflagen“ aufgeführten Anwendungen an. Allerdings sind unter Beachtung entsprechender Voraussetzungen auch intensive Wärme- oder Kälteanwendungen möglich. Konkrete Beispiele finden sich im Folgenden:

Kirschkernkissen

Ein erwärmtes Kirschkernkissen wärmt nicht nur kalte Hände oder Füße, sondern vermittelt ein Wohlgefühl und entspannt Körper und Seele. Je nach individueller Biographie des Menschen mit dementieller Veränderung kann diese auch Erinnerungen wecken. Ein Kirschkernsäckchen dient als hilfreiche Unterstützung zum Einschlafen oder bei innerer Unruhe. Zugleich regt es zum Bewegen und Beschäftigen an und fördert das Tastempfinden. Biografische Aspekte lassen sich auch durch die Auswahl der Bezüge berücksichtigen.

Das Kirschkernkissen kann im Backofen bei 150°C 10 bis 15 Minuten oder in der Mikrowelle bei 600 bis 850 Watt ein bis zwei Minuten mit einem halben Glas Wasser erwärmt werden. Durch das Wasser wird ein Brennen der Kirschkerne verhindert und die abgegebene Wärme wird durch die Feuchtigkeit angenehmer und intensiver. Wichtig ist vor dem Auflegen des Kirschkernsäckchens ein gutes Durchmischen der Kirschkerne und die Überprüfung der Temperatur, da Menschen mit Demenz ein verändertes Temperaturempfinden

	(Lavendel-) Ölkompresse – Wickel und Auflagen
Indikation	Nervosität und Unruhe, Schlafstörungen (eher abends), Anspannung, Kältegefühl, Erkältung
Material	Material: Komresse, natives Olivenöl, evtl. Lavendelöl (<i>Lavandula officinalis</i>), Butterbrotpapier/Alufolie, 2 Wärmflaschen, Außentuch
Dosierung	1-2 EL Olivenöl / Komresse Lavendelöl: 0,5-2%ige Mischung (z.B. in der Apotheke mischen lassen)
Zubereitung	Ein Leinenläppchen/Komresse wird auf ein fettgedichtetes Butterbrotpapier/Alufolie (ca. 3x so groß) gelegt und mit 40-50 Tropfen (ca. TL Olivenöl) beträufelt und eingepackt. Zwischen 2 Wärmflaschen oder auf einem Teller, welcher auf einem Topf mit kochendem Wasser steht, anwärmen und ein Außentuch, z.B. ein Waschhandschuh als Kleiderschutz mit anwärmen.
Auflagestelle	Brust (Sternbereich); ein mal täglich bei Bedarf

haben und zusätzlich die Kommunikation eingeschränkt ist.

Ölkompresse

Bei einer Ölkompresse wird ein (Leinen-) Läppchen oder Taschentuch beispielsweise mit Olivenöl übergossen, in Alupapier/Butterbrotpapier eingewickelt oder in eine Plastiktüte gelegt und dann zwischen zwei Wärmflaschen angewärmt (Bild d) und auf die Haut aufgelegt. Zum Schutz der Kleidung kann die Komresse mit Rohwolle als Außentuch (Bild e) oder nur mit einem Waschhandschuh bedeckt und bei Bedarf mit einem Wollschal fixiert werden.

Dem Olivenöl kann auch ein ätherisches Öl zugegeben werden, wobei sich hier beispielsweise Lavendelöl anbietet (siehe Kasten). Der Duft von Lavendel wird häufig auch von Menschen mit dementieller Veränderung (wieder)erkannt und vermittelt dadurch ein Gefühl von Sicherheit. Lavendel beruhigt, gleicht aus und verhilft zu leichterem Einschlafen und erwärmt auf eine sanfte Weise. Johanniskrautmazerat wurde früher in vielen Familien selbst hergestellt, so dass das Schütteln der Blüten in der Flasche dann ein bekanntes Bild darstellt und der Duft gekannt wird. Johanniskraut wirkt beruhigend und lindert Verspannungsschmerzen.

Wichtig ist vor jeder Anwendung sich mit den jeweiligen ätherischen Ölen oder Mazeraten auseinander zu setzen, da es individuelle Kontraindikationen oder Besonderheiten bei der Anwendung gibt. Eine Verträglichkeitsprobe mit einigen Tropfen des Öls in der Armbeuge wird vor einer großflächigen Anwendung angeraten. Zeigt sich innerhalb 24 Stunden keine Rötung oder Juckreiz, kann die Komresse mit dem Öl angewendet und ggf. auch über Nacht belassen werden. Bei einer Erkältung verschafft sie zusätzliche Erleichterung. Für Menschen mit Demenz eignet sich eine Ölkomresse auch als festes Ritual am Abend.

Feuchtwarme Komresse

Wenn im Alltag dem Gefühl nach sauberen Händen nicht Rechnung getragen werden kann, bietet sich eine feuchtheiße (-warme) Komresse an. Pro Person wird ein Waschhandschuh ausgehend von der geschlossenen Seite eng gerollt in eine Box mit Deckel gelegt und mit heißem Wasser übergossen. Überschüssiges Wasser wird durch sanftes



a Kirschkernsäckchen, b Plüschtier mit Kirschkerninlay, c Komresse auf Aluminiumpapier zur Verwendung als Ölkomresse, d Erwärmung einer mit Plastiktüte umhüllten Ölkomresse mittels Wärmflaschen, e Mit Rohwolle gefüllter Waschhandschuh, f Herstellung einer Ruck-Zuck-Dampfkomresse

Schütteln aufgesaugt, die Wärme bleibt durch den Deckel länger erhalten. Bei Bedarf kann vorab auch ätherisches Bergamottöl mit Emulgator (z.B. Milch) dem Wasser zugemischt werden. Diese Kompressen werden zum Beispiel vor dem Mittagessen ausgeteilt oder können zu einem festen Bestandteil nach Beendigung der Mahlzeiten mit Fin-

gerfood angeboten werden. Die Wärme unterstützt die Beweglichkeit der Hände und kann ein selbstständigeres Essen ermöglichen. Zudem verschafft der Duft von Bergamotte eine angenehme Raumatmosphäre und hebt die Stimmung. Ätherisches Bergamottöl löst gut Fettrückstände und ist im Vergleich zu anderen Zitrusölen hautfreundlich.

Intensive Wärmebehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Ruckzuck-Dampfkomresse • Kartoffelauflage • Leinsamenkomresse
Milde Wärmebehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Ölkomresse • Körperwarme Quarkauflage • Bienenwachskomresse
Milde Kältebehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Wadenwickel • Erbsen- oder Kirschkernsäckchen • Quarkauflage
Anwendungen mit hautreizenden Substanzen	<ul style="list-style-type: none"> • Ingwerkomresse • Meerrettichauflage
Sonstige Auflagen	<ul style="list-style-type: none"> • Kirschkernsäckchen • trockene Kräutersäckchen

Spektrum der Möglichkeiten für Wickel und Auflagen



Foto: Africa Studio/Jack/Fotolia

Gesten wie die Verabreichung von Auflagen wirken auf Menschen mit Demenz häufig ausgleichend und beruhigend.

Ruckzuck-Dampfkompresse

Bei degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates (wie z.B. Arthrosen) sowie eingeschränkter Mobilität können schmerzhafte Verspannungen der Muskulatur (Myogelosen) auftreten. Hier kann eine Ruck-Zuck-Dampfkompresse lindernd unterstützen. Es wird ein Waschhandschuh mit heißem Wasser übergossen, mit Haushaltshandschuhen gut ausgewrungen, zusammengelegt und in einen zweiten Waschhandschuh gelegt. Um ein Herausfallen des inneren heißen Handschuhs zu vermindern, sollte der Außenhandschuh mit einem Druckknopf verschlossen werden. Die Kompresse kann auf verspannte oder kalte Stellen

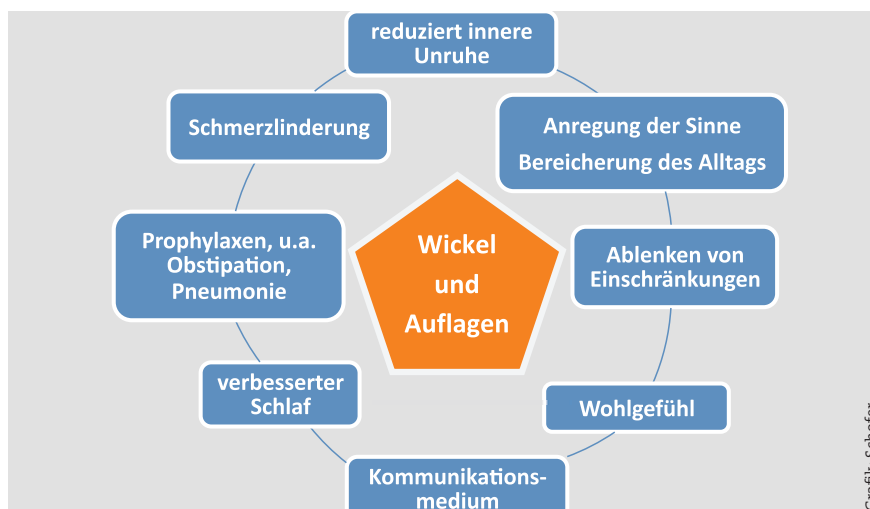
selbst aufgelegt werden. Wichtig ist, die Temperatur vor dem Auflegen zu überprüfen, beziehungsweise bewusst die Kompresse nur warm anzubieten. Sofern möglich sollte bewusst der Patient vor Durchführung in den Ablauf mit einbezogen werden (wie zum Beispiel „Wo möchten Sie die Wärme?“), was für Eigenverantwortung und Selbstbestimmung förderlich ist. Wichtig ist, bei allen Anwendungen fachkompetenten Rat einzuholen. Die Ausführungen sind nicht vollständig und können hier nur einen Einblick geben.

Daneben gibt uns der Einsatz von „Wickel und Auflagen“ in der Pflege und Betreuung von Menschen mit dementieller Veränderung eine Möglichkeit die Qua-

lität unserer Arbeit zu verbessern und kreativ zu sein, was sich auch positiv auf die Zufriedenheit im Arbeitsalltag auswirkt. Davon profitieren wiederum Bewohner, Patienten oder Tagesgäste.

Sinnliche Angebote

In meinen Fortbildungen werde ich immer wieder gefragt, was wir bettlägerigen Menschen mit einer dementiellen Veränderung anbieten können. Mit Auflagen und Wickel eröffnen sich neue Möglichkeiten, um die Lebensqualität durch sinnliche Angebote zu bereichern. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Auflagen und Wickel ein wertvoller Bestandteil im Pflege- und Betreuungsprozess sein können. Es findet ein Zusammenspiel von zahlreichen Faktoren statt, wie Zuwendung, achtsame Berührung, Wärme/Kälte oder die Kraft der Heilpflanze. Die überwiegende Mehrzahl von uns, die wir „Wickel und Auflagen“ in Pflege und Betreuung regelmäßig einsetzen, haben darüber hinaus auch reichlich positive Eigenerfahrungen mit „Wickeln und Auflagen“ gesammelt, was sich günstig in der Anwendung auswirkt. Auch aus diesem Grund möchte ich Ihnen ausdrücklich nicht nur das Anwenden von „Wickel und Auflagen“, sondern auch eigene Erfahrungen ans Herz legen. <<



Grafik: Schofer

Zielsetzung einer Anwendung von Wickel und Auflagen



Literatur

„Wickel und Auflagen - Alternative Pflegemethoden erfolgreich anwenden“, Annegret Sonn/ Ute Baumgärtner / Brigitte Merk, Thieme Verlag, 3. Auflage, Stuttgart , 2010

Autorenkontakt:

Jutta Schofer, Altenpflegerin, Aromachologin FE, Fachfrau für Wickelanwendungen, Klangmassagepraktikerin (Peter Hess), Gerontopsychiatrische Fachkraft, Lehrerin für Pflegeberufe, Dozentin in der Fort- und Weiterbildung am Diakonischen Institut für Soziale Berufe Dornstadt
Kontakt: Jutta.Schofer@gmx.de

> Die aus dem Quartier und wir

Miteinander leben im Wohnbezirk

SANDRA BENSCH

Seit 38 Jahren ist Margot Weidenfelder in der Pflege tätig. Erst als Gemeindefrankenpflegerin, später in einer christlich getragenen Beratungsstelle für pflegende Angehörige. In Schwäbisch Hall managt sie seit sechs Jahren 63 Wohnungen nach dem Konzept des Betreuten Wohnens. Die Arbeiterwohlfahrt ist Träger der Wohnanlage. Am Rande des Wolpertshausener Fachtages „Alter und Pflege“ kamen wir ins Gespräch über ressourcenorientierte Ansätze in der Pflege. Daraus folgte ein Interview, in dem sie erzählte, wie Menschen im Quartier einander helfen und gut tun und sich dadurch Lebensqualität erhöht.

Was sagen Menschen, wenn man sie fragt, was sie sich fürs Alter wünschen? „Gesund bleiben“ ist eine häufige Antwort. Selbstständigkeit und Lebensqualität sind oft mit dem Gefühl des Gesundseins verbunden. Aber, so weiß Margot Weidenfelder, für die Beratung zur Erhaltung der Selbstständigkeit hat sich früher kaum ein Träger interessiert. Heute sei das anders, meint sie. Gleichzeitig habe sie selbst interessante Wege gefunden, um Selbstständigkeit älterer Menschen zu fördern.

Fürs normale Leben zu labil, fürs Pflegeheim zu fit

Margot Weidenfelder überlässt die Besetzung der Wohnungen nicht dem Zufall. Denn: „Sie müssen schon genau schauen, wer mit wem auf einer Etage wohnt. Wer passt besser mit Landfrauen zusammen oder eher mit einem Professor.“ Immer wieder überlege sie, wer auf wen „ein Auge“ haben bzw. für jemanden förderlich sein könnte. Dann konstruiere sie „Dreierpakete“, wie sie das Zusammenleben von Bewohnern in drei Appartements pro Etage liebevoll nennt. Die Seniorenanlage sei überwiegend von Frauen bewohnt. Auf einer Etage leben beispielsweise eine türkische Frau, die nicht so gut Deutsch spreche, mit einer Landfrau, welche gerne helfe und einer, die sich eher zurückziehe. Auf einer weiteren eine rüstige Frau mit einer hochaltrigen und einer 40-Jährigen, die wegen Spastiken stark in ihrer Mobilität

eingeschränkt sei. „Die 40-Jährige und die Hochaltrige beschäftigen sich viel miteinander.“, weiß Margot Weidenfelder. Wenn sie merke, dass Menschen gut zusammenpassen, ermuntere sie diese durch Einladungen und Besichtigungsangebote, intensiver über einen Einzug in die Wohnanlage nachzudenken. So habe sie zum Beispiel die Kinder der türkischen Bewohnerin ermutigt, diesen Schritt zu wagen. „Obwohl die türkische Frau kaum Deutsch spricht, hat sie Kontakt und trifft sich mit anderen Bewohnerinnen. Sie redet einfach türkisch mit ihnen.“, weiß Margot Weidenfelder. „Es gibt allerdings auch Menschen, die so pflegebedürftig sind, dass wir deren Betreuung nicht gewährleisten können.“, fügt sie hinzu.

Derzeit seien alle 63 Wohnungen belegt. 73 Menschen leben hier, das heißt, auch Ehepaare entscheiden sich für den Einzug ins Betreute Wohnen. Zuletzt sei eine Frau mit ihrem schwer kranken Mann eingezogen. Sie habe ihn in der gemeinsamen Wohnung gepflegt und er sei drei Wochen nach dem Einzug verstorben. Nun wohne sie hier allein, ganz in der Nähe der Kinder. „Menschen benötigen für den Übertritt ins Betreute Wohnen eine kompetente Beratung, denn damit beginnt ein neuer Lebensabschnitt und dann sollten sich die Menschen herausuchen können, mit wem sie diesen verbringen.“, betont Margot Weidenfelder. „Wir haben einige, die sind schon eine Weile hier. Zum Beispiel eine hundertjährige Dame, die

bereits siebzehn Jahre hier wohnt. Andere fünfzehn und zehn Jahre.“ Aber: „Der Zeitraum wird immer kürzer.“ Einziehen dürfe man in der Regel mit sechzig. Oft seien die Menschen aber älter. Margot Weidenfelder stellt fest: „Die meisten kommen ins Betreute Wohnen, weil sie nicht mehr Treppen steigen können. Oder weil sie nicht allein sein wollen.“ Für das normale Leben seien sie zu labil, für das Pflegeheim zu fit. Das Konzept des Betreuten Wohnens sei jedoch teilweise unbekannt oder es existieren falsche Vorstellungen. Daher nehme sie sich viel Zeit für die Beratung Betroffener und Angehöriger. Gelernt habe sie: „Manche brauchen länger, manche muss man gezielt ansprechen.“ Sind die Leute dann eingezogen, stelle sie fest: „Die meisten leben sich hier sehr schnell ein.“ Der Einzug ins Betreute Wohnen mache etwas mit den Menschen: „Sie leben auf und kommen zu Kräften, weil sie wieder unter Menschen sind.“ Ein Aufzug pro Wohnhaus verbinde die Etagen miteinander. Die Leute kommen wieder vor die Tür. „Alle vierzehn Tage klingelt das Eierauto auf dem Hof. Viele Bewohner treffen sich dort. Und gerade einmal 200 Meter weiter ist ein Handelshof, auf dem sie sich mit Lebensmitteln und weiteren Dingen versorgen können.“

Lebendige Wohnanlage

Bei der Frage nach Aktivitäten im Betreuten Wohnen kommt Margot Weidenfelder regelrecht ins Schwärmen: „Wissen Sie, wir haben ja eigentlich nicht viel Platz zum Zusammenkommen, nur einen Gemeinschaftsraum. Das ist unser Gänsberg-Café.“ Traditionell werde Mitte November das Winterfeuer gezündet, dann sitzen die Bewohner vor der Tür, singen und wärmen sich am Feuer. Einmal in der Woche werde gemeinsam gefrühstückt, montags Gymnastik gemacht, donnerstags gesungen, einmal im Monat gestopft und geflickt. „Alles ist freiwillig, es kommen die Leute zusammen, die Lust dazu ha-



Foto: firstflight/Fotolia

Viele ältere Menschen schätzen die vielfältigen Aktivitäten in Anlagen für Betreutes Wohnen, aber auch die Möglichkeit für soziale Kontakte.

ben. Aber unser Plan geht auf: Wir wollten, dass die Menschen hier Kontakte knüpfen und das ist gelungen.“, freut sie sich. Im Gänsberg-Café verkehren aber die Bewohner nicht nur unter sich. Menschen, die außerhalb der Anlage im Wohnbezirk leben, machen bei Veranstaltungen mit oder mieten sich ein. „Wir haben hier eine Quartiersgruppe; das sind Leute, die im Viertel wohnen, aber nicht hier im Haus. Wir nennen das Programm ‚Leben im Viertel‘. Da wird zum Beispiel in der Gemeinschaftsküche gekocht. Vierzehn Personen können daran teilnehmen – aus dem Quartier und hier aus dem Haus.“

Diese Angebote haben sich überwiegend „aus sich selbst heraus“ entwickelt. Im Viertel lebe zum Beispiel ein Professor, der Philosophische Abende im Gemeinschaftsraum anbietet. Mittlerweile seien die Teilnehmer gemeinsam ins Theater und Museum gegangen, weiß sie. Es haben sich auch Menschen aus Wohnanlage und Quartier zusammen gefunden, die gemeinsam Aktivitäten anbieten, zum Beispiel ein Sänger und eine Lehrerin. Sie begleite den Bariton am Klavier. An den Auftritten beteiligen sich Menschen aus Haus und Viertel und

singen mit. Nicht nur durch „Leben im Viertel“ kommen die Angebote, sondern auch vom Ortsverein der Arbeiterwohlfahrt. Da sei zum Beispiel der vierzehntägige Skatabend, zu dem sich Be- und Anwohner treffen. Oder der Heilig-Abend kurz vor Weihnachten; eine Feier für Menschen, die alleine sind. Es gebe einen gedeckten Tisch, an den praktisch jeder kommen könne, meint Margot Weidenfelder. Manche bringen ein Geschenk mit. „Wichtig ist nicht, was oder wieviel jemand gibt. Vielmehr, dass die Menschen zusammenkommen und die Zeit miteinander genießen.“

Hier finden auch Menschen als Paar zusammen

Männer seien rar in der Wohnanlage, sodass aus der Not eine Tugend gemacht werden müsse. Der „Sonntagskaffee mit Tanz“ sei mit einem 65-jährigen leidenschaftlichen Tänzer und Margot Weidenfelder nur angelaufen, weil beide die Männerschritte tanzen konnten. Sie mussten erst weiteren Frauen die männlichen Schrittfolgen beibringen. Dann wiederum konnten Pärchen tanzen. Heute sei diese Veranstaltung eine

feste Größe im Betreuten Wohnen. Man bringe Kaffee und gebackenen Kuchen mit. „Mittlerweile kommen auch Leute aus dem Quartier“, schmunzelt Margot Weidenfelder, „Hier finden auch Menschen als Paar, als Mann und Frau, zusammen.“ Gefragt nach Mehrgenerationsprogrammen wird sie ruhiger. „Ich habe neun Enkel, die gehen hier ein und aus. Aber Programme wie ‚Gemeinsam mit Kindern Plätzchen backen‘ oder ‚Singen‘ wirken eher aufgesetzt.“ Sie habe es aber weiterhin auf der Agenda, es müsse allerdings etwas Vernetzendes und Weiterführendes sein. Eine Theaterpädagogin habe sich zum Beispiel angeboten, mit Kindern und Bewohnern ein Stück einzuüben, welches dann für alle vorgestellt werden soll. Bei der Demenzarbeit wird sie konkreter. Einmal in der Woche gebe es ein Demenzcafé von 14.00 bis 17.00 Uhr, welches von einer Altentherapeutin geleitet werde: „Wir arbeiten nach dem Konzept der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg und können durch die vielen Ehrenamtlichen eine Eins-zu-Eins-Betreuung gewährleisten.“ Sie besuchen mit den Betroffenen Museen, machen Spaziergänge und regen mit Spielen und Gesprächen Körper

und Geist der Teilnehmer an. „Durch die vielen Ehrenamtlichen hat man eher das Gefühl, es ist ein ganz normaler Nachmittagskreis.“

Kultur des gegenseitigen Helfens

In der Wohnanlage sei, wie überall, nicht jeder Tag eitel Sonnenschein. „Die Konflikte bleiben aber eher im Einzelnen.“, resümiert Margot Weidenfelder. „Wir haben keine Parteienbildungen oder Gruppen, die gegeneinander Interessen austragen.“ Sie bezeichnet die Stimmung im Haus vielmehr als „Kultur des gegenseitigen Helfens.“ Ganz wichtig sei, Raum für Gespräche zu lassen: „Die Bewohner wissen, dass vormittags meine Bürotür offen steht und sie zu mir kommen können. Hier können sie ihre Belange äußern.“ Diese Gelegenheit werde auch gern von Bewohnern genutzt, die nicht so gerne mit anderen zusammen sind. „Hier wohnt ein Herr, der lebt sehr zurückgezogen. Er kommt kaum zu den Veranstaltungen. Sein Äußeres entspricht eher nicht der Norm, aber er wird von den anderen akzeptiert. Wenn er will, nutzt er mich oder den Hausmeister als Anlaufstelle.“ Kontakt zu allen Bewohnern zu haben, ist Margot Weidenfelder wichtig: „Es ist mir wichtig, dass sich die Leute bei mir abmelden, wenn sie länger nicht da sind. Dann weiß ich, dass alles in Ordnung ist.“

Der Bewohnerbeirat, bestehend aus drei Bewohnern, Margot Weidenfelder, dem Geschäftsführer und Vorstandsmitgliedern des Arbeiterwohlfahrt-Ortsvereins, entscheiden über bevorstehende Aktivitäten. Von Vorteil erweise sich die Angehörigeneinbindung zum Sommer- oder Weihnachtsfest. Margot Weidenfelder lädt die Bewohner und deren Angehörige ein und fragt freundlich nach möglichen Hilfen, zum Beispiel Kuchen backen oder Musikgestaltung. So komme sie noch enger mit den Angehörigen in Kontakt, für die sie sowieso grundsätzlich zur Verfügung stehe. Sei es bei Problemen mit der Pflegeversicherung oder im familiären Miteinander. „Es ist gut, die Angehörigen zu kennen und häufig geschickter, wenn diese das Familienmitglied um etwas bitten und nicht wir. Zum Beispiel, wenn es beim Blumengießen im Obergeschoss übertrieben wird und dem nächsten vors Fenster tropft.“ Gegenseitige Toleranz

Zusammenfassung

Margot Weidenfelder leitet das Betreute Wohnen der Arbeiterwohlfahrt in Schwäbisch Hall. Sie berichtet, wie Quartiersarbeit die Selbstständigkeit im Alter fördert. Wie sie das Zusammenleben älterer Menschen im Quartier organisiert und worauf es dabei ankommt. Wer passt zusammen und wer eignet sich für welche Aktivitäten. Menschen sind verschieden, mit unterschiedlichem Hintergrund und einer ganz persönlichen Geschichte. Das fließt in ihre Arbeit im Umgang mit den Senioren ein. Selbst schon fast 60 Jahre alt, sei ihr wichtig, mehr Menschen die Vorteile des Konzepts der Wohngemeinschaft im Alter näher zu bringen. Außerdem wünsche sie sich, dass ehrenamtliches Engagement zukünftig mehr wertgeschätzt werde.

Schlüsselwörter: *Quartiersarbeit, Betreutes Wohnen*

sei wichtig. Jeder sei recht so, wie er ist. Es lebe zum Beispiel ein geistig behindertes Ehepaar hier. Da habe Margot Weidenfelder am Anfang Bauchweh gehabt: Werden die anderen Bewohner das Paar akzeptieren? „Die beiden haben ihr Leben lang allein gelebt. Sie kocht und backt, gemeinsam gehen sie in die Stadt einkaufen.“ Es stellte sich heraus: „Es klappt wunderbar.“ Auch gegenüber Kollegen gelte Wertschätzung als oberstes Prinzip.

Margot Weidenfelder lobt ihre engagierten Mitarbeiter und deren Fähigkeiten. Eine Grundschullehrerin sei zum Beispiel als Betreuungsassistentin eingestellt und kümmere sich intensiv um die Bewohner. Viele Aktivitäten im Gänsberg-Café seien ihr zu verdanken. Nach außen gebe Margot Weidenfelder ebenfalls gern im Interesse der Wohnanlage Aufgaben ab: Eine Bäuerin erneuere zum Beispiel im Foyer regelmäßig das Blumenbouquet; ein Journalist lese das monatliche Veranstaltungsprogramm Korrektur. Dem Geschäftsführer der Arbeiterwohlfahrt gegenüber äußert sie Dankbarkeit für ihre großen Handlungs- und Entscheidungsspielräume. „Es besteht eine hohe gegenseitige Wertschätzung und Vertrauensbasis.“

Müllsammelecke als „Gesundheitscheckpunkt“

Den Ausdruck „Man kennt sich“ wiederholt Margot Weidenfelder oft im Interview. Er drückt aus, dass die Menschen der Wohnanlage füreinander da sind und aufeinander aufpassen. Sogar die Müllabgabe bekommt einen krankheits- und pflegepräventiven Charakter, wie folgender Bericht zeigt: „Wir haben einen Hausmeister, der arbeitet hier seit

1996, von Beginn dieser Wohnanlage an. Da er hier wohnt, sieht er die Bewohner als seine Nachbarn. Und für die fühlt er sich in gewisser Weise auch verantwortlich. Er guckt zum Beispiel morgens: ‚Gehen alle Rollläden hoch?‘. Dienstags und freitags bringen die Bewohner ab neun Uhr ihren Müll zur Sammelecke. Das hat sich als regelmäßiger Treffpunkt eingebürgert. So weiß der Hausmeister spätestens ab zehn: ‚Wer hat heute gefehlt? Wer kam kraftloser daher?‘ Da wir um diese Zeit unsere Mitarbeiter-Kaffeepause haben, gesellt er sich zu uns und berichtet seine Eindrücke. Ich gehe dann auf die Bewohner zu und schaue mir das noch einmal genauer an.“ Es komme vor, dass sich Zustände verschlechtern und zum Beispiel Pflegestufenanträge gestellt werden müssen.

Margot Weidenfelder ist den Bewohnern dabei behilflich: „Wir haben Kontakte zu mehreren Pflegediensten, stehen aber dem Bewohner nur beratend zu Seite. Auswählen muss er schon selbst, sodass wir bereits verschiedene hier im Haus hatten.“ Sie gehe mit den Bewohnern manchmal auch ins nahegelegene Pflegeheim, wenn diese sich das „schon mal angucken wollen“. Immer wieder höre sie dann, dass die Bewohner im Betreuten Wohnen bleiben wollen. Es sei, so gibt sie zu, allerdings nicht möglich, in der Wohnanlage zu bleiben, wenn die Bewohner bei fortschreitender Demenz nachts aktiv werden.

Das Quartier vernetzt sich

In den vielen Jahren ihrer Pflegearbeit hat Margot Weidenfelder die Arbeit ehrenamtlicher Helfer sehr zu schätzen gelernt. Sie nennt sie liebevoll „Kümmerer“. „Wissen Sie, es gibt einfach



Margot Weidenfelder im Gespräch mit Bewohnern der Senioren-Wohnanlage der Arbeiterwohlfahrt in Schwäbisch Hall.

Menschen, die gerne helfen. Die freuen sich darüber, dass sie anderen helfen können. Ich würde deswegen nicht sagen, dass die gleich ein Helfersyndrom haben“, erklärt sie. Das Programm „Leben im Viertel“ sei zum Beispiel zwei Frauen aus dem Quartier zu verdanken, die einfach gefragt haben, ob man sich im Betreuten Wohnen für Aktivitäten treffen könne. „Denen war klar: ‚Wenn man sich vernetzen will, muss man sich treffen.‘“ resümiert Margot Weidenfelder. Es gebe eine Win-win-Situation, da die Bewohner an den Veranstaltungen teilnehmen können. Ehrenamt gehe dabei nicht nur von außen in die Wohnanlage, sondern auch raus ins Quartier. Eine Ehrenamtliche mache zum Beispiel donnerstags Ausflüge mit den Bewohnern. Darüber hinaus überlegt Margot Weidenfelder, welche Bewohner sie für Aktivitäten im Viertel begeistern könnte. Alle zwei Jahre finde zum Beispiel ein Gassenfest des Viertels statt, bei dem die Bewohner einen Flohmarkt organisieren und durchführen können. „Schon das Auspacken der Gegenstände ist ein Erlebnis für die Seniorinnen.“, schmunzelt Margot Weidenfelder. „Sie entdecken zum Beispiel eine Porzellanfigur und geraten in Entzückung, weil sie früher auch einmal so etwas besessen haben.“ Geschichten werden erzählt und Erinnerungen ausgetauscht. Biografiearbeit mitten im Geschehen. Sie bringt Menschen einander näher. Ein weiteres Fest sei die „Lange Tafel“, die jeden Herbst in der Langen Straße aufgestellt werde: „Jeder, der kommen will, bringt eine Tischdecke, Kuchen und

Kaffee mit. Die vom Viertel stellen sich mittlerweile auf unsere Bewohner ein und besorgen ein bisschen mehr Kuchen, wenn sie merken, dass diese eher mit Tischdecken und Kaffee aufwarten.“ Das Schöne sei, dass aus diesen Aktivitäten in der Regel meist noch ein bisschen mehr werde, meint Margot Weidenfelder. Sie treffe „ihre“ Bewohner mittlerweile mit Anwohnern aus dem Viertel in der Stadt. „Die werden dann einfach mit dem Auto mitgenommen.“, lacht sie. „Das macht das Leben unendlich bunter. Es ist schön zu spüren, ‚Wenn man sich begegnet, kennt man sich.‘“

Die über Neunzigjährigen sind auch mit dabei

Nach draußen gehen ist grundsätzlich ein großes Thema in Margot Weidenfelders Konzept: „Wir haben zwei Kinos im Quartier. Eines Tages kam ein Kinobetreiber auf mich zu und bot für Mittwochnachmittag eine Filmvorführung mit Kaffee und Kuchen an. Fünfzehn Uhr startet der Film. Pause ist, wenn man will. Mit zweien hat er angefangen. Jetzt ist das Kino voll.“ Man komme zusammen und man gehe wieder zusammen. Oft würden die Kinobesucher im Anschluss noch im Gemeinschaftsraum der Wohnanlage sitzen und sich über den Film unterhalten. Sogar die hundertjährige Dame sei bis vor Kurzem noch dabei gewesen. „Sie gehen als Gruppe, auch die über Neunzigjährigen sind mit dabei.“, weiß Margot Weidenfelder. Das biete eine gewisse Schutzfunktion, die weitere Aktivitäten ermögliche. Einige

Bewohner gehen zum Beispiel regelmäßig in die Grotte des örtlichen Solebads, anschließend gemeinsam essen und wieder heim. Dabei sei auch eine 94-jährige lebenslustige Frau, die in ihrem ehemaligen Zuhause nachts einen Überfall erlebte und Angst vor dem Alleinsein entwickelte. In der Gruppe habe sie die Sicherheit wiedergewonnen, die ihr allein fehlte.

Pflege fängt mit Reden an

Zum Schluss frage ich Margot Weidenfelder nach ihren Wünschen für die Zukunft. „Ach, wissen Sie, ich bin ja jetzt auch fast sechzig“, schmunzelt sie. Vielleicht reiche ihre Berufszeit noch, um Freiwillige zu finden, die im Außenbereich der Wohnanlage eine Ecke für Männer einrichten, die gern werkeln. Da könne man dann Ställe für Kaninchen bauen. Wichtiger sei ihr jedoch, mehr Menschen die Vorteile des Konzepts der Wohngemeinschaft im Alter näher zu bringen. „Wissen Sie, Pflege fängt mit Reden an. Wenn jemand kommt und sich nach unserem Wohnkonzept erkundigt, dann beginne ich meine Fühler auszustrecken. Da fängt Beziehung an. Und dann lasse ich mir sehr viel Zeit für das Erstgespräch.“ Man sei eine absolute Vertrauensperson, betont sie. Mit Sorge sehe sie zukünftigen Veränderungen entgegen, zum Beispiel, wenn für das Zusammenleben wichtige Größen wegfallen. Der Hausmeister, der sich für die Bewohner mitverantwortlich fühle, gehe bald in den Ruhestand und der nahegelegene Handelshof, in den die Bewohner einkaufen gehen, schließe möglicherweise in zwei Jahren. Die Bewohner hoffen auf Lösungen, meint sie. Und es sei ihr wichtig, dass ehrenamtliches Engagement zukünftig mehr wertgeschätzt werde. „Das müssen wir pflegen. Diese Menschen müssen wir uns erhalten. Wenn wir die nicht hätten, könnten wir einpacken.“ <<

Autorenkontakt:

Prof. Dr. Sandra Bensch ist Professorin für Pflegepraxis und Pflegedidaktik an der Katholischen Hochschule Mainz.
Kontakt: Betreute Seniorenwohnanlage „Am Gänsberg“, Margot Weidenfelder Lange Straße 52-54, 74523 Schwäbisch Hall, E-Mail: seniorenwohnanlage@awo-sha.de

> Geriatrische Langzeitpflege

Mobilitätskonzept der Bremer Heimstiftung

ELKE SCHLESSELMANN

Die Lebensqualität im vorgerückten Alter hängt im Wesentlichen auch von der Mobilität ab. Gerade ältere Menschen sind darin häufiger eingeschränkt. Die Gründe dafür sind vielfältig. So können Schmerzen im Bewegungsapparat, Depressionen, Sehbehinderungen oder Schwindel die Ursachen für die Mobilitätseinschränkung sein. Im folgenden Beitrag wird Theorie und Praxis der Mobilitätsförderung bei der Bremer Heimstiftung näher erläutert. Insbesondere welche Maßnahmen ergriffen werden, um die Mobilität soweit als möglich zu erhalten und zu fördern.

Praxis und Theorie der Mobilitätsförderung bei der Bremer-Heimstiftung

Von 2010 bis 2014 wurde bei der Bremer Heimstiftung (BHS) ein Projekt zur Mobilitätsförderung durchgeführt. Das Projekt MiA (Mobilitätsförderung im Alter) hat sich zwanglos aus den in den Einrichtungen der BHS durchgeführten Schmerzaudits ergeben. Erkenntnis des Audits ist: Schmerz und Mobilitätsminderung sind korreliert.

So wurden seit 2010 in allen Bereichen der geriatrischen Langzeitpflege die Mobilität bei ausgewählten einzelnen Bewohnern kritisch reflektiert. Bei Defiziten wurden spezielle Strategien zur Mobilitätsförderung entwickelt, in die AEDL's integrierte Maßnahmen, Einsatz von speziellen Hilfsmitteln, bis hin zur besseren Tagesstrukturierung und Implementierung von Sportgruppen.

Die BHS definiert den Begriff der Mobilität umfassend sowohl als geistige als auch körperliche Mobilität. Für diese Definition passt der übergeordnete Begriff der „Aktivität“.

Einen Zugang zum Konzept der Aktivitätsförderung liefert die Handlungstheorie von Nordenfelt (2003). Handlungen sind, was Menschen aus freien Stücken tun. Damit eine Person eine definierte Handlung durchführt, müssen nach der Handlungstheorie drei Bedingungen erfüllt sein:

- Die Person muss leistungsfähig (Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer) genug sein,

um eine definierte Handlung durchzuführen. Hierzu gehört, dass ihre Körperstrukturen und ihre körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen entsprechend vorhanden sind. Und auch die innere Möglichkeit zur Handlung (der Wunsch) muss vorhanden sein.

- Die äußeren Umstände und Gegebenheiten müssen es der Person ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit in die entsprechende Handlung umzusetzen. Hiermit sind materielle, soziale und verhaltensbezogenen Umweltfaktoren gemeint. Dies ist die äußere Möglichkeit einer Person zur Handlung.
- Es kommt nur zu einer Handlung, wenn der entsprechende Wille, die Handlungsbereitschaft oder auch Leistungsbereitschaft vorhanden ist (Schuntermann 2009).

Jede Handlung und Aktivität einer Person findet in einem Kontext statt, wobei die Handlung von der Gesellschaft, der Umwelt, von der Teilhabe an den Lebensbereichen, genauso wie von dem Organismus eines Menschen abhängig ist (Nordenfelt 2003).

Assessment und Beratung zur Mobilitätsförderung

Die Literaturanalyse zum Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ ergibt, dass alle Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, ein Risiko

aufweisen, an Mobilität zu verlieren. Demnach sind tatsächlich alle pflegebedürftigen Menschen gefährdet, mehr oder weniger immobil zu werden. Hiermit entfiel eine allgemeine Risikoeinschätzung, stattdessen wäre eine Mobilitätseinschätzung durchzuführen mit dem Ziel, Beeinträchtigungen und Ansatzpunkte zur Mobilitätsförderung zu identifizieren.

Die Pflegefachkräfte erstellen derzeit ein objektives und ein subjektives Profil, das die Mobilität beschreibt. Das objektive Profil beinhaltet die Kontraktur-, Dekubitus- und Sturzrisiko- und Schmerzerfassung. Das subjektive Profil enthält die Bewegungsvorlieben und Bewegungsinteressen sind in der Anamnese und Biografie beschrieben.

Zusätzlich hat die BHS den Service einer Gesundheitsberatung. In dieser Beratung sind insbesondere Physiotherapeuten beschäftigt. Diese führen bei allen Menschen die in die BHS einziehen, einen „Gesundheitscheck“ durch. Diese Ergebnisse gibt es durch die Bezugspflegekraft zusammenzufassen.

Ärztliche Diagnostik und Therapie

Im MiA-Projekt wurde deutlich, dass die großen „Mobilitätshemmer“

- Schmerzen des Bewegungsapparates,
- Depression,
- Seheinschränkungen und/oder
- Schwindel sind.

Deshalb muss die Aktivierung durch medizinische Diagnostik und Behandlung unterstützt und begleitet werden. Bei einer gesundheitlichen Statuserhebung sollte geprüft werden,

- inwieweit Schmerzen vorhanden sind und diese behandelt werden können,
- ob neurologische Probleme, wie kognitive Einschränkungen (Demenz) und Depressionen, die Motivation

negativ beeinflussen, genauso organische Erkrankungen wie Parkinson oder Apoplex,

- ob sich der Mensch aktiv oder eher müde fühlt, und falls er sich müde fühlt, ob dieses Phänomen mit gezielten Pausen behandelbar ist (die spontane Pause in Sitzhaltung hat negative Effekte) und ob der Mensch genügend Licht oder eine Vitamin-D-Substitution benötigt,
- ob die Beweglichkeit der Gelenke ausreichend ist, bzw. hier eine gezielte Physiotherapie oder Ergotherapie erforderlich ist, um eventuelle Probleme zu behandeln.

Beratung

Nach der Erhebung aller die Mobilität beeinflussenden Faktoren, sollte eine individuelle Beratung (evtl. im Beisein von Angehörigen) oder eine Beratung im Rahmen einer mobilitätsfördernden Fallbesprechung durchgeführt werden.

Die Beratung umfasst die Gestaltung der räumlichen Umgebung, die Nutzung von Hilfsmitteln, Integration der Mobilität in die Alltagshandlungen, die Teilnahme an Sportangeboten usw.

Das Ergebnis der Beratung ist auf dem Beratungsblatt in der bewohnerbezogenen Dokumentation zu beschreiben. Bei den regelmäßig fälligen Evaluationen wird Mobilität als eigenes Stichwort aufgegriffen.

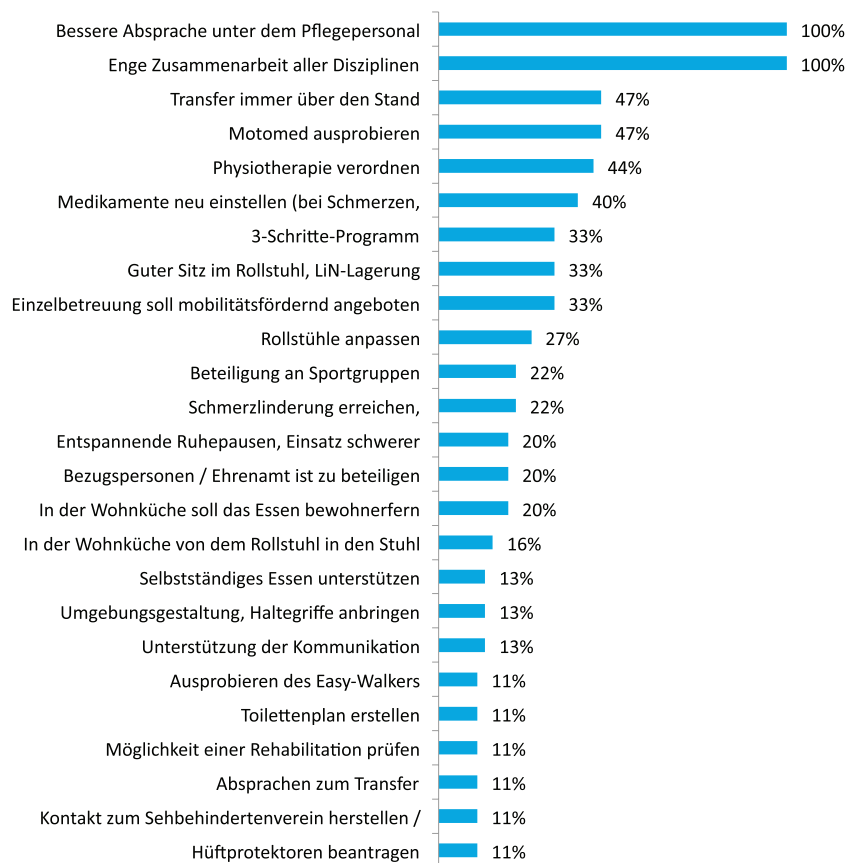
Mobilitätsförderung

Für die Erhaltung und Förderung der Mobilität werden im Expertenstandard drei verschiedene Maßnahmen unterschieden.

Diese drei unterschiedlichen Angebotsformen sollen darüber hinaus in einer Umgebung angeboten werden, die grundsätzlich die Mobilität fördert. So heißt es im Strukturkriterium zur Mobilitätsförderung: „Die Einrichtung verfügt über personelle, materielle und räumliche Ressourcen für ein zielgruppenspezifisches Angebot mobilitäts-erhaltender und -fördernder Maßnahmen sowie für eine mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung“ (DNQP 2014, 17).

Die mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung sollte in der Bremer Heimstiftung standortbezogen definiert werden. Beispiele sind hier das Vorhandensein von Sportgeräten, die Zusammenarbeit und Anwesenheit von

Welche bewegungsfördernden Interventionen wurden in den Fallbesprechungen vereinbart?



N = 45

Grafik: Brenner Heimstiftung

Mobilitätsfördernde Interventionen in der geriatrischen Langzeitpflege, Rangfolge (Auswertung Projekt MiA 2014)

Sportgruppenbzw. die Zusammenarbeit mit Sportverbänden etc.

Gezielte Gruppenangebote

In diesem Zusammenhang wird im Expertenstandard betont, dass langfristige Verhaltensänderungen hinsichtlich des Bewegungsverhaltens der pflegebedürftigen Menschen wenig wahrscheinlich sind, wenn sie lediglich aus Vernunftgründen angestrebt werden. Eigenmotivation und positive Gefühle erhöhen die Erfolgsaussichten in hohem Maße. (DNQP 2014, S. 24).

Hier sind Ergebnisse aus dem MiA-Projekt interessant die besagen, dass der größte Teil der Bewohner (27 Prozent) spazieren gehen oder spazieren fahren möchte, gefolgt von 24 Prozent der Bewohner, denen es wichtig ist, in Gesellschaft zu sein. Hiernach kommt das Interesse am Rad fahren mit 18 Prozent und Musik hören und Tanzen mit 11 Prozent. An fünfter Stelle kommt die

Selbstständigkeit in den alltäglichen Aktivitäten erhalten und das Turnen mit 9 Prozent.

Aus diesen ermittelten Vorlieben lässt sich ein Gruppenangebot ableiten, dass gerne von den Bewohnern angenommen wird.

Gezielte Einzelangebote

Im MiA-Projekt konnten Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden, welche Interventionen zur Mobilitätsförderung angeboten wurden. Diese gezielten Einzelinterventionen wurden vom interdisziplinären Team erbracht. Die Planung und Evaluierung erfolgt durch die Bezugspflegekraft.

Mobilitätsförderung bei den alltäglichen Handlungen

Die kontinuierlichste Bewegungsförderung erfolgt in den Aktivitäten des täglichen Lebens:

- essen und trinken
- ausscheiden
- waschen und kleiden
- kommunizieren
- beschäftigen

In Beratungsgesprächen mit den Angehörigen werden diese beraten wie sie sich an der Mobilitätsförderung beteiligen können.

Die einzelnen Maßnahmen werden festgeschrieben und mit den Kollegen besprochen, so dass alle in gleicherweise die Aktivität anbieten.

In diesem Kontext kann auch das 3-Schritte-Programm von Prof. Zegelin (Witten-Herdecke) integriert werden. Zegelin (2009) beschreibt ihre Projekte zur Förderung innerhalb der Aktivitäten des täglichen Lebens und schildert deren Wirkung als stimmungsaufhellend. Als Beispiele sind hier zu nennen: Jede Bewegung/Transfer dreimal zu wiederholen oder keinen Transfer mehr passiv durchzuführen, sowie das „Drei-Schritte-Programm“ (=die nächste Sitzmög-

Zusammenfassung

In dem Projekt zur Mobilitätsförderung im Alter (MiA) bei der Bremer Heimstiftung wurden in allen Bereichen der geriatrischen Langzeitpflege, die Mobilität bei ausgewählten einzelnen Bewohnern kritisch reflektiert. Bei Defiziten, besondere Strategien zur Mobilitätsförderung entwickelt. Unter anderem der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln, bis hin zur besseren Tagesstrukturierung und Implementierung von Sportgruppen. In dem MiA-Projekt wurde außerdem deutlich, dass hinter der eingeschränkten Mobilität oft Schmerzen des Bewegungsapparates, Depressionen, Sehbehinderungen oder Schwindel stecken. Die Aktivierung der in ihrer Mobilität eingeschränkten Menschen muss daher durch medizinische Diagnostik und Behandlung unterstützt und begleitet werden. Nach Erhebung aller die Mobilität beeinflussenden Faktoren, sollte eine individuelle Beratung, eventuell mit den Angehörigen, erfolgen.

Schlüsselwörter: *Mobilitätsförderung, Immobilität,*

lichkeit ist immer drei Schritte entfernt) durchzuführen.

Einführung des Mobilitätskonzeptes

Aus unserer Sicht gelingt die Einführung eines Mobilitätskonzeptes nur

interdisziplinär und nicht für alle mobilitätsfördernden Tätigkeiten sind Pflegefachkräfte erforderlich (Begleitung von Spaziergängen, Essenszubereitung). Hier ist die Einbindung von Assistenten, Ehrenamtlichen und Angehörigen erforderlich. Die zentrale Aufgabe für die

Kategorien	Maßnahmen
Hilfsmittel	Motomed, „schwere Decken“, Haltegriffe, Hüftprotektoren, Technik zur unterstützten Kommunikation, Raumgestaltung, Easy Walker.
Kooperation mit dem Arzt	Disziplinübergreifende Absprachen, Motomed (verschreiben), Physiotherapie verordnen, Medikamente überprüfen (Schmerzen, Parkinson, etc.), Tipps zur Unterstützung der Kommunikation bei Einschränkungen, Rehabilitationsmöglichkeiten prüfen, Umgang mit Sehbehinderung.
Kooperation mit dem Sanitätshaus	Disziplinübergreifende Absprachen, Motomed, Anpassen der Rollstühle, Sitzkissen im Rollstuhl.
Interdisziplinäre Kommunikation	Förderung in ATIs integrieren (Waschen und Kleiden, Ausscheiden, Essen und Trinken), über den Stand transferieren, alle Berufsgruppen (Einzelbetreuung des Sozialdienstes und Hauswirtschaft) einbeziehen, in Betreuung mehr Bewegung integrieren, Mitarbeiter der Hauswirtschaft den „Serviceansatz“ reduzieren und zu Eigenaktivität motivieren.
Therapie	Disziplinübergreifende Absprachen, neue Therapiegeräte (Motomed, Easy Walker) ausprobieren.
Pflege	Über den Stand transferieren, Motomed einsetzen, Absprachen mit dem Arzt über den Hilfsmiteileinsatz (Motomed, Physiotherapie), 3-Schritte-Programm anwenden, physiologischen Sitz im Rollstuhl unterstützen, LiN®-Lagerung anwenden, Einzelbetreuung in die Mobilitätsförderung integrieren, Rollstuhl anpassen, Beteiligung an Sportgruppen, Schmerzlinderung anstreben, Ruhepausen anbieten, ehrenamtliche Mitarbeiter einbinden, Bewohnerfern servieren (um Eigeninitiative zu fördern, die Rumpfmuskulatur zu stärken), selbstständiges Essen unterstützen, bei jeder Möglichkeit vom Rollstuhl in den Stuhl transferieren, hierbei immer über den Stand transferieren; Raumgestaltung anregen, die die Selbstständigkeit fördert, Haltegriffe anbringen, Unterstützung in der Kommunikation anbieten, Toilettenplan erstellen, Rehabilitationspotenzial prüfen, Unterstützung bei Sehbehinderung anbieten

Tabelle: Mobilitätsfördernde Interventionen, kategorisiert (Auswertung Projekt MiA 2014)

Fallbesprechung zur Förderung der Mobilität



Literatur

DNQP (2014): Arbeitsunterlage zur Fachkonferenz zum Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Thema: *Erhaltung und Förderung der Mobilität*. 28.03.2014. Schlesselmann, Elke; Walter, Benjamin (2013): *Kontraindizierte Schonung verhindern. Schmerzen und Immobilität in der geriatrischen Langzeitpflege*. Pflegezeitschrift. 66. Jg., September 2013, S. 536–539.

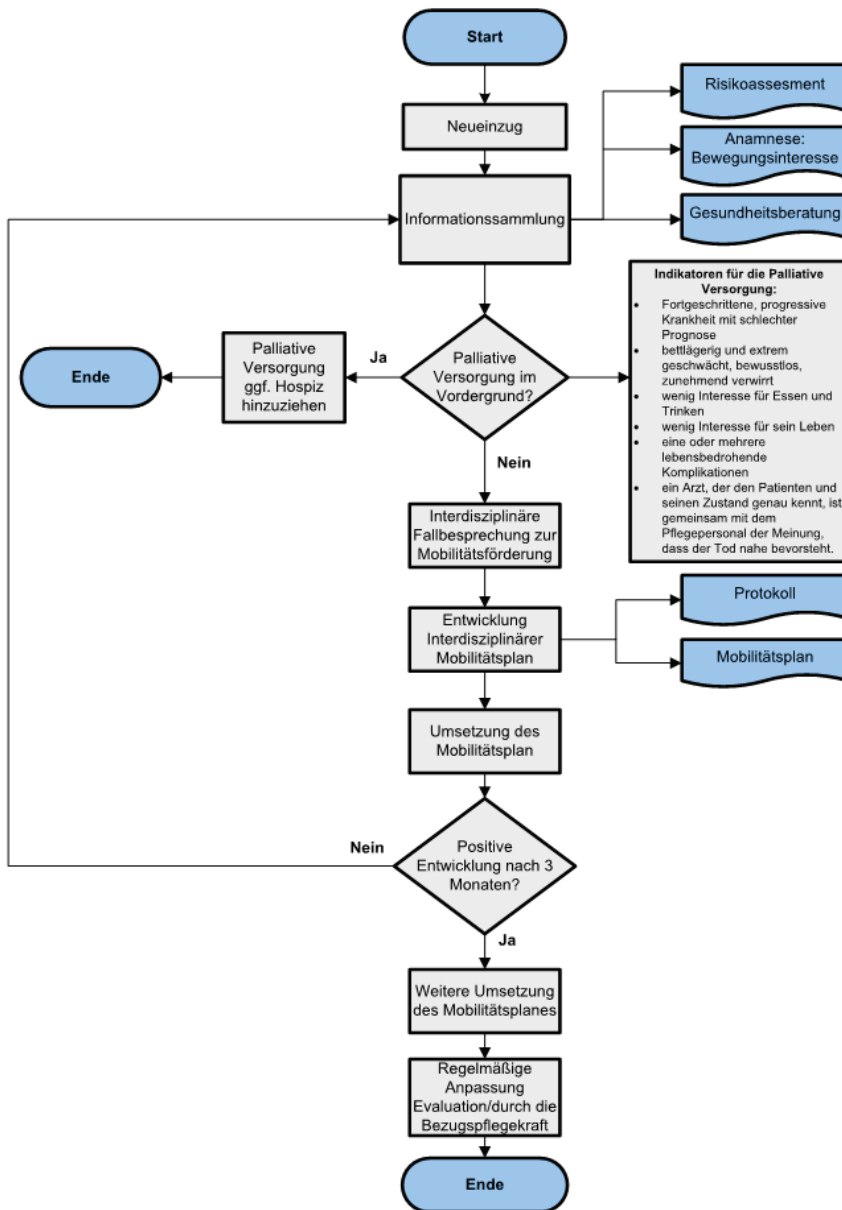
Dissertation von Schlesselmann, Elke: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00104754-14>

Nordenfelt, Lennart; Per Erik, Liss (2003): *Review of and Concepts of Health and Health Promotion*. Amsterdam; New York 2003: Rodopi. In: *The Journal of Medicine and Philosophy* 6, p. 333 f.

Schuntermann, Michael F. (2009): *Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen*. 3. überarbeitete Aufl. Heidelberg u.a.: Ecomed Medizin.

Zegelin, A. (2006): „Festgenagelt sein“ Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern et al.: Huber.

Interviews und technische Unterstützung Mehring, M.: *Mitarbeiterin Gesundheit und Rehabilitation der Bremer Heimstiftung*. Bremen, 08.07.2010; Geier, T.: *Leiter der Stabstelle Controlling der Bremer Heimstiftung*. Bremen, 1.11.2010.



Grafik: Bremer Heimstiftung

Pflegekräfte besteht in der Planung und Koordination der mobilitätsfördernden Maßnahmen und der Koordinierung der Therapie, sowie der hausärztlichen Versorgung.

Mit dem Erwin-Stauss-Institut (Fortbildungsinstitut der Bremer-Heimstiftung) sind Schulungen unterschiedlicher mobilitätsfördernder Konzepte verabredet. Diese sollen interdisziplinär und als Inhouse-Schulungen angeboten werden.

Wird im Haus ein Großer Bedarf an „mobilitätsfördernden Kompetenzen“ festgestellt, kann auf das Erwin-Stauss verwiesen werden. Mit dem Erwin-

Stauss-Institut ist vereinbart, dass Schulungen zu den einzelnen Themen: mobilitätsfördernde Hilfsmittel, Mobilitätsförderung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, mobilitätsfördernde Lagerungen etc. angeboten werden. Zudem werden bei Bedarf mobilitätsfördernde Fallbesprechungen durchgeführt.

Da bereits alle Langzeitpflegebereiche Erfahrung mit der mobilitätsfördernden Fallbesprechung im Rahmen des MiA-Projektes gesammelt haben, bietet es sich an, die Methode der Fall-Besprechung als Maßnahme der Personal-Entwicklung weiter durchzuführen. <<

Autorenkontakt:

Elke Schlesselmann, Dipl.-Pflegerwirtin, Qualitätsmanagerin, Lehrerin für Pflegeberufe, Bremer Heimstiftung -Stabsstelle Qualität.

Kontakt:
elke.schlesselmann@bremer-heimstiftung.de

> Forschung am DZNE

Fragen zu Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz

MARTINA ROES & ANNA WALDHAUSEN

Am 2009 neu gegründeten Forschungszentrum „Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) forschen Wissenschaftler zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden (nicht nur) der Demenz. Das DZNE gehört zur Helmholtz Forschungsgemeinschaft und ist das erste der von der Bundesregierung auf den Weg gebrachten Deutschen Gesundheitszentren. Finanziert wird es zu 90 Prozent vom Bund und zu 10 Prozent vom jeweiligen Bundesland des Standortes. Ziel des DZNE ist es, sowohl präventive als auch therapeutische Ansätze zu entwickeln und zu erproben.

An insgesamt neun Standorten reicht das Spektrum der Forschungsaktivitäten von der Grundlagenforschung, über klinische sowie Populationsstudien bis hin zur Versorgungsforschung. Letzteres stellt den Schwerpunkt der Standorte Rostock/Greifswald und Witten dar, d.h. wir befassen uns mit den Fragen zu Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz.

Gemeinsam mit dem Standort Rostock/Greifswald fokussieren wir fünf Schwerpunkte:

- Interventionen in der Versorgung, klinische
- Klinische Diagnosen und Interventionen
- Methodologie in der demenzbezogenen Versorgungsforschung
- Implementation und Dissemination sowie
- querliegende Themen wie beispielsweise Ethik

Am DZNE in Witten fokussieren wir Fragestellungen zur Lebensqualität, zum Verhalten und zur sozialen Inklusion. Die Bearbeitung dieser Fragen wird in vier Forschungsgruppen realisiert: Versorgungsinterventionen, Versorgungsstrukturen, Methoden in der Versorgungsforschung und Implementierungs- sowie Disseminationsforschung. Unser Standort pflegt intensive internationale Verbindungen insbesondere mit der Penn State University (USA) und der

Bradford University in Großbritannien sowie mit dem europäischen Forschungsnetzwerk InterDem.

In diesem Beitrag werden analog der oben genannten zentralen Fragestellungen ausgewählte aktuell laufende Projekte kurz vorgestellt

Forschung zur Lebensqualität – Das Projekt Demenz-Monitor. Projektleitung Bernhard Holle, Projektkoordination Rebecca Palm

Einrichtungen der stationären Altenhilfe richten ihr Angebot und Pflegeleitbild zunehmend auf die Bedürfnisse der wachsenden Gruppe von Menschen mit Demenz aus. Als Ziel einer demenzorientierten Pflege und Betreuung werden ein verständnisvoller und bedürfnisorientierter Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen sowie der Erhalt und die Förderung der Lebensqualität der Bewohner angestrebt. Bislang ist wenig bekannt, welche Konzepte und Interventionen in der Praxis Anwendung finden und welche strukturellen Faktoren die Anwendung beeinflussen. Des Weiteren besteht Forschungsbedarf, welche strukturellen und bewohnerasoziierten Faktoren das Verhalten und die Lebensqualität der Bewohner beeinflussen und bei der Untersuchung der Versorgungsqualität in den Einrichtun-

gen mit berücksichtigt werden müssen. **Erwarteter Impact:** Es liegen Daten aus drei Zeiträumen vor, so dass sich hieraus vergleichbare Erkenntnisse hinsichtlich Versorgungssituation sowie Verhalten und Lebensqualität von Bewohner mit Demenz ableiten lassen. Das Projekt leistet somit einen wichtigen Beitrag zu der Diskussion, wie aktuell strukturelle Rahmenbedingungen, Konzepte und Interventionen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe gestaltet sind und ob diese mit angestrebten Qualitätsstandards im Einklang stehen.

Forschung zum Verhalten - Projekt: Fallbesprechung bei Demenz (FallDem). Projektleitung Margareta Halek, Projektkoordination Daniela Holle

Studien belegen, dass 11 bis 65 Prozent der Bewohner von Einrichtungen in der stationären Altenhilfe herausfordernde Verhaltensweisen wie beispielsweise Aggressivität, Schreien, Apathie oder zielloses Herumirren im Verlauf ihrer Demenzerkrankung zeigen. Das Verhalten kann für die Betroffenen selbst und für ihre Umwelt sowie für Pflegenden sehr belastend sein. Die Anwendung von Fallbesprechungen in diesem Setting wird in Deutschland seitens der gesetzlichen Prüfinstanzen für den professionellen Umgang von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten in Altenpflegeheimen für Pflegenden empfohlen. Allerdings fehlen bisher klare Konzepte für deren Durchführung sowie ein eindeutiger Effektivitätsnachweis hinsichtlich der Wirksamkeit von Fallbesprechungen. Das Projekt Fallbesprechung bei Demenz (FallDem) hat deshalb zum Ziel, praxisnahe Fallbesprechungsmodelle für Menschen mit Demenz und herausforderndem



Foto: © DZNE e.V. Witten

Forscherinnen des DZNE Witten bei der Datenerhebung.

Verhalten zu entwickeln und auf deren Wirksamkeit zu überprüfen.

Erwarteter Impact: Stärkung der Fachkompetenz von professionell Pflegenden, Personenzentrierung, Fokus auf (unerkannte) Bedarfe statt Abstellen von „störendem Verhalten“.

Forschung zur sozialen Inklusion - Projekt:

LEBE. Projektleitung

Birgit Panke Kochinke

Spezifische Verlaufskurvenmodelle für Menschen mit Demenz im frühen und mittleren Stadium der Erkrankung im Vergleich zu Menschen mit Multipler Sklerose und Parkinson, die deren Bedürfnisse und Bedarfe aus Sicht der Betroffenen rekonstruieren, liegen bisher nur in Ansätzen vor. Diese werden jedoch als notwendig erachtet, um angemessene Unterstützungsangebote zu entwickeln, die die individuelle Varianz der Krankheitsverläufe berücksichtigt. Im Mittelpunkt steht die Frage danach, welche Graduierungsmodi die Bewältigung der neurodegenerativen Erkrankung im Lebenslauf beeinflussen

und bedient sich dabei der Analyse von narrativen, biographischen und episodischen Interviews.

Erwarteter Impact: Konzeptionelle Grundlage für die Entwicklung passgenauer Unterstützungsangebote.

Welche Bereiche sind für die Zukunft besonders wichtig?

Zwei Stränge zeichnen sich national und international ab: der Blick auf die Demenz und der Fokus auf forschungspraxis und -methoden

Mit Blick auf die Demenz

- Konzeptionierung von Person, Autonomie und Selbstbestimmung, sowie deren Relevanz für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Settings.
- Ethische Fragestellungen wie z.B. die Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz sowohl bei Teilnahme an Forschung als auch in der Versorgung (u.a. Gestaltung von ongoing consent).
- Einsatz intelligenter technischer Assistenzsysteme sowohl zur Unterstüt-

zung der Menschen mit Demenz, als auch deren sozialen Umfelds und der professionell Tätigen.

- Forschung zur Stabilität von und in Versorgungsarrangements (umfasst das gesamte Versorgungsspektrum)
- Wirksamkeitsforschung zur Prävention von Delir in den verschiedenen Versorgungssettings, insbesondere jedoch im Krankenhaus, etc.

Mit Blick auf die Forschung

- Die Etablierung der Implementierungs-/Disseminationsforschung einerseits als parallellaufender Part zur Interventionsforschung (entspricht im wesentlichen der Prozess-Evaluation) und andererseits als Beitrag zur Etablierung evidenzinformierter Praxis mit Blick auf die Wirksamkeit verschiedener, tailored Implementierungsmodelle oder auch der Realisierung sogenannte ‚large-scale Implementierungen‘.
- Entwicklung und Einsatz innovativer Forschungsdesigns wie beispielsweise das Stepped-Wedge Design inkl. Simulationsstudien und Mixed-Effect-Modellen
- Etablierung innovativer statistischer Analysemodelle, wie z.B. der Bayesian’sche Statistik oder auch der Konzeptionierung von Metaanalysen mit R (d.h. vergleichbarer Effekte, die nicht nur aus randomisiert kontrollierten Studien stammen), etc. <<

Weitere Informationen

Weiterführende Informationen zu allen Projekten sind auf der Website des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) im Jahresbericht nachzulesen: www.dzne.de/witten

Zusammenfassung

Am Forschungszentrum „Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) forschen Wissenschaftler zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Demenz und anderen Erkrankungen. Die Forschungsaktivitäten finden an neun Standorten statt, darunter Witten. Dort ist vor allem die Versorgungsforschung ein Schwerpunkt. Die Wissenschaftler beschäftigen sich mit Fragen zu Versorgungsstrategien für Menschen mit Demenz. Laufende Projekte sind unter anderem die Forschung zur Lebensqualität, zum Verhalten oder zur sozialen Inklusion. Dabei wird auch der Frage nachgegangen, welche Bereiche für die Zukunft besonders wichtig sind, mit Blick auf die Demenz und die Forschung.

Schlüsselwörter: *Pflegewissenschaft, Demenzforschung*

Autorenkontakt:

Martina Roes, Dr. Prof., Sprecherin DZNE/Witten, Professor for Nursing Science and Health Care Research, UWH/ Fakultät für Gesundheit/Department für Pflegewissenschaft,
Kontakt: martina.roes@dzne.de

Anna Waldhausen, Persönliche Referentin der Sprecherin
Kontakt: anna-sophie.waldhausen@dzne.de

> Anforderungen an die moderne Einrichtungsleitung in NRW

Komplexität rechtfertigt akademische Ausbildung

JULIUS THUME & PATRICK KLAHOLD

Bei ihrer Masterarbeit „Analyse und Reflexion der Anforderungen an die Qualifikation von Einrichtungsleitungen im Rahmen der Novelisierung des WTG NRW“ haben sich Patrick Klahold und Julius Thume ausführlich mit der Stelle Einrichtungsleitung in Nordrhein-Westfalen beschäftigt. Mit den vier Haupteinflussgrößen Anforderungen des Settings stationäre Altenpflege, Stellenbeschreibungen aus der Praxis, gesetzliche Rahmenbedingungen sowie den verschiedenen Wegen zur Qualifikation konnten die Master-Absolventen umfangreiche Erkenntnisse für die Praxis gewinnen.

Der Fokus dieses Artikels liegt auf den Ergebnissen der Erhebung unter anderem der Stellenbeschreibungen der Einrichtungsleitungen. Kurz werden auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die Qualifikationswege thematisiert. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) großes Interesse an den Ergebnissen der Autoren zeigt und diese im Rahmen einer Arbeitsgruppe zur Konkretisierung der Qualifikation der Einrichtungsleitung berücksichtigt.

Janas und Mayerhofer (2014, S. 47) geben die Arbeitsdefinition vor, indem sie die Einrichtungsleitung neben der Pflegedienstleitung als zentralen Akteur identifizieren, welcher „für die Gestaltung der Einrichtung und die Erreichung der Ziele“ verantwortlich ist. Sie soll visionär denken und ihre visionären Ideen entsprechend an das obere Management kommunizieren.

Stellenbeschreibungen und Praxisanforderungen

Im Rahmen der Erhebung wurden über Fach- und Wohlfahrtsverbände standardisierte Fragebögen verschickt, um Strukturdaten wie Platzzahl, Zugehörigkeit zu großer Trägerschaft oder Personalunion von Einrichtungs- und Pflegedienstleitung abzufragen. Gleichzeitig wurde um Einsendung der Stellenbe-

schreibung von Einrichtungsleitungen gebeten. Von den – Stand 2013 – 2.098 vollstationären Pflegeeinrichtungen in NRW konnten so 136 Einrichtungen (ca. 6,5 Prozent) erfasst werden. Damit können die erhobenen Daten als nicht repräsentativ für NRW angesehen werden. Aufgrund der großen Bandbreite der erfassten Einrichtungen – vom Einzelunternehmen bis zum großen Wohlfahrtsverband – konnte dennoch ein differenzierter Einblick in das divergente Feld „stationäre Altenpflege in NRW“ gewonnen werden. Nicht alle Rücksendungen enthielten auch Stellenbeschreibungen. Letztlich konnten für 119 Stellen entsprechende Stellenbeschreibungen gewonnen werden.

Einige interessante Ergebnisse der Erhebung werden im Folgenden kurz dargestellt: Die Ergebnisse zeigen, dass in über 60 Prozent der Einrichtungen die Einrichtungsleitung konform zu dem Begriff im WTG NRW verwendet wird. In 11 Prozent der Einrichtungen wird der veraltete Begriff der Heimleitung verwendet. 27 Prozent der Einrichtungen sprechen von der Hausleitung. Weitere Bezeichnungen für Einrichtungsleitung sind Residenzleitung oder Stiftleitung. Insbesondere der Begriff Residenzleitung soll eine gewisse Exklusivität und Einzigartigkeit der Stelle unterstreichen, die eng mit einer dementsprechend ausgestalteten Trägerphilosophie in Verbindung steht. Außerdem zeigt sich, dass 77 Prozent die Einrichtungsleitung

– anders als von den Autoren nach Literaturrecherche und Untersuchung des Aufgabenprofils eingeordnet – im oberen Management ansiedeln. Lediglich zwei Prozent ordnen die Stelle der Einrichtungsleitung dem mittleren Management zu. Diese zwei Prozent sind Einrichtungen, in denen eine Personalunion von Einrichtungsleitung und Pflegedienstleitung vorliegt. In 21 Prozent der Stellenbeschreibungen findet sich zur Einordnung keine Angabe – die Aufgabenprofile der betreffenden Stellenbeschreibungen deuten aber auf eine Zuordnung in das mittlere Management hin.

Die von den Autoren erhobenen Daten bestätigen grundsätzlich die Ausführungen der Pflegestatistik des Landes NRW (Information und Technik Nordrhein Westfalen, 2015): Zwar ist die Spannweite von 49 bis 262 Plätzen bei den privaten Trägern größer, als bei den Trägern der freien Wohlfahrtspflege (59 bis 244). Mit Blick auf die Mediane zeigt sich jedoch, dass die privaten Träger (Median = 88) insgesamt mehr Einrichtungen im niedrigeren Platzbereich (unter 90 Plätze) haben. Die Träger der freien Wohlfahrtspflege haben insgesamt mehr Einrichtungen im höheren Platzbereich (über 90 Plätze; Median = 101). Aufgrund der hohen Spannweite und der geringen Gesamtanzahl an Daten von Einrichtungen privater Träger (n = 26) ist die durchschnittliche Platzzahl mit 107 Plätzen nur marginal niedriger, als die durchschnittliche Platzzahl der Träger der freien Wohlfahrtspflege mit 108 Plätzen.

Verdichtung der erhobenen Daten zu einem Aufgabenprofil „Einrichtungsleitung“

Dennoch ist es nach Meinung der Autoren wichtig, Kernaufgaben einer Einrichtungsleitung in NRW zu identifizieren und in einem gemeinsamen Aufgabenprofil zu vereinen.

Allgemein lassen sich die erhobenen Daten in die Felder betriebsbezogene Aufgaben, personalbezogene Aufgaben, bewohnerbezogene Aufgaben sowie Organisation und Management einteilen. Diese Struktur geben die vorliegenden Stellenbeschreibungen vor – es ist die übliche Art der Strukturierung von Aufgabenprofilen.

Betriebsbezogene Aufgaben

- Gesamt-Budget-Verantwortung für die Einrichtung (Sicherstellung und Einhaltung von Plan-/Sollvorgaben, Controlling im Rahmen von Buchhaltung, Versicherungs- und Steuerfragen sowie Belegungs- und Pflegestufenmanagement, Planung von Investitionen, Ersatzanschaffungen und Reparaturen, regelmäßige Meldung an Geschäftsführung im Rahmen des Berichtswesens)
- Aktive Gestaltung der Öffentlichkeitsarbeit (u.a. im Rahmen des Belegungsmanagements und der Planung von Festivitäten)
- Verantwortliche Vertretung der Einrichtung gegenüber MDK und anderen Aufsichtsbehörden
- Erstellung und Weiterentwicklung einer Betriebsphilosophie, die gleichermaßen den Zielen des Trägers wie den Bedürfnissen der Bewohner und der Mitarbeiter gerecht wird
- Kooperation mit Verbänden, Ausbildungsstätten (z.B. Altenpflegeseminaren) und Institutionen sowie privaten und öffentlichen Kostenträgern; Repräsentation der Einrichtung nach außen
- Ausfertigung von Heim- und Arbeitsverträgen
- Ausübung des Hausrechts gemäß dem Bürgerlichen Gesetzbuch

Personalbezogene Aufgaben

- Einstellung, Höhergruppierung, Versetzung, Abmahnung und Kündigung der Mitarbeiter (MA) (je nach Stellenbeschreibung mit oder ohne Rücksprache mit dem Geschäftsführer/ Träger)
- Dienstaufsicht über und Weisungsbefugnis gegenüber alle(n) Mitarbeiter(n)
- Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat oder der Mitarbeitervertretung (wenn vorhanden)
- Entwicklung, Umsetzung und/oder Fortschreibung des Personalentwicklungskonzeptes (Sicherstellung des



Verteilung der Datengrundlage (n=137)

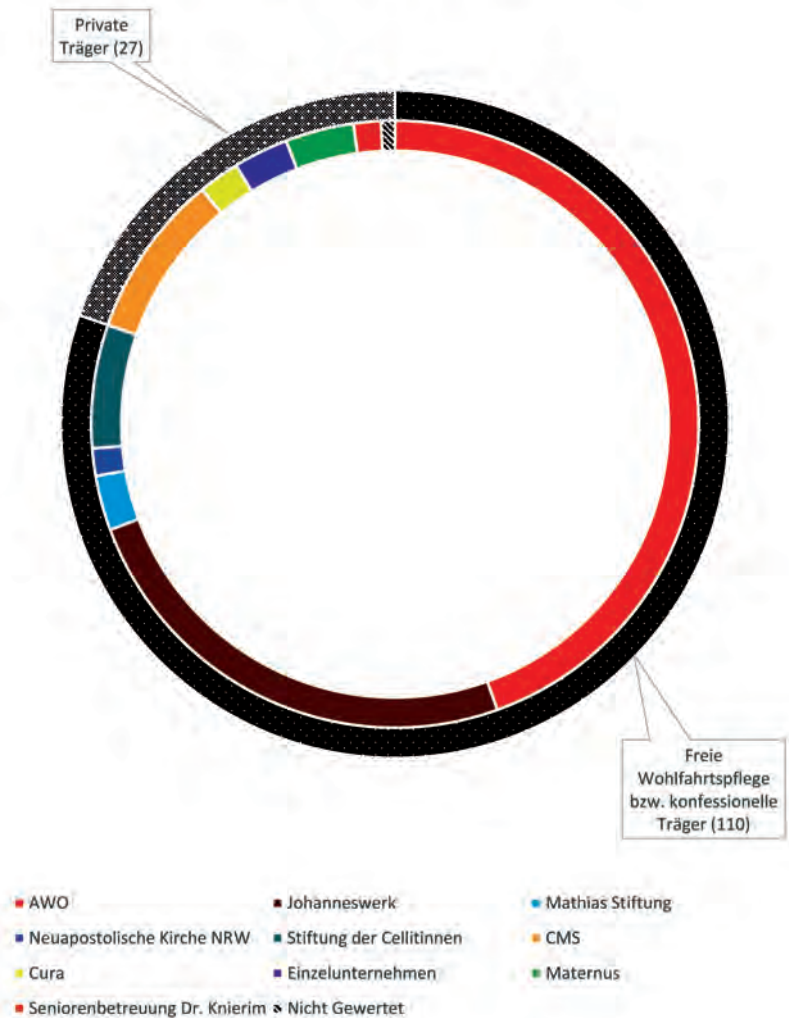


Abb. 1: Verteilung der Datengrundlage (n = 137)

Grafik: Thume

- Qualifikationsniveaus der MA, Motivation der MA, Schaffung bestmöglicher Arbeitsbedingungen)
- Ermittlung des Personalbedarfs sowie der Erstellung von Vorgaben zur Personaleinsatzgestaltung (insbesondere Dienstplan- und Urlaubsplanung)

Bewohnerbezogene Aufgaben

- Entwicklung und Umsetzung des Einrichtungs- und Pflegekonzeptes, das sich an den Wünschen und Bedürfnissen der aktuellen und zukünftigen Bewohner orientiert
- Sicherstellung einer ganzheitlichen Betreuung unter Beachtung der Würde und der Individualität eines jeden Bewohners
- Förderung der Außenkontakte der Bewohner, Öffnen der Einrichtung und Integration der Einrichtung in das

Gemeinwesen (Seniorengruppen, Vereine, etc.)

- Förderung der Mitwirkung von Bewohnern insbesondere im Rahmen des Heimbeirates und Sicherstellung einer zügigen Bearbeitung der Anliegen und Beschwerden von Bewohnern, Angehörigen und Betreuern; Information der Bewohner über relevante Entwicklungen und Veränderungen der Einrichtung

Organisation und Management

- Verantwortung für Schaffung und Steuerung des einrichtungsindividuellen QM-Prozesses auf der Grundlage des jeweils gültigen Qualitätsmanagementhandbuchs
- Gestaltung und Sicherung einer funktionierenden Kommunikations- und Informationskultur, Konfliktmanagement

- Beratung des Trägers bei konzeptionellen Veränderungen sowie Mitwirkung bei der Entscheidung über die Anschaffung von bereichsübergreifenden neuen Arbeitsmitteln (Telefonanlage, Rufsystem, Computernetzwerk)
- Einhaltung aller für die Einrichtung geltenden Gesetze und Verordnungen (Arbeitsrecht, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Hygiene, TÜV und ähnliche)
- Mitwirkung bei den Pflegesatzverhandlungen (nicht in allen Stellenbeschreibungen enthalten)

Insgesamt zeigen die Stellenbeschreibungen bezüglich der Anforderungen größtenteils Kongruenz. Sie zeichnen einen gleichermaßen komplexen und vielfältigen Aufgabenbereich, zu dessen Bewältigung Qualifikationen und in letzter Konsequenz entsprechende Kompetenzen in großem Ausmaß und Umfang erforderlich sind.

Sonderfall: Personalunion von Einrichtungs- und Pflegedienstleitung

Im Vergleich der Profile von Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen wird deutlich, dass der Schwerpunkt der Pflegedienstleitung – namensgebend – im pflegerischen Bereich liegt: Bezüglich personalbezogener Aufgaben wirkt die PDL mit bzw. berät bei Gesprächen die Einrichtungsleitung. Der PDL obliegt die Kontrolle und vor allem die Koordination der pflegerischen Leistungen der Einrichtung. Allein die Entwicklung und Umsetzung eines bewohnerorientierten Betreuungskonzeptes sind Aufgaben von Einrichtungs- und Pflegedienstleitung. Vor diesem Hintergrund ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen jeweils ein eigenes Aufgabenprofil haben, welches aufgrund der geringen Schnittmenge nicht ohne Reduktion des Umfangs zu einem einzigen Aufgabenprofil im Rahmen der Personalunion zusammengeführt werden kann.

Addiert man außerdem den Aufgabenbereich der Einrichtungsleitung, so ergibt sich ein Stellenumfang, den eine Person in der Regel nicht erfüllen kann. Da es dennoch einige Einrichtungen mit Personalunion von Einrichtungs- und Pflegedienstleitung gibt, wird an dieser Stelle kurz erläutert, unter welchen Vo-

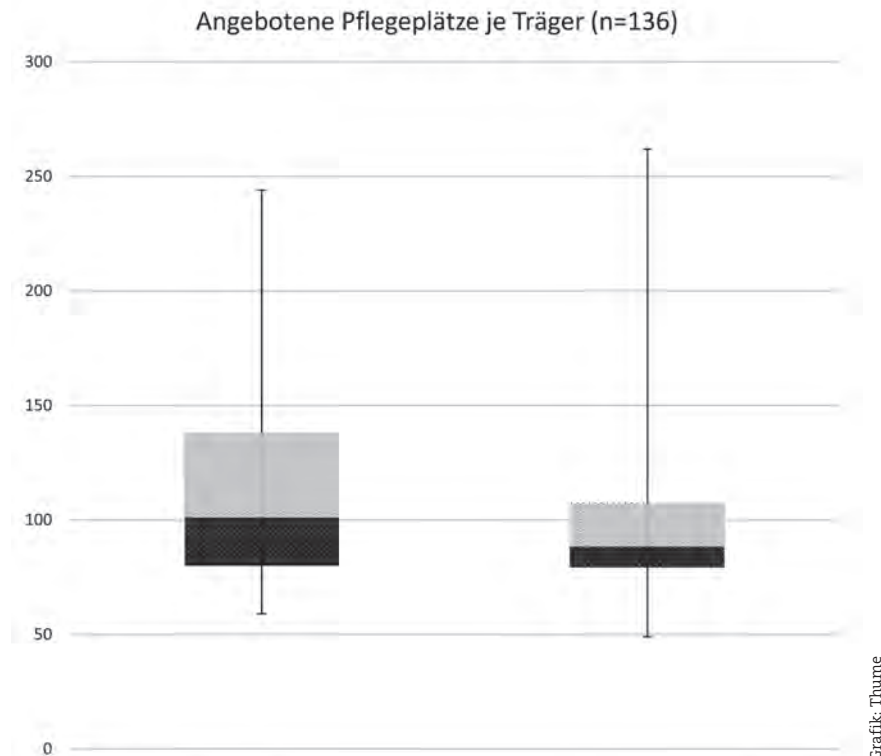


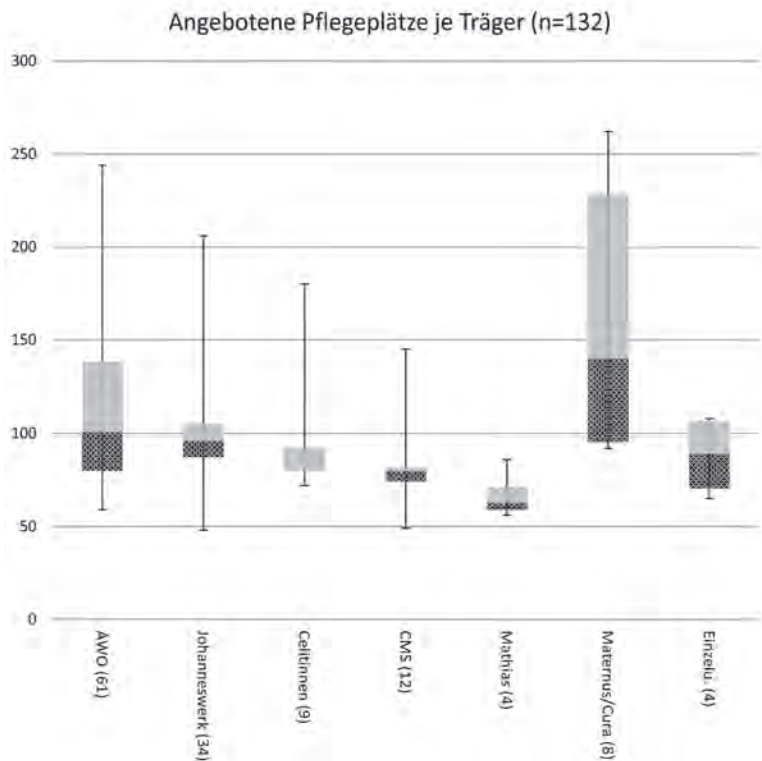
Abb. 2: Vergleich angebotener Plätze von Trägern der Freien Wohlfahrtspflege und privaten Trägern, links „Freie Wohlfahrtspflege“ und rechts „private Träger“

oraussetzungen die Personalunion möglich ist. Sie ist dann realisierbar, wenn Aufgabenbereiche, die ursprünglich der klassischen Einrichtungsleitung zugeschrieben werden innerhalb der organisationalen Hierarchie an die nächsthöhere Hierarchieebene (Geschäftsführung/Trägerschaft) übertragen werden. Auf der anderen Seite müssen Aufgaben, die eigentlich dem Aufgabenprofil der Pflegedienstleitung entsprechen an die nächstniedrigere Hierarchieebene (Wohnbereichsleitung) abgegeben werden. Details zu diesem Sonderfall können bei den Autoren erfragt werden.

Gesetzliche Rahmenbedingungen und Möglichkeiten zur Qualifikation

Seit der 2006 umgesetzten Föderalismusreform können die jeweiligen Landesregierungen gesetzliche Mindeststandards formulieren. Die gesetzliche Grundlage in Nordrhein-Westfalen bildet das 2014 novellierte Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) als Teil des Mantelgesetzes GEPa NRW. Hier wird in § 4 Abs. 9 die Grundlage für die später erläuterten Qualifikationswege gelegt – die Aufteilung in einen akademischen und nicht-akademischen Qualifizierungsweg. § 21 Abs. 1 WTG

fordert grundlegende betriebs- und personalwirtschaftliche Kenntnisse sowie (angebotsbezogen) grundlegende pflege- oder betreuungsfachliche Kompetenzen. Konkretisiert werden betriebs- und personalwirtschaftliche Kenntnisse in der WTG DVO § 9 Abs. 2: „[...] allgemeine Kenntnisse über betriebswirtschaftliche Abläufe und Zusammenhänge sowie insbesondere Grundkenntnisse der Personalwirtschaft und Mitarbeiterführung.“ Die hierbei verwendeten verbalen Weichmacher zwingen die Überwachungsbehörden regelmäßig zu Einzelfallentscheidungen und erzeugen dadurch auch auf Trägerseite Planungsunsicherheit. Eng mit den gesetzlichen Anforderungen verknüpft ist immer auch die Ausgestaltung der Curricula der Fort- und Weiterbildungen zur Einrichtungsleitung. Im Rahmen der Masterarbeit wurden die Fort- und Weiterbildungen in NRW hinsichtlich ihrer Inhalte und des Stundenumfanges untersucht. Es zeigte sich inhaltlich größtenteils Kongruenz – Divergenz zeigte sich im Rahmen der Stundenumfänge der jeweiligen Fort- und Weiterbildungen (von 140 bis 1390 Stunden). Ein Indiz dafür, dass eine systematische, vom Gesetzgeber mit detaillierteren Mindeststandards versehene und besten-



Grafik: Thume

Abb. 3: Vergleich der angebotenen Plätze je Träger

falls modular aufgebaute Organisation der Fort- und Weiterbildungsangebote bisher nicht in ausreichendem Maße in NRW vorhanden ist.

Dabei ist der Blick über den Tellerrand des Bundeslandes durchaus sinnvoll: In Bayern wird bereits seit einigen Jahren per Gesetz ein modulares Fort- und Weiterbildungskonzept vorgeschrieben. Auch die Inhalte sind im Landesgesetz festgeschrieben. Um den Einstieg und die Weiterqualifikation mit möglichst geringen Eintrittswiderständen zu versehen, sind von der Weiterbildung zur Praxisanleitung über die Weiterbildung zur Pflegedienstleitung bis zur Einrichtungsleitung sämtliche Weiterbildungen modular mit festem Stundenumfang und detailliertem Weiterbildungsinhalt

im Gesetz respektive der entsprechenden Verordnung (AVPfleWoqG) hinterlegt.

Eine ähnliche Vorgehensweise wird für Nordrhein-Westfalen unter Berücksichtigung der ermittelten Anforderungen der Praxis dringend empfohlen. Die Bereiche Personalmanagement (inkl. Führung), Organisationsentwicklung, Betriebswirtschaft, Recht sowie psychosoziale und kommunikative Kompetenz sind von größter Bedeutung für die Stelle Einrichtungsleitung und sollten sich in einem systematischen, sukzessiven (sprich modularen) Aufbau der Weiterbildungsangebote wiederfinden.

Die Autoren schließen sich den Forderungen aus Bayern und der E.D.E. (europäischer Einrichtungsleiterverband) an,

welche auf langfristige Sicht eine Ausbildung zur Fachkraft im Gesundheitswesen in Kombination mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium für die Qualifikation zur Einrichtungsleitung vorsehen. Die Anforderungen an die Position der Einrichtungsleitung sind, wie in der Einleitung beschrieben, so vielfältig und teilweise komplex geworden, dass dies eine akademische Ausbildung rechtfertigt.

Die Führungspositionen Wohnbereichs-, Pflegedienst- und Einrichtungsleitung sowie Geschäftsleitung stationärer Pflegeeinrichtungen sollten des Weiteren in einem modularen Konzept eindeutig voneinander abgegrenzt und aufeinander aufgebaut werden, um (potentiellen) Hochschulabsolventen einen klaren Karriereweg in der Altenpflege aufzuzeigen. Modulare Konzepte halten die entsprechenden Positionen gleichermaßen für Nicht-Akademiker offen. Fachkräftemangel in Führungspositionen kann so vorgebeugt und die Professionalisierung der Altenpflege vorangetrieben werden. Letztlich betrifft dieses vor allem die Qualität in den Einrichtungen die maßgeblich durch das umfassende Fachwissen der Einrichtungsleitung im Bereich Pflege, Betreuung, Personal- und Betriebswirtschaft gesichert bzw. weiterentwickelt wird. <<

Literatur



Janas, D. & Mayerhofer, B. (2014). Führen in der Pflege. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2015). Ergebnisse der Pflegestatistik in NRW. Düsseldorf: Zentraler Statistischer Auskunftsdienst.

Autorenkontakt:

Julius Thume, M.A. ist Lehrbeauftragter im Fachbereich Gesundheit an der Fachhochschule Münster und verantwortlich für das Qualitätsmanagement eines privaten Trägers.

Kontakt: j.thume@fh-muenster.de

Patrick Klahold, M.A. ist examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, ebenfalls Pflegemanager M.A. und leitet den Bereich Qualität und Kommunikation bei einem sozialen Dienstleister im Bereich des ambulanten betreuten Wohnens für Menschen mit Behinderung.

Zusammenfassung

Mit den vier Haupteinflussgrößen Anforderungen des Settings stationäre Altenpflege, Stellenbeschreibungen aus der Praxis, gesetzliche Rahmenbedingungen sowie den verschiedenen Wegen zur Qualifikation konnten die ehemaligen Master-Absolventen mit ihren Erhebungen aus 136 Einrichtungen in NRW umfangreiche Erkenntnisse für die Praxis hinsichtlich der Anforderungen an die moderne Einrichtungsleitung in NRW gewinnen und einen differenzierteren Einblick in das divergente Feld „stationäre Altenpflege in NRW“ bieten.

Schlüsselwörter: Einrichtungsleitungen, Altenpflege, Qualifikationswege

> Cochrane Review

Interventionen zur Prävention von Verletzungen im Zusammenhang mit dem eigenen Bett

MELANIE BURGSTALLER & ANDREA KOBLEDER

Dieser Cochrane Review untersucht die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Verletzungen durch das Bett oder von Verletzungen aufgrund von Stürzen aus dem Bett bei Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Settings.

Dieser Cochrane Review ist ein Update eines Cochrane Reviews aus dem Jahr 2011.

Die Autoren suchten im Spezialregister der Cochrane Gruppe für Verletzungen sowie in den Datenbanken CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL und ISI Web of Science. Weiters erfolgte eine Durchsicht von Referenzlisten aller relevanten Studien und eine Recherche im Internet via Google und die online Studiendatenbank clinicaltrials.gov. Um unpublizierte oder graue Literatur zu finden, wurde Kontakt mit Bettenfabriken aufgenommen. Im Rahmen der Suche setzten die Wissenschaftler kein Limit hinsichtlich Sprache, Zeitpunkt oder Publikationsform.

Eingeschlossen wurden randomisiert kontrollierte Studien (RCT) und Cluster RCT, welche Interventionen zur Prävention von Verletzungen durch das eigene Bett bei Personen ab 18 Jahren untersuchten. Bei den Teilnehmenden musste es sich um Patientinnen und Patienten im Krankenhaus oder in Rehabilitationskliniken beziehungsweise um Bewohnende von Pflegeheimen handeln.

Ausgeschlossen wurden Studien, welche Patientinnen und Patienten auf Transportliegen in der Notfallabteilung, mit tageschirurgischem Eingriff, in Hausarztpraxen, im ambulanten Bereich oder in der Hauskrankenpflege untersuchten.

Studien, die physische und medikamentöse freiheitsbeschränkende Maßnahmen als Intervention definierten, wurden ebenso ausgeschlossen.

Intervention und Kontrolle

Als Intervention zur Prävention von Verletzungen durch das Bett oder von Verletzungen aufgrund von Stürzen aus dem Bett galten Bettgitter, Niederflurbetten, Bettaustiegsalarne, Sicherheitsmatten neben dem Bett, Schulungsprogramme und Protokolle zur Sturzprävention und andere Maßnahmen zur Prävention von Verletzungen durch das Bett.

Zielkriterien

Die Häufigkeit von Verletzungen durch das Bett und die Häufigkeit von Stürzen aus dem Bett wurden als primäre Zielkriterien definiert. Sekundäre Zielkriterien waren die Häufigkeit der Verletzungen aufgrund von Stürzen aus dem Bett, Häufigkeit der Verletzungen durch die Intervention (z.B. Bettgitter), Häufigkeit aller Stürze in der Studienpopulation, Häufigkeit aller Verletzungen in der Studienpopulation und die Häufigkeit aller Verletzungen aufgrund von Stürzen.

Vorgehen

Die Autoren prüften unabhängig voneinander Titel, Abstracts und Schlüsselwörter aller gefundenen Quellen hinsichtlich ihrer Relevanz. Danach wurden die Volltexte der potentiell relevanten Studien anhand der Einschlusskriterien ebenso unabhängig voneinander geprüft. Um weitere Informationen zu den Studien zu erhalten wurde Kontakt

zu den Originalautorinnen und -autoren aufgenommen. Die Daten aus den Studien wurden von zwei Wissenschaftlern unabhängig voneinander anhand einer standardisierten Vorlage extrahiert. Bei Diskrepanzen zu Studieneinschluss und Datenextraktion konnte bei Bedarf der Drittautor hinzugezogen werden. Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde von zwei Personen unabhängig voneinander nach den Kriterien des Cochrane Handbuchs beurteilt.

Datenanalyse

Die Interventionseffekte wurden durch Risiko-Verhältnisse (RR) und Standardfehler der Zielkriterien errechnet. Bei fehlenden Daten wurde Kontakt zu den Originalautorinnen und -autoren aufgenommen, die Analyse der Daten erfolgte auf Basis Intention-to-treat. Die Wissenschaftler verglichen die Teilnehmenden, Interventionen und Zielkriterien um die klinische Heterogenität zwischen den Studien zu bestimmen.

Eine Metaanalyse war aufgrund der klinischen Heterogenität der eingeschlossenen Studien nicht möglich. Ebenso war die Erstellung eines Funnel-Plots zum Nachweis eines Publikationsbias, die Errechnung der statistischen Heterogenität, eine Subgruppenanalyse und Sensitivitätsanalyse nicht sinnvoll oder nicht möglich.

Ergebnisse

In den Cochrane Review konnten zwei Studien (eine RCT und eine Cluster RCT) mit insgesamt 22106 Teilnehmenden mit hohem Sturzrisiko eingeschlossen werden. Die RCT wurde auf einer geriatrischen Station im Krankenhaus mit 70 Teilnehmenden durchgeführt und untersuchte als Einzelintervention Bett-

Ausstiegs-Alarmsysteme im Vergleich zur Standardpflege. Die Cluster RCT wurde auf 18 Stationen eines Allgemeinkrankenhauses mit 22 036 Teilnehmenden durchgeführt und untersuchte als Einzelintervention Niederflurbetten im Vergleich zur Standardpflege. In keiner der beiden Studien kam es zu Verletzungen durch das Bett. Die RCT mit den Bett-Ausstiegs-Alarmsystemen fand keine signifikante Reduktion der Stürze aus dem Bett (RR 0.25, 95% KI 0.03 und 2.24). Auch die Intervention Niederflurbetten zeigte keine signifikante Reduktion der Stürze im Zimmer, welche Stürze aus dem Bett beinhalteten (RR 0.69, 95% KI 0.35 bis 1.34). Durch die Intervention gab es in keiner der beiden Studien Verletzungen. Weder das Bett-Ausstiegs-Alarmsystem noch die Niederflurbetten zeigten eine signifikante Reduktion von Stürzen in der Interventionsgruppe.

Die Cluster RCT fand keine Reduktion der Verletzungen aufgrund von allen Stürzen in der Interventionsgruppe, in der RCT gab es sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe keine Verletzungen.

Schlussfolgerung

Die Wirksamkeit von Interventionen zur Prävention von Verletzungen im Zusammenhang mit dem eigenen Bett bleibt unsicher. Die eingeschlossenen Studien zeigen keine signifikante Veränderung der Verletzungsraten durch die Verwendung von Niederflurbetten und Bett-Ausstiegs-Alarmen. Es konnte keine RCT zur Verwendung von Bettgittern gefunden werden.

Kurz und bündig: Was bedeutet was?

Central

Ein durch die Cochrane Collaboration betriebenes Register klinischer Studien, die für den Einschluss in Cochrane Reviews relevant sein könnten. Das Ziel ist der Einschluss sämtlicher relevanter Berichte, die durch Anstrengungen der Cochrane Collaboration identifiziert wurden.

Informationen

Diese Cochrane-Review-Zusammenfassung wurde im Rahmen der FIT-Nursing Care Webseite (Nationales Kompetenzzentrum für Evidenzbasierte Pflege swissEBN) erstellt.
Kontakt: swissebn@fhsg.ch

Zusammenfassung

Dieser Artikel ist Teil der Serie „Geprüfte Qualität: Zusammenfassung von Cochrane Reviews“ und ist eine Rubrik der Plattform FIT-Nursing Care. Die Beiträge zeigen den aktuellen Stand der Forschung in Form von Zusammenfassungen von Cochrane Reviews auf. Dabei werden unterschiedliche pflegerische Themen aufgegriffen. Ziel ist es, den Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse schneller und direkter zur Verfügung zu stellen.
www.fit-care.ch

Schlüsselwörter: *Cochrane Review, Prävention, Verletzungen im Bett*

Intention-to-treat-Analyse

Analyse-Technik, bei der die Patienten nach ihrer ursprünglichen Gruppenzuweisung analysiert werden, unabhängig davon, ob sie die zugeordnete Therapieform vollständig, partiell oder gar nicht erhalten haben.

Relatives Risiko (Risk Ratio, RR): Das Relative Risiko ist ein Ergebnisparameter in Form einer Zahl, die die Risiken (Wahrscheinlichkeiten) von zwei Gruppen ins Verhältnis zueinander setzt. Ein relatives Risiko von 1 bedeutet, dass zwischen den Gruppen kein Unterschied besteht. Bei einem relativen Risiko von kleiner als 1 ist die Intervention wirksam. Neben der Angabe des Relativen Risikos ist die Betrachtung des Konfidenzintervalls hilfreich.

Sensitivitätsanalyse: Analyseverfahren, welches feststellt, wie stabil sich die Ergebnisse einer Metaanalyse gegenüber Schwankungen der Eingangsparameter oder Veränderungen in der Berechnungsmethodik verhalten.

Subgruppenanalyse: Auswertung im Rahmen von Metaanalysen; auf Basis vorhandener Merkmale (z. B. Geschlecht, Fortschritt der Erkrankung) werden Untergruppen gebildet. Innerhalb dieser Untergruppe erfolgt im Anschluss eine eigene Auswertung. <<

Literatur



Original Cochrane Review:
Anderson, O., Boshier, P.R. & Hanna, G.B. (2012). *Interventions designed to prevent healthcare bed-related injuries in patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, doi: 10.1002/14651858.CD008931. pub3

Autorenkontakt:

Melanie Burgstaller, MA, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: melanie.burgstaller@fhsg.ch

Andrea Kobleder, Mag., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, St. Gallen.
Kontakt: andrea.kobleder@fhsg.ch

> Interview mit dem Diplom-Ingenieur Andreas Kitzig

„Nützliche und sinnvolle Features“

Bett ist nicht gleich Bett. Diejenigen, die täglich am Pflegebett zu tun haben, wissen das am besten. Immer mehr nützliche und sinnvolle Features erleichtern dem Personal die Arbeit. Durch die neueste Technik kann die Überlastung der Pflegekräfte deutlich verringert werden. Im Interview erklärt uns Andreas Kitzig von der Hochschule Niederrhein, was es Neues auf dem Markt gibt und woran in Sachen Pflegebetten geforscht wird ...



Andreas Kitzig

Foto: privat

Herr Kitzig, Sie forschen als Elektrotechniker an der Weiterentwicklung des Pflegebetts. Was ist denn derzeit technisch schon möglich?

Andreas Kitzig: In letzter Zeit sind im Bereich der Top-Betten sehr viele Modelle auf den Markt gekommen, die viele nützliche und sinnvolle Features enthalten, sowohl für den Patienten als auch das Personal. Tatsächlich schon im Einsatz ist die sogenannte „Out-of-bed-Detektion“, also die automatische Erfassung, ob sich der Patient im Bett befindet. Der berühmte Sturz auf dem Weg zur Toilette wird somit frühzeitig erkannt: Ein Signal zeigt an, wenn der Patient während einer bestimmten Zeitspanne nicht ins Bett zurückkehrt. Das ist vor allem für den Heimbereich und die häusliche Pflege relevant. Die Meldesysteme geben das Signal in der Regel ins Stationszimmer, sie erweitern also den klassischen Rufknopf.

Hier gibt es ergänzend noch eine Unterbettbeleuchtung, die automatisch angeht, wenn der Patient aufsteht, und die so das Sturzrisiko verringert.

Die klassischen „Bettgalgen“ werden immer seltener verwendet, etabliert haben sich als Aufstehhilfen Bügel, die an der Seite des Bettes mittig angebracht sind. Außerdem gibt es Betten mit Röntgenfähigkeit und die Möglichkeit, den Patienten im Bett zu wiegen.

Und woran forschen Sie an der Hochschule Niederrhein bzw. der Universität Duisburg-Essen derzeit?

Andreas Kitzig: Wir arbeiten an der Funktionalisierung von Betten für den häuslichen Pflegebereich. Hierbei geht es darum, zum Beispiel die Herz- und Atemaktivität oder die Position der Person im Bett allein durch Sensoren im

Bettgestell ableiten zu können, um frühzeitig eine Verschlechterung des Patientenzustands detektieren zu können. Das Ganze erfolgt präparationsfrei, also ohne „Verkabelung“ der Person. Konkret forsche ich zurzeit im Bereich der Modellbildung an einem mehrstufigen Modell, das zur Unterstützung in der Sensorentwicklung und im Bereich der Biosignalverarbeitung eingesetzt werden kann. Weiterhin arbeiten wir zum Beispiel im Bereich der Dekubitusprävention an einem Erkennungssystem, das die Körperlage des Patienten feststellt, also: Wo liegt jemand, wie bewegt er sich, bewegt er sich ausreichend oder bewegt er sich Richtung Bettrand, sodass wir gleichzeitig auch eine Aufsteh-Tendenz daraus ableiten können.

Was ist denn der Vorteil dieser präparationsfreien Technik etwa gegenüber einem EKG, an das der Patient ja heutzutage im Intensivbereich meist noch angeschlossen wird?

Andreas Kitzig: Der große Vorteil bei dieser Methode ist, dass der Patient durch die fehlende Verkabelung nicht unnötig gestört wird. Diese Technik wird in Zukunft aber wohl eher bei Patienten genutzt werden, die man nicht mehr zwingend an ein EKG anschließen muss, die aber zum Beispiel zur Nachsorge noch etwas länger begleitet werden sollen. Aber im Bereich der Intensivmedizin kann sich solch eine Technik nicht gegenüber dem Goldstandard des EKG durchsetzen. Das Verfahren nennt sich Ballistokardiografie, eine relativ alte Technik.

Was ist das, die Ballistokardiografie?

Andreas Kitzig: Die Technik gibt es schon seit 1877. Damals hat man das Bett mit-

samt Patienten an Seilen an der Decke aufgehängt. Durch die auftretenden Kräfte des Herzens bewegte sich dann das Bett entsprechend der Herzaktivität. Das Verfahren ist eine Zeit lang eine Parallelentwicklung zum EKG gewesen. Sie können sich aber vorstellen, dass dieses Messsystem unglaublich aufwendig und stör anfällig war. Denn neben dem Signal des Herzens spielte auch noch die Atmung mit hinein. Wir arbeiten heute mit Verfahren zur digitalen Signalverarbeitung und filtern die Daten. Die Idee, die Ballistokardiografie vor allem für den häuslichen Bereich wieder aufleben zu lassen, entstand, nachdem sich ein gesteigertes Interesse an präparationsfreien und unaufdringlichen Messsystemen zur Unterstützung von Menschen bildete, die weit weg von den großen Städten leben und natürlich auch medizinisch versorgt werden müssen, wie etwa in Japan.

Können Sie eine Prognose wagen, wann ein Bett mit dieser Technik dann tatsächlich auf den Markt kommen wird?

Andreas Kitzig: Das wird sicher in den nächsten Jahren kommen, einen genauen Zeitraum kann ich aber noch nicht nennen.

Welche unterschiedlichen Anforderungen stellen sich denn an Betten im Klinikbereich gegenüber dem Heim- bzw. häuslichen Bereich?

Andreas Kitzig: Im Krankenhaus spielt zunächst die Hygiene eine noch wichtigere Rolle als im häuslichen Bereich, die Betten müssen robust, leicht zu zerlegen und zu reinigen sein. Bei vielen Handgriffen muss eine Einhandbedienung möglich sein, des Weiteren müssen für



Neueste Technik bei Pflegebetten kann die Überlastung des Personals deutlich verringern helfen.

den Notfall einzelne Teile abzumontieren sein, sodass man schnell an den Patienten herankommt. Die Einstellmöglichkeiten etwa des Rückenteils dienen im häuslichen Bereich vor allem dem Komfort, in der Klinik können diese therapeutisch genutzt werden, etwa für eine Schock- oder CPR-Lagerung. Im häuslichen Bereich möchte man außerdem, dass sich das Möbelstück optisch gut in die Umgebung einpasst.

Gerade für den häuslichen Bereich, wo ja häufig nicht permanent jemand vor Ort ist: Gibt es dort schon die Möglichkeit, dass Pflegekräfte oder Angehörige über das Bett mit der pflegebedürftigen Person kommunizieren?

Andreas Kitzig: Ja, da gibt es Ansätze, bei denen die Betten mit GSM- oder UMTS-Modulen ausgestattet sind. Wenn dann etwa die Out-of-Bed-Detektion die ausbleibende Rückkehr des Patienten meldet, wird zum einen ein Alarm an den Pflegedienst oder die Angehörigen gegeben, zum anderen besteht aber auch die Möglichkeit, über diese Technik direkt mit dem zu Pflegenden zu kommunizieren.

Welche Neuerungen gibt es denn im Bereich der Intensivbetten?

Andreas Kitzig: Es ist schon möglich, das Bett auf Knopfdruck in eine andere Position zu bringen, zum Beispiel für eine Reanimation. Außerdem gibt es bereits Betten, die man längs um 25 bis 30 Grad kippen kann, so kann man den Patienten etwa bei einer Lungenerkrankung entlasten. Die so erzielte Lageentlastung

kann auch zur Genesung beitragen.

Was muss das Pflegebett der Zukunft sonst noch können?

Andreas Kitzig: Ein großes Thema ist inzwischen der Bedarf an XXL-Betten. Hier werden Betten auf den Markt gebracht, die 250 Kilo tragen und in der Breite angepasst sind. Ebenso gefragt sind Betten für besonders große Menschen.

Geforscht wird außerdem an Feuchte-Sensoren, auch die wiederum vor allem für die Dekubitusprophylaxe. Rein technisch gesehen könnte man sich auch vorstellen, ein kamerabasiertes System über das Bett zu bauen. Hierbei stellt sich aber die Frage, ob ein derartiger Eingriff in die Privatsphäre ethisch-moralisch vertretbar wäre, bislang gibt es hier noch rechtliche Restriktionen.

Welche Entlastungen hält das Bett für Pflegekräfte bereit?

Andreas Kitzig: Zum einen können wir durch diese Technik natürlich Arbeitsabläufe optimieren. Allerdings ist das

Ziel nicht, die Pflege zu automatisieren. Aber es kann zum Beispiel das turnusmäßige Lagern der Patienten überflüssig werden, wenn die Sensorauswertung anzeigt, dass der Patient sich ausreichend bewegt hat. Dadurch kann die Überlastung der Pflegekräfte ein Stück weit zurückgefahren werden.

Wird das Bett der Zukunft denn auch auf Sprachbefehle reagieren können?

Andreas Kitzig: Man könnte sich sehr schön vorstellen, dass manche Dinge über die Sprache gesteuert werden, sodass man die Hände für andere Tätigkeiten frei hat. Das Thema liegt gerade im Trend, Sie können ja zum Beispiel Mobiltelefone mit Sprache steuern. Pflegebetten sind da aber mit einem Auto vergleichbar: Alles, was sicherheitsrelevant ist, wie etwa das Setzen des Blinkers, darf nicht über Sprachbefehle erfolgen. <<

Katja Marquardt

Kontakt

Andreas Kitzig, Dipl.-Ing., Master of Engineering, ist seit 2007 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachbereich Elektrotechnik und Informatik an der Hochschule Niederrhein in Krefeld und beschäftigte sich zunächst mit Forschungsthemen im Bereich der robusten Spracherkennung und Sprachsignalverarbeitung. Seit 2013 ist er im Rahmen seines Promotionsvorhabens in Kooperation mit der Universität Duisburg-Essen im Forschungsfeld der Biosignalverarbeitung zur Funktionalisierung von Möbeln im Klinik- und Pflegeumfeld mittels präparationsfreier Sensorsysteme tätig.

Kontakt: andreas.kitzig@hs-niederrhein.de

> Vermittlung pflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung

Beitrag zur Verbesserung von Menschen mit Demenz in Kliniken

JAQUELINE BOMBALL, MARTINA STÖVER, STEFAN GÖRRES

Eine vor wenigen Jahren bundesweit durchgeführte Vollerhebung durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, liefert interessante Erkenntnisse für die bevorstehenden Entwicklungen hin zu einer generalistischen Pflegeausbildung. Insbesondere beim Vergleich der Ausbildungen in der Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflege wird deutlich, welche Bedeutung dem Thema Demenz bei einer Zusammenführung der Ausbildung zukommen soll. Darüber und über den zukünftigen Bedarf an demenzspezifischen Konzepten im Krankenhaus gibt der Beitrag Aufschluss.

Das Durchschnittsalter von Patienten in Akutkrankenhäusern steigt kontinuierlich an. Das statistische Bundesamt (2010) geht davon aus, dass 2030 über 55 Prozent der Krankenhauspatienten 60 Jahre (oder älter) und 20 Prozent 79 Jahre oder älter sein werden. Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko, dass Patienten neben ihrer akuten Erkrankung eine Demenz aufweisen. Eine genaue Angabe der Prävalenz von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern ist derzeit nicht möglich, da in der Regel die Hauptdiagnose der Patienten in die bundesweite Statistik erfasst wird und nicht die Nebendiagnosen (Isfort 2014). Bekannt ist jedoch, dass für Menschen mit Demenz ein Krankenhausaufenthalt in der Regel zu einer Krisensituation mit Einbußen im Bereich der Selbstständigkeit und des kognitiven Status sowie zu einem vermehrten Auftreten problematischer Verhaltensweisen führt (Isfort 2012). Darüber hinaus zeigt sich, dass Menschen mit Demenz eine doppelt so hohe Verweildauer haben im Vergleich zu Menschen mit gleicher Diagnose ohne Demenz und bei vorzeitiger Entlassung schneller dem sogenannten Drehtüreffekt unterliegen (vgl. Kirchen Peters et al. 2012). Deshalb zählen demenzbetroffene Menschen im Krankenhaus zu einer äußerst vulnerablen Personengruppe, denn die mit der Krankenhauseinweisung verbundenen Belastungen (fehlende vertraute

Bezugspersonen, veränderte hektische und laute Umgebung, ungewohnte Tagesstrukturen etc.) führen bei ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verstärkten Gesundheitsbeeinträchtigungen (Wingenfeld 2013). Angesichts fehlender Strategien erweist sich für viele demenzbetroffene Patienten der Krankenhausaufenthalt oft als für den weiteren Krankheits- und Versorgungsverlauf wenig förderlich, manchmal sogar kontraproduktiv. Neben negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebensqualität der Patienten hat dies auch Folgen für die Ausgaben im Gesundheitswesen (überdurchschnittlich lange Krankenhausaufenthalte, Drehtüreffekte, häufige Heimeinweisungen sowie Verlegungen in Psychiatrische Krankenhäuser) (Isfort 2012).

Mittlerweile gibt es einige positive Beispiele, wie die Versorgung demenzbetroffener Patienten nachweisbar qualitativ verbessert und daneben positive Kosteneffekte zu erreichen sind. Die Entwicklung von spezifischen Schulungsangeboten für Mitarbeiter, die Qualifizierung von Demenzbeauftragten, die Einrichtung separater und spezialisierter Stationen, die Schaffung einer Tagesbetreuung, spezifische Angebote wie Ernährung oder Physiotherapie, spezifische räumliche Ausstattungen oder auch spezifische Konsiliardienste (Isfort 2014) sind an dieser Stelle beispielhaft zu nennen. Dennoch gelingt

es scheinbar nur äußerst lückenhaft, die überaus überzeugenden Projektelemente in die Akutkrankenhäuser zu transferieren und dort zu verstetigen. Es fehlt insbesondere an spezifischen Konzepten, die für eine Adaption an Krankenhausstrukturen geeignet sind. Dies zeigen sehr deutlich die Ergebnisse des Pflege-Thermometers von 2014 (Isfort 2014). So mangelt es an tagesstrukturierenden Angeboten und fachübergreifenden interdisziplinären Arbeitsgruppen, die sich mit demenzsensiblen Konzepten auseinandersetzen). Vor allem aber fehlt es an spezifisch qualifizierten Pflegepersonen (z.B. Demenzcoaches).

Kompetenzdefizite bei Krankenhauspersonal

Schon 2009 macht Kirchen-Peters (2009) für das Scheitern der Verbreitung demenzsensibler Konzepte neben strukturellen und betriebswirtschaftlichen Gründen insbesondere Kompetenzdefizite beim Krankenhauspersonal verantwortlich: „Insgesamt werden den Krankenhausmitarbeitern bei der Versorgung demenzerkrankter Menschen eine ganze Reihe von fachlichen, sozialen und emotionalen Kompetenzen abverlangt, auf die sie nicht ausreichend vorbereitet sind. (...) Dabei scheitert die Schaffung eines „demenzfreundlichen Milieus“ zum einen an einem mangelnden spezifischen Fachwissen quer durch alle Berufsgruppen, das die notwendige Sensibilisierung für die Situation der Demenzkranken verhindert“ (ebd.: 9). Und obwohl sich in den letzten Jahren die Schulungsangebote für Pflegenden zunehmend etablierten und verbreiten, gibt nach wie vor Hinweise darauf, dass die Mitarbeiter/innen in der Pflege sich unsicher im Umgang mit den bei Demenz auftretenden Verhaltensweisen fühlen (Isfort 2012; Teschauer 2013).

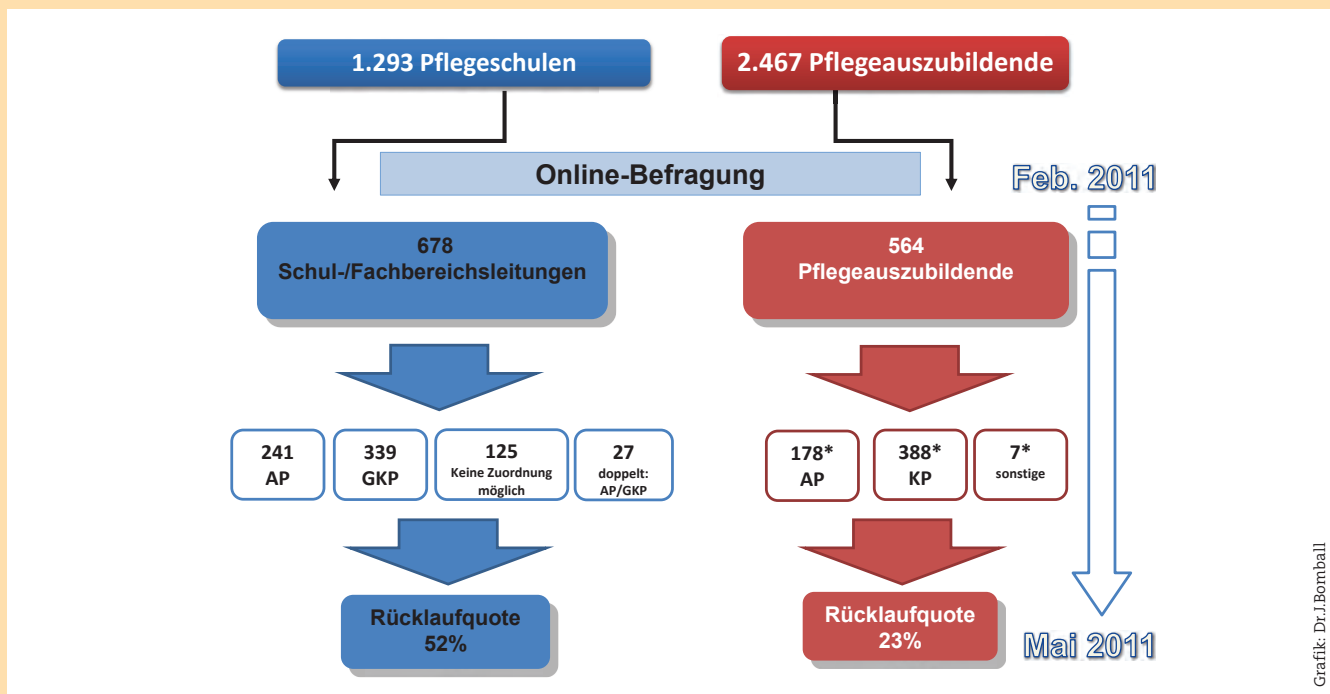


Abb. 1: Zielgruppen und Rücklaufquoten, APO Altenpflege, GKP=Gesundheits- u. Krankenpflege, *Mehrfachnennungen

Soll also die Situation von Patienten mit Demenz in Akutkrankenhäusern deutlich verbessert werden, dann müssen sich die Kompetenzen und das Wissen von Pflegefachpersonen ebenfalls erheblich verbessern. Dabei steht vor allem eine frühzeitige Auseinandersetzung der Pflegenden mit der Versorgung demenzbetroffener älterer Menschen im Krankenhaus im Fokus weiterer, zielführender Bemühungen, die idealerweise bereits in der Pflegeausbildung beginnen sollten. Diesen Überlegungen folgend, führte das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen 2011 eine Studie durch, welche die Vermittlung demenzsensibler nichtmedikamentöser Konzepte erstmals bundesweit in den Ausbildungsstätten thematisierte. Die folgenden Darstellungen beruhen auf deren Ergebnissen dieser Untersuchung (Görres, Stöver, Bomball & Schwanke 2011).

Ziel dieser Studie war es, mittels der Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung von Schul- bzw. Bereichsleitungen (Krankenpflege- und Altenpflegesschulen) sowie Pflegeauszubildenden darzulegen, inwieweit pflegerische Kompetenzen im Sinne nicht medikamentöser Therapien zur Versorgung demenzbetroffener Menschen bereits im Rahmen der Pflegeausbildung systematisch vermittelt werden. Aufbauend auf den empirischen Ergebnissen sollte

die besondere Rolle und Verantwortung der Pflegeschulen und Pflegeauszubildenden hinsichtlich der Verbreitung demenzsensibler Konzepte im Akutkrankenhaus herausgearbeitet werden.

Methodisch orientiert sich die Studie an einer klassischen Querschnittsanalyse. Jeweils zu einem Messzeitpunkt erfolgte eine bundesweite Vollerhebung aller Schul- und Bereichsleitungen der Kranken- und Altenpflegesschulen sowie eine Befragung von Pflegeauszubildenden. Aufgrund der angestrebten Gruppengröße und regionalen Streubreiten wurde die Erhebung beider Zielgruppen mittels einer standardisierten bundesweiten Online-Befragung durchgeführt (per E-Mail wurden alle Pflegeschulen im Bundesgebiet angeschrieben). Die Feldphase erstreckte sich dabei über den Zeitraum von Februar bis Mai 2011 (vgl. Abb. 1).

Zentrale Ergebnisse

Relevanz demenzspezifischer Kompetenzen

Erfreulicherweise zeigen die Daten, dass der Themenbereich „Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz“ bereits in hohem Maße sowohl in den Altenpflegesschulen als auch in den Bildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege curricular verankert ist. Die Relevanz demenzspezifischer Kompetenzen wird sowohl von den

Schul- und/oder Bereichsleitungen als auch den Pflegeauszubildenden beider Berufsfelder gleichermaßen als sehr hoch eingeschätzt. Eine getrennte Betrachtung der Bildungsstätten zeigt dennoch leichte Unterschiede zum Stellenwert demenzspezifischer Kompetenzen in der Pflegeausbildung: Während 92,3 Prozent der Schulleitungen aus dem Bereich Gesundheits- und Krankenpflege die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen sowohl in den Bildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege als auch in den Altenpflegesschulen für gleich wichtig erachten, sind aus den Altenpflegesschulen nur 63,9 Prozent der Befragten dieser Meinung. Ein gutes Drittel der Schul- und Bereichsleitungen sind vielmehr der Meinung, dass die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in der Altenpflegeausbildung eine höhere Relevanz hat.

Berührungspunkte mit Menschen mit Demenz während der Ausbildung

Der hohe Stellenwert demenzspezifischer Kompetenzen bei den Lehrenden erklärt sich vor allem daraus, dass Auszubildende in den verschiedenen Pflegesettings (Krankenhaus, stationäre Altenpflege, ambulante Pflege und Tagespflege) mit der Pflege von Menschen mit Demenz zunehmend konfrontiert

sind. Die Auszubildenden beider Ausbildungsgänge (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) geben mehrheitlich an, dass sie mehrmals wöchentlich, manchmal auch täglich, mit der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz betraut werden. Nicht überraschend sind die deutlichen Ergebnisse bei den Altenpflegeauszubildenden: In den Versorgungseinrichtungen der stationären Altenpflege übernehmen fast 90 Prozent der Auszubildenden die Versorgung von Menschen mit Demenz. Während die Häufigkeit und Kontinuität des Umgangs mit Menschen mit Demenz für die Altenpflegeauszubildenden zu vermuten war, zeigt sich diese für die Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden insbesondere im Versorgungssetting Krankenhaus in einem überraschend hohem Umfang. Hier geben immerhin 75,6 Prozent der Auszubildenden an, „täglich bis mehrmals täglich“ bzw. „mehrmals wöchentlich“ demenzerkrankte Menschen zu betreiben.

Darüber hinaus findet eine pflegerische Versorgung demenzerkrankter Menschen in der ambulanten Pflege durch gut 50 Prozent der Befragten „täglich bis mehrmals täglich“ bzw. „mehrmals wöchentlich“ statt. Von den

bislang in der Tagespflege eingesetzten Auszubildenden wird die Häufigkeit der Betreuung mit 42 Prozent angegeben.

Vermittlung demenzsensibler Konzepte an den Pflegeschulen

Um die Bandbreite der Vermittlung unterschiedlicher nichtmedikamentöser Ansätze zu ermitteln, wurde innerhalb der Untersuchung eine Vielzahl von unterschiedlichen demenzsensiblen Ansätzen und Theorien abgefragt und in folgenden Themenbereiche zusammengefasst:

- Umgangs- und Interaktionsformen (z.B. Kommunikationsformen, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Validation)
- Medizinisch-pflegerische Ansätze (z.B. Krankheitsbild, diagnostische Testverfahren, medikamentöse Ansätze)
- Wahrnehmungs- und Körperorientierte Ansätze (z.B. Basale Stimulation, Snoezelen, Ergotherapeutische Ansätze)
- Betreuungsansätze (z. B. 10-Minuten-Aktivierung, tagesstrukturierende Maßnahmen, musik-, mal- und kunsttherapeutische Ansätze)Spezielle Theorien/Ansätze (z.B. H.I.L.D.E.;

Psychobiographisches Modell nach Böhm, Personenzentrierter Ansatz nach Kidwood)

Die Ergebnisse zeigen bezüglich der Wissensvermittlung und Umsetzung dieser Ansätze Unterschiede zwischen den beiden Ausbildungsgängen: Während in der Altenpflegeausbildung alle fünf Themenbereiche annähernd gleich hoch gewichtet werden, konzentriert sich die theoretische Vermittlung demenzspezifischer Themen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung verstärkt auf Umgangs- und Interaktionsformen sowie medizinisch-pflegerische Ansätze.

Theorie-Praxis-Transfer zu demenzsensiblen Konzepten

Unterschiede zwischen den Ausbildungsgängen zeigen sich ebenso in methodisch-didaktischer Hinsicht. Innerhalb der Altenpflegeausbildung erfolgt neben der theoretischen Bearbeitung demenzspezifischer Themenfelder in höherem Umfang eine Übungs-, Anwendungs- und Praxisphase. Das ist innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in weitaus geringerem Maße festzustellen. Hier liegt der Schwerpunkt vor allem in der theoretischen Wissensvermittlung. Ein Transfer bereits erworbenen Wissens in Form von

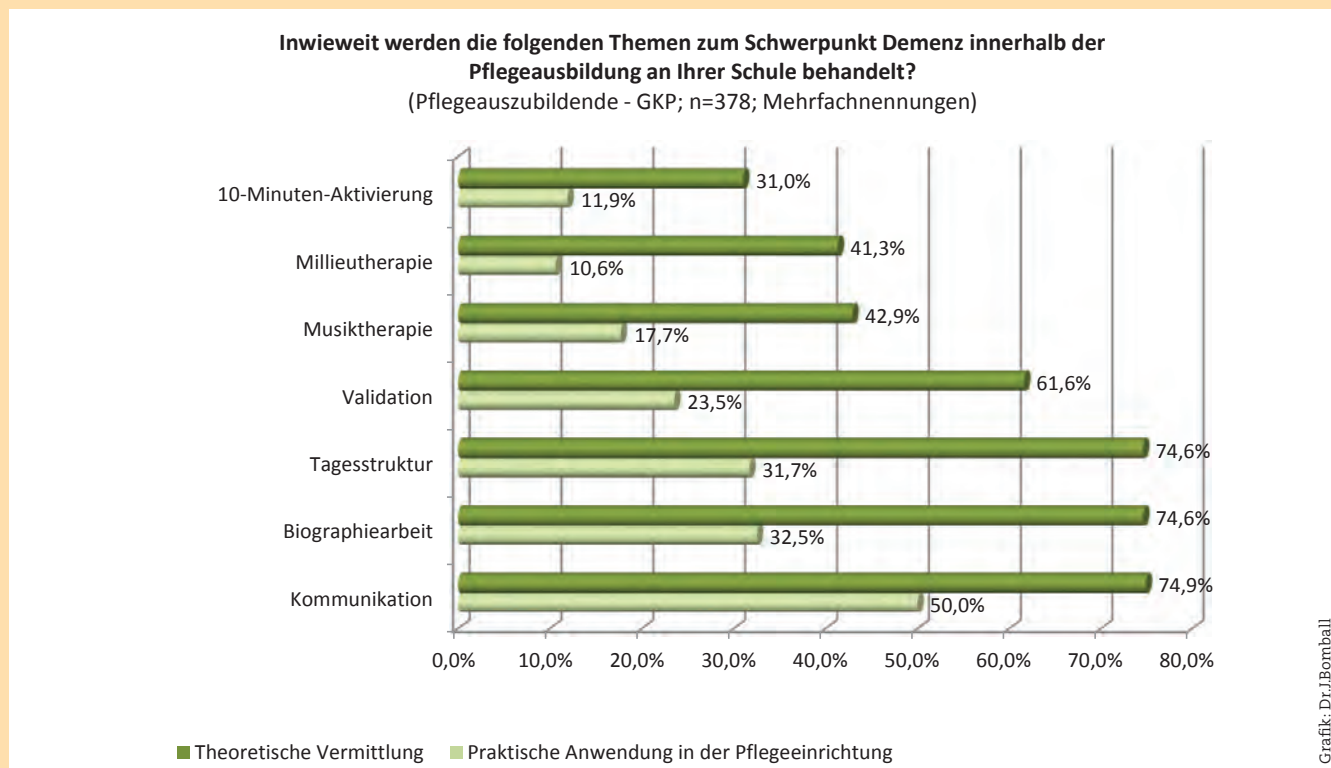
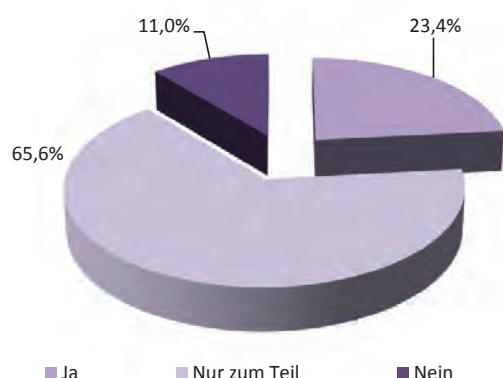


Abb.2: Demenzspezifische Schwerpunkte in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Glauben Sie, dass Ihre bisherigen Kompetenzen und Ihren Erfahrungen ausreichen, um Menschen mit Demenz passend und bedürfnisorientiert zu versorgen?

(n = 355; keine Angabe = 23)

Pflegeauszubildende - GKP



Glauben Sie, dass Ihre bisherigen Kompetenzen und Ihren Erfahrungen ausreichen, um Menschen mit Demenz passend und bedürfnisorientiert zu versorgen?

(n = 163; keine Angabe = 6)

Pflegeauszubildende - AP

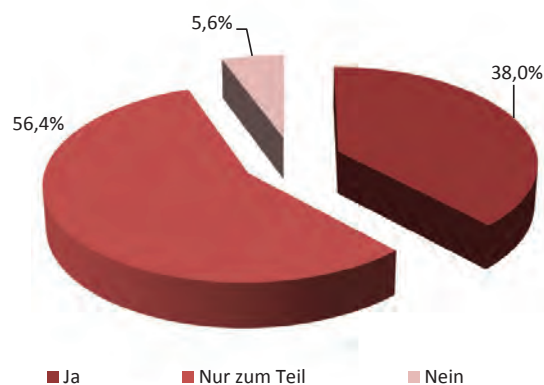


Abb. 3: Demenzspezifische Kompetenzen der Auszubildenden

praktischer Anwendung findet deutlich seltener statt.

Insgesamt betrachtet zeigt sich im Hinblick auf die Behandlung und Umsetzung einzelner demenzspezifischer Themenbereiche in die Praxis, dass die Übungs- und Anwendungsmöglichkeiten für Pflegeschüler in den Pflegeeinrichtungen bislang nicht optimal genutzt werden. Obwohl sich das Problem sich für beide Ausbildungen stellt, trifft dies in weitaus stärkerem Maße für die Gesundheits- und Krankenpflege, zu. Die zum Teil sehr hohe Differenz zwischen theoretischer Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in der Schule und praktischer Anwendung und Übung in den Praxisorten zeigt sich besonders stark bei Themen wie Tagesstrukturierung, Biographiearbeit sowie Validation (vgl. Abb. 2).

Die Analyse der Daten verdeutlicht sowohl aus Sicht der Schulleitungen, als auch nach Meinung der Auszubildenden, dass die Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers seitens der Pflegepraxis optimiert werden kann: Auf einer Skala von 0 (gar keine Unterstützung) bis 10 (sehr gute Unterstützung) konnten beide Befragungsgruppen einschätzen, inwieweit sie sich von den Praxislernorten beim Theorie-Praxis-Transfer von demenzspezifischen Kompetenzen unterstützt fühlen. Die Ergebnisse zeigen

insgesamt bei allen Befragungsgruppen einen durchschnittlichen Wert zwischen 4 und 5 und damit einen großen Erweiterungsspielraum.

Als notwendige Optimierungsmaßnahmen werden vor allem von den Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege konkrete Anwendungsmöglichkeiten in den praktischen Lernorten sowie ein stärkerer Praxisbezug im Unterricht genannt. Die Altenpflegeauszubildenden wünschen sich eine engere Kooperation zwischen den Lernorten und mehr Ressourcen zur Umsetzung demenzsensibler Ansätze. Darüber hinaus werden von den Pflegeschulen als Verbesserungsmaßnahmen insbesondere ein vermehrter theoretischer Bezug in der Pflegepraxis sowie eine verbesserte Qualifikation der Praxisanleiter hervorgehoben.

Sicherheit und Kompetenzzempfinden im Umgang mit Menschen mit Demenz

Wie bedeutend die Übungsmöglichkeiten in den Praxislernorten für das Sicherheits- und Kompetenzzempfinden der Auszubildenden sind, wird anhand der Einschätzung der eigenen Kompetenzen deutlich. Nicht einmal ein Drittel der befragten Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden fühlt

sich zum Zeitpunkt der Befragung sicher in der Pflege und Begleitung von demenzbetroffenen Menschen. Die Altenpflegeauszubildenden zeigen ebenfalls Kompetenzunsicherheiten, wenn auch in geringerem Maße. Zu bedenken ist auch bei diesen Ergebnissen, dass sich 80 Prozent der befragten Auszubildenden bereits im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr befinden.

Obwohl eine Wissensvermittlung zum Thema Demenz in hohem Umfang stattfindet und die Auszubildenden sehr häufig in der Demenzbetreuung eingesetzt werden, wirkt sich dies nur sehr begrenzt auf ihr Sicherheits- und Kompetenzzempfinden aus: so glauben nur 23,4 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegeschüler, dass ihre Kompetenzen zum Zeitpunkt der Befragung ausreichen, um Menschen mit Demenz bedürfnisorientiert zu pflegen und zu begleiten. In der Altenpflege trifft dies immerhin für 38 Prozent der Schüler zu (vgl. Abb. 3).

Die größten Schwierigkeiten haben die Pflegeauszubildenden beider Berufsgruppen (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) dann, wenn Aggressionen von Seiten des Demenzerkrankten auftreten. 74 Prozent der Auszubildenden wissen in diesen Situationen nicht, wie sie sich verhalten können. 68,6 Prozent empfinden es schwierig

bis sehr schwierig, wenn sie das Gefühl haben, dass sie den Menschen mit Demenz nicht erreichen können. Probleme bereiten den Auszubildenden auch Situationen, in denen die Bedürfnisse des Erkrankten nicht deutlich erkannt werden können (64,9 Prozent) oder der Mensch mit Demenz apathisch reagiert oder gar nicht erreichbar erscheint (64,5 Prozent). Weiterhin ist es für die Auszubildenden schwer, mit der Hilflosigkeit von Betroffenen und Angehörigen umzugehen.

Umsetzung demenzsensibler Konzepte

Der Grad der Umsetzung demenzsensibler nichtmedikamentöser Konzepte wird von allen Befragten in den Einsatzorten der Altenpflege erwartungsgemäß höher eingeschätzt als im Krankenhaus oder in der ambulanten Krankenpflege. Die Pflegeauszubildenden vermuten den höchsten Umsetzungsgrad in Alten- und Pflegeheimen (69,6 Prozent hoch bis sehr hoch). Die Schulleitungen benennen an erster Stelle die Tagespflege als diejenige Institution, in der demenzspezifische Konzepte am häufigsten umgesetzt werden (73,1 Prozent hoch bis sehr hoch). Im Unterschied dazu findet eine tatsächliche Umsetzung demenzsensibler Konzepte im Krankenhaus nach Ansicht der Befragten kaum statt. Lediglich 6,4 Prozent der Schulleitungen und 14,6 Prozent der Auszubildenden schätzen den Grad der Umsetzung demenzsensibler Konzepte im Krankenhaus als hoch bis sehr hoch ein.

Die größten Barrieren im Krankenhaus liegen nach Meinung der meisten Pflegeauszubildenden in den unzureichenden Rahmenbedingungen wie fehlende Hilfsmittel, Räumlichkeiten, Zeit, Personal und finanzielle Ressourcen (72,7 Prozent), in der nicht ausreichenden Qualifikation der Mitarbeiter (51,6 Prozent) sowie in dem fehlenden Sicheinlassen wollen oder dem Desinteresse an den veränderten Bedürfnissen und Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz (32,1 Prozent).

Zukünftiger Bedarf an demenzsensiblen Konzepten und Kompetenzen

Der zukünftige Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen im Krankenhaus wird von allen Befragungsgruppen deutlich höher als der aktuelle Bedarf einge-

schätzt. Dabei zeigen die Ergebnisse aus der Gesundheits- und Krankenpflege etwas höhere Werte im Vergleich zur Altenpflege.

Fazit

Resümierend zeigen die Daten sehr eindrucksvoll, dass die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen vorallem im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zukünftig noch stärker zu berücksichtigen ist. Insgesamt gilt es, eine intensivere Auseinandersetzung mit und stärkere Integration von demenzsensiblen Konzepten, wie beispielsweise Betreuungs-, Wahrnehmungs- und körperorientierte Ansätze, insbesondere im Krankenhaus gezielt zu forcieren. Voraussetzung hierfür ist eine frühzeitige Kompetenzvermittlung bereits in der Ausbildung sowie die Sicherstellung eines erfolgreichen Theorie-Praxis-Transfers. Dabei sind vor allem die Praxisorte gefragt, den Schülern gezieltere Anleitungssituationen und kontinuierliche Trainingsmöglichkeiten von demenzsensiblen Konzepten in den Arbeitsalltag zu ermöglichen. Ferner erscheint eine Ausweitung der Praxiseinsatzorte in der Ausbildung zum Beispiel in geriatrische Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Gerontopsychiatrie, der Tagespflege, Memorykliniken und betreuten Wohngruppen sinnvoll, um die vielfältigen Möglichkeiten im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen kennen zu lernen.

Im Rahmen der Reform der Pflegeausbildung bietet sich die Chance, die vielfältigen Ansätze und Trainingsmöglichkeiten zur pflegerischen Versorgung demenzerkrankter Menschen, die in der Altenpflegeausbildung im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung deutlich stärker vorhanden und etabliert sind, in einer generalistischen Pflegeausbildung umfassend und gleichgewichtig zu verankern. Denn durch eine gelungene Zusammenführung der drei bisherigen Pflegeberufe erwerben zukünftig Pflegenden demenzspezifische Kompetenzen unabhängig von einzelnen Versorgungsbereichen. Dies kann entscheidend zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen beigetragen. <<



Literatur

Görres S., Stöver M., Bomball, J. & Schwanke, A. (2012): Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen. IPP-Schriften, Ausgabe 8/2012. Online verfügbar unter ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp_schriften08.pdf (abgerufen am 12.01.2016).

Isfort, M. (2012): *Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Hg. v. Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter www.dip.de, (abgerufen am: 11.01.2016).

Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D. & Siegling, B. (2014): *Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus*. Hg. v.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter www.dip.de, (abgerufen am 12.01.2016).

Kirchen-Peters S., Herz-Silvestrini D., Bauer J. (2012): „Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern“, www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf (abgerufen am: 6.01.2016).

Kirchen-Peters S. (2009): *Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Zwischenbericht für die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken*. Statistisches Bundesamt (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025.

Teschauer, W. (2013): *Belastungserleben des Pflegepersonals bei der Versorgung von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus*. Wissenschaftliche Begleitforschung zu einem Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Landesverband Bayern. In: *transferplus* (8), S. 7-13.

Wingenfeld K. & Steinke, M. (2013): *Tagesbetreuung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Evaluationsstudie*. In: *Das Krankenhaus* (11), S. 1148-1153.

Autorenkontakt:

Dr. Jaqueline Bomball, wissenschaftl. Mitarbeiterin, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abtl. Interdisziplinäre Altersforschung an der Universität Bremen.
Kontakt: JBomball@uni-bremen.de

Campus-Fragebogen

Thema: Demenz

Punkte: 1

PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

1. Was ist die Ursache dafür, dass immer mehr Menschen an Demenz erkranken?

- a) Unregelmäßiges Trinken
- b) Eine schleichende Infektionskrankheit
- c) Das Durchschnittsalter steigt insgesamt an und damit das Risiko

2. Wie lässt sich die Situation von Patienten mit Demenz in Krankenhäusern verbessern?

- a) Mehr TV-Geräte aufstellen
- b) Besser geschultes Personal im Umgang mit demenzbetroffenen Menschen
- c) Regelmäßig Vorlesen

3. Im Beitrag wird über eine Studie über Demenz berichtet. Was war deren Ziel?

- a) Ursachen der Demenzerkrankungen herauszufinden
- b) Herauszufinden, wie man die Umgebung Demenzkranker freundlicher gestalten kann
- c) Die Vermittlung demenzsensibler nicht medikamentöser Konzepte in der Pflegeausbildung

4. Wieviel Prozent der Schulleitungen (Gesundheits- und Krankenpflege) schätzen die Relevanz demenzspezifische Kompetenzen als hoch ein?

- a) 10 Prozent
- b) 92,3 Prozent
- c) 33,7 Prozent

Schulungsnummer: 20151004160003

Einsendeschluss: 31.03.2016

Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

5. Welche notwendigen Optimierungsmaßnahmen bei demenzspezifischen Kompetenzen werden von den Auszubildenden in der Studie genannt?

- a) Konkrete Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis sowie stärkerer Praxisbezug im Unterricht
- b) Bessere Beschäftigungsmöglichkeiten für Demenzkranke
- c) Den Patienten mehr Zuwendung schenken

6. Womit haben Pflegeauszubildende im Umgang mit Demenzkranken am häufigsten Schwierigkeiten?

- a) Häufige Inkontinenz der Patienten
- b) Immobilität der Patienten
- c) Aggressionen der Patienten

7. Wieviel Prozent der befragten Pflegeschüler (Gesundheits- und Krankenpflege) glauben, dass ihre Kompetenzen bei der Pflege Dementer ausreichen?

- a) 23,4 Prozent
- b) 89,7 Prozent
- c) 16,5 Prozent

8. Was ist das Fazit der Studie?

- a) Demenzforschung wird überbewertet
- b) Nur eine frühzeitige Kompetenzvermittlung stellt einen erfolgreichen Theorie-Praxis-Transfer sicher
- c) Demenzkranke können nur in Spezialkliniken behandelt werden



Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

Teilnahme

Sollten Sie die notwendige Anzahl richtiger Antworten haben, erhalten Sie ein Zertifikat, mit dem Sie einen Fortbildungspunkt im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP, www.regbp.de) gutgeschrieben bekommen. Dafür müssen Sie bei Regbp.de registriert sein.

Sie haben zwei Möglichkeiten, den Fragebogen einzusenden: Postalisch oder Sie laden den Artikel als PDF über unser Pflegeportal www.kohlhammer-pflege.de herunter, füllen den Fragenbogen aus und schicken ihn per E-Mail an pflegezeitschrift@kohlhammer.de. Die Teilnahme ist für Abonnenten kostenlos.

Sie gelangen auch über www.regbp.de zum Artikel/Fragebogen. Geben Sie dazu in der Suchmaske die Schulungsnummer ein.

Wenn Sie uns den Fragebogen per Post schicken wollen, dann senden Sie ihn an W. Kohlhammer GmbH, Redaktion Pflegezeitschrift, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart.

Bitte beachten Sie den Einsendeschluss.

> Praktikum im Studium

Neue berufliche Impulse

KATJA MARQUARDT

Grau ist alle Theorie: Da die meisten Pflegestudiengänge an Fachhochschulen angeboten werden, in jedem Fall aber einen hohen Praxisbezug aufweisen, ist ein längeres Praktikum in nahezu allen Studiengängen obligatorisch. Die Hochschulen pflegen zumeist einen kontinuierlichen Austausch mit Einrichtungen des Gesundheitsbereichs über aktuelle Themen und Anforderungen in der Pflege, die dann in Projekten bearbeitet werden.

Häufig haben die Studenten durch eine vorangegangene Ausbildung bzw. Berufstätigkeit schon viel Praxiserfahrung, studieren berufs begleitend oder dual. Für viele berufs begleitende Studenten mag das Pflichtpraktikum daher zunächst als eine zusätzliche Belastung wahrgenommen werden. Es bietet jedoch die einmalige Möglichkeit, noch mal einen neuen Arbeitsbereich, im Idealfall in einer fremden Einrichtung, kennenzulernen. Hieraus können neue berufliche Impulse entstehen, in welchen Bereich man nach dem Studium gehen möchte. Nicht zuletzt werden durch das Praktikum wichtige Kontakte zu potenziellen Arbeitgebern geknüpft. Besonders wichtig sind ausgedehnte Praxisphasen in den Pädagogik-Studiengängen. An der Hochschule Weingarten etwa absolvieren die Bachelorstudenten der Pflegepädagogik im fünften von sieben Semestern ein ganzes Praxissemester.

Wie auch an anderen Standorten zeichnet sich das Studium an der Hochschule Osnabrück durch die enge Verzahnung von theoretischen Inhalten und praktischer Anwendung aus. Pflegewissenschaft und Pflegemanagement werden an der HS Osnabrück berufs begleitend studiert. Dort werde der praktische Anteil zumeist über die Berufstätigkeit der Studierenden abgeleitet, erläutert Marlies Böggemann. Sie ist Diplom-Pflegepädagogin und Koordinatorin der Studiengänge Pflege dual (B. Sc.) und Pflegewissenschaft (B. A.). Im Rahmen des Studiums ist jedoch zusätzlich noch ein wissenschaftliches Praxisprojekt über zwölf Wochen vorgesehen, aus dem in der Regel auch die

Abschlussarbeit hervorgeht. Viele Studierende nutzen diese Zeit, um noch andere Praxisbereiche kennenzulernen. Das sei jedoch nicht immer einfach umzusetzen, da sie schließlich ihrem Arbeitgeber verpflichtet seien, weiß Böggemann. Auf der Grundlage des Praxisprojekts müssen die Studenten einen Bericht schreiben. In der anschließenden Präsentation geht es auch darum, ob sie in ihrem Praxiseinsatz genug Unterstützung bekommen haben und ob sie das Praktikum weiterempfehlen würden.

Potenzielle Arbeitsfelder kennenlernen

Der Fachbereich Gesundheit und Soziales verfügt über vielfältige Praxiskontakte, von denen die Studenten profitieren: „Über unseren dualen Studiengang ‚Pflege‘ für die Erstqualifikation haben wir viele Kooperationspartner in der Region, mit denen wir eng zusammenarbeiten. Von dieser Kooperation profitieren auch unsere angehenden Pflegewissenschaftler und -manager“, berichtet Böggemann. Zudem pflege man den Kontakt zu den Absolventen, die in vielfältigen Praxisfeldern tätig sind.

Viele Studenten der Pflegewissenschaft beschäftigen sich im Praktikum mit Fragen der Qualitätsentwicklung, einem der Schwerpunkte des Studiums. Die Studierenden wenden sich dann in der Regel an die Qualitätsbeauftragten großer Kliniken oder Altenhilfeeinrichtungen, erläutert die Studiengangskordinatorin der HS Osnabrück. Auch über das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, das an der

Hochschule angesiedelt ist, gibt es viele Anknüpfungspunkte. Viele Pflegewissenschaftler sind nach dem Studium als Pflegeexperten tätig und sorgen in stationären, ambulanten oder Beratungseinrichtungen für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Pflegepraxis. Weitere Tätigkeitsfelder und damit auch mögliche Anlaufstellen für ein Praktikum sind die Fort- und Weiterbildung, Berufsverbände oder -organisationen, europäische und internationale Organisationen, aber auch die Forschung.

Pflegemanager übernehmen später Aufgaben im mittleren Management, sind zuständig für die Implementierung von Qualitätsmanagement-Systemen, qualitätssichernde Aufgaben, gutachterliche Tätigkeiten sowie Beratung, Anleitung und Schulung. Mögliche Arbeitgeber sind neben Pflege- und Versorgungseinrichtungen Verbände, Unternehmen aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittelindustrie, Fachverlage, Kranken- und Pflegekassen sowie Beratungsstellen.

Dass die Einrichtungen nicht genügend Kapazitäten haben, Praktikanten – zum Beispiel in der Qualitätsentwicklung – aufzunehmen und anzuleiten, kann Marlies Böggemann nicht bestätigen: „Da häufig unsere Absolventen diese Stellen besetzen, kennen sie die Anforderungen des Studiums und sind entsprechend auf die Praktikanten eingestellt.“ Ein wesentlicher Aspekt des Praktikums ist weiterhin, darüber Kontakte zu späteren Arbeitgebern zu knüpfen. „Aber auch wenn der Einsatz in der eigenen Einrichtung abgeleitet wird, kann er dazu genutzt werden, sich mit seinen durch das Studium erworbenen Fähigkeiten in einem neuen Aufgabenbereich zu profilieren“, erklärt die Koordinatorin.

Zum Praktikum ins Ausland

Sogar mit ausländischen Praxispartnern arbeitet die HS Osnabrück zusammen: „Auslandspraktika empfehlen und för-



Neben der Theorie ist bei allen Pflegestudiengängen der Fachhochschulen ein längeres Praktikum erforderlich.

dem wir sehr, haben aber die Erfahrung gemacht, dass das für die berufsbegleitend Studierenden oft nur schwer machbar ist“, erläutert Böggemann. Im dualen Studiengang sehe das anders aus: Dort gibt es im sechsten Semester eine zwölfwöchige Praxisphase, in der etwa die Hälfte ins Ausland geht, vorwiegend innerhalb Europas, zum Beispiel nach Zypern, Portugal, Skandinavien und Großbritannien. Aber auch nach Hongkong oder Brasilien. Dass die Studenten dort unter Umständen auf ganz andere Aufgabengebiete, Qualifikationen und Verantwortungsbereiche treffen, als sie es von Deutschland kennen, sei kein Problem, sondern – im Gegenteil – sogar gewünscht. „In den meisten europäischen Ländern ist die Pflege ja schon viel stärker akademisiert. Hier berichten die Studenten regelmäßig, wie spannend es ist, die praktische Anwendung auf den Stationen mitzubekommen, die hierzulande noch in den Anfängen steckt.“

Richtig bewerben

Die Bewerbung für ein Praktikum unterscheidet sich kaum von einer Bewerbung auf eine „richtige“ Stelle. Auch hier gehören ein korrektes, aussagekräftiges und passgenaues Anschreiben sowie ein vollständiger Lebenslauf dazu. Wer eine Bewerbung für ein Praktikum zusam-

menstellt, sollte sich immer in die Lage des Verantwortlichen versetzen, der die Bewerbung – häufig neben zahlreichen anderen – auf den Tisch bekommt. Wichtig ist es daher von Anfang an, Interesse zu wecken und aus der Masse hervorzustechen. Wer sich initiativ bewerben möchte, sollte sich vorher im Unternehmen erkundigen, ob eine Initiativbewerbung erwünscht ist und an wen diese zu richten ist. Ein vorangegangenes Telefonat kann gleichzeitig dazu dienen, schon mal einen positiven ersten Eindruck beim zukünftigen Chef oder dem Vorgesetzten zu hinterlassen. Große Einrichtungen haben oft eine Vielzahl an Stellen ausgeschrieben, deshalb ist es wichtig, bereits den Betreff im Anschreiben klar zu formulieren.

Das Anschreiben sollte nicht länger als eine DIN-A4-Seite sein. Inhaltlich sollte dort deutlich werden, warum man sich für das Praktikum bewirbt, was einen an der Einrichtung besonders interessiert, und warum man glaubt, der Richtige für die Stelle zu sein. Beim Formulieren des Anschreibens kann man sich an bewährten Mustern orientieren, sollte sich aber davor hüten, in die Phrasenfalle zu tappen: Mit einem „hiermit bewerbe ich mich auf die ausgeschriebene Stelle als ...“ überzeugt man niemanden. Personaler achten da-

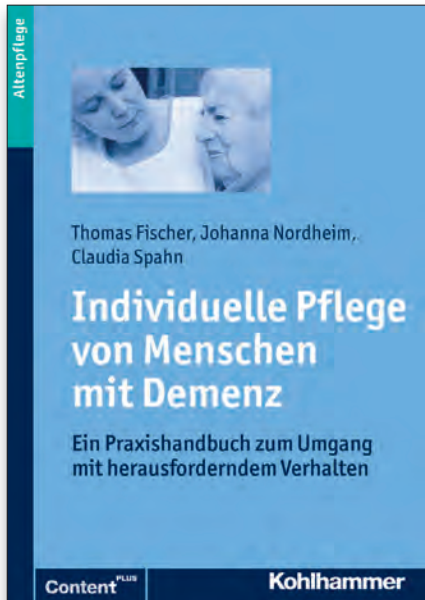
rauf, ob der Bewerber die Stellenanzeige genau gelesen hat und sich darüber hinaus über das Unternehmen und das ausgeschriebene Praktikum informiert hat, verrät das Staufenberg-Institut auf seiner Website www.staufenbiel.de, wo Interessierte zu allen Aspekten der Bewerbung umfangreiche Tipps und Muster finden. Der Lebenslauf muss vollständig und übersichtlich sein, ebenso sollten die für das Praktikum relevanten beruflichen Stationen, Studieninhalte und Fähigkeiten besonders hervorgehoben werden. <<

Hinweis: Der für die Ausgabe 3/2016 vorgesehene Beitrag von Katja Marquardt über Beratungsangebote, erscheint in der nächsten Ausgabe.

Autorenkontakt:

Katja Marquardt, Gesundheits- und Krankenpflegerin, M.A. Sprach- und Kommunikationswissenschaft, ist freiberufliche Journalistin und lebt in Frankfurt/Main.
Kontakt: katja.marquardt@gmail.com

Fachliteratur für die Pflegepraxis



Thomas Fischer/Johanna Nordheim/Claudia Spahn

Individuelle Pflege von Menschen mit Demenz

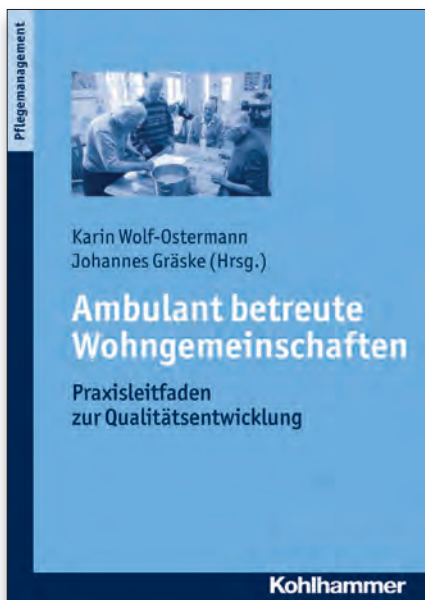
Ein Praxishandbuch zum Umgang mit herausforderndem Verhalten

Ca. 180 Seiten. Kart. Ca. € 39,-
ISBN 978-3-17-022972-3

auch als
EBOOK

Bei Menschen mit Demenz kommt es häufig zu sog. herausfordernden Verhaltensweisen. Pflegefachkräfte müssen die Ursache des Verhaltens erkennen, um angepasste Maßnahmen ableiten zu können. Mit der Serial Trial Intervention (STI) stellt das Buch eine praxisnahe Richtschnur hierfür vor, die unter anderem definierte Handlungsabfolgen und Checklisten beinhaltet. Hintergründe zu herausforderndem Verhalten sowie zu relevanten weiteren Phänomenen (Schmerz, Delir etc.) werden zudem vermittelt. **Content^{PLUS}** beinhaltet Checklisten und Dokumentationsbögen.

Prof. Dr. Thomas Fischer, MPH, ist Professor für Pflegewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Dresden. **Dr. Johanna Nordheim** ist Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie der Charité in Berlin. **Claudia Spahn** ist Krankenschwester, Dipl.-Pflegerin (FH) und Inhaberin von quabera – Perspektiven für die Pflegeprozessgestaltung.



Karin Wolf-Ostermann/Johannes Gräske (Hrsg.)

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung

2013. 144 Seiten, 6 Abb., 3 Tab. Kart. € 39,90
ISBN 978-3-17-023362-1

auch als
EBOOK

Menschen mit Pflegebedarf und/oder Demenz sowie ihre Angehörigen favorisieren zunehmend kleinräumliche, alltags- und familiennahe Versorgungsformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften. Das Angebot hierzu steigt stetig an, so dass die Frage nach der Qualität der Versorgung in diesem Setting von zunehmendem Interesse ist. Das Buch bietet evaluierte Qualitätsindikatoren speziell für ambulant betreute Wohngemeinschaften, um zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Bewohner beizutragen. Weiterhin gibt es praxisnahe methodische Anregungen zur Qualitäts(weiter)entwicklung unter Einbeziehung aller Akteure (bspw. Angehörige, Pflegedienste, Vermieter, Therapeuten, Ärzte).

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Professur für empirische Sozial- und Pflegeforschung an der Alice Salomon Hochschule Berlin. **Johannes Gräske**, Dipl.-Pflegerin (FH), wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer

Nachfrage und Leistungsangebot von Pflegestützpunkten in Baden-Württemberg

Pflegestützpunkte sind eine wichtige Anlaufstelle für Menschen mit Fragen in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit. Die Autorin zeigt die Entwicklung des Beratungsangebotes am Beispiel des südwestlichen Bundeslandes.

Im Jahr 2008 wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die gesetzliche Möglichkeit zur Etablierung von Pflegestützpunkten in Deutschland geschaffen. Damit sollten wahrgenommene Defizite im Beratungsangebot für ältere und hilfebedürftige Menschen und ihre Angehörigen kompensiert werden. Die Rat- und Hilfesuchenden wissen oftmals nicht, welche gesetzlichen Leistungen ihnen zustehen und/ oder sie sind mit der Wahl der passenden Leistungsanbieter überfordert.

Außer Sachsen und Sachsen-Anhalt haben mittlerweile alle Bundesländer Pflegestützpunkte eingerichtet, deutschlandweit gibt es etwa 400, davon 48 in Baden-Württemberg.

In einer Vollerhebung dieser n=48 Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) das Leistungsangebot und die Nachfrage dieser Einrichtungen evaluiert. Dazu wurden in einer Querschnittsstudie die Dokumentationen der Pflegestützpunkte über einen Zeitraum der vergangenen sechs Monate mit einem eigens dafür entwickelten Erhebungsinstrument analysiert. In dem Beobachtungszeitraum wurden insgesamt n=21.378 Klienten mit n=43.119 Kontakten erfasst. Das entspricht einer durchschnittlichen monatlichen Zahl von n=74 Klienten bzw. 149 Kontakten pro Pflegestützpunkt. Es zeigte sich, dass nur 22,5 Prozent der dokumentierten Kontakte mit den Klienten selbst stattfanden. Häufiger waren Kontakte mit den Angehörigen (49,2 Prozent). Die Klienten waren in der Mehrheit Frauen (62,7 Prozent) und jeweils gut ein Drittel war zwischen 70 und 80 Jahren (33,5 Prozent) respektive zwischen 80 und 90 Jahren (32,9 Prozent). Die ratsuchenden Klienten waren überwiegend nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung und hatten somit keine Pflegestufe (60 Prozent). Von den übrigen 40 Prozent mit Pflegestufe nach SGB XI hatten 23 Prozent Pflegestufe I, 12,8 Prozent Pfl-

gestufe II, 4 Prozent Pflegestufe II und 0,2 Prozent eine Härtefallregelung.

Das Angebot der Pflegestützpunkte war breit gefächert und reichte von Einzelinformationen, also Auskünfte unabhängig vom individuellen Fall (41,6 Prozent), über eine Beratung, also Informationen zu Hilfe- und Unterstützungsleistungen für die Bewältigung der eigenen individuellen Situation, einschließlich emotionaler Unterstützungsleistungen (40,6 Prozent) bis hin zu einem Case Management für Klienten

Die Autoren kommen zu dem Fazit, dass mit einer bundesweiten Gesamtzahl von 400 Pflegestützpunkten die vom Gesetzgeber intendierte flächendeckende Versorgung noch lange nicht gewährleistet sei. Aufgrund der föderalen Strukturen, die Verantwortung liegt bei den Ländern, zeigen sich deutliche Unterschiede in Quantität und Qualität der Pflegestützpunkte und auch in Baden-Württemberg sei die konzeptionelle Entwicklung derzeit noch nicht abgeschlossen.



Foto: Alexander Rathus/Fotolia

Pflegestützpunkte sind wichtige Anlaufstellen für Menschen mit Fragen in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit.

ten die nicht in der Lage sind, die eigene Situation selbstständig zu bewältigen (17,8 Prozent). Das Themenspektrum umfasste Fragen zu pflegerischen Problemen und zu komplementären Themen wie Haushaltshilfen und Finanzen. Die meisten Gespräche dauerten maximal eine halbe Stunde (75,4 Prozent), davon überwiegend Gesprächsdauern von bis zu 10 Min. (42,3 Prozent).

Quelle: Tebest R, Mehnert T, Nordmann H und Stock S (2015). Angebot und Nachfrage von Pflegestützpunkten. Ergebnisse der Evaluation aller baden-württembergischen Pflegestützpunkte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48: S. 734-739.

Autorenkontakt:

Referiert und kommentiert von **Dr. rer. cur. Antje Tannen**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité-Universitätsmedizin Berlin.
Kontakt: antje.tannen@charite.de

Kommentar



Diese erste Evaluation im Auftrag des baden-württembergischen Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren gibt einige Hinweise auf das Nutzerverhalten und das Leistungsangebot der Pflegestützpunkte. Eine Interpretation der Daten ist schwierig, da zum einen der reale Bedarf (qualitativ und quantitativ) an Beratung und Unterstützung im ambulanten Versorgungssektor nicht bekannt ist und zum anderen die Sekundäranalyse der oftmals anonymen Dokumentation auch nicht personenbezogen ist. So lassen sich nur die Kontakte auswerten, jedoch weiß man nicht, wie viele Mehrfachkontakte in dem Beobachtungszeitraum stattfanden. Offen bleiben auch die Nutzerperspektive (Erwartungen, Bedürfnisse, Zufriedenheit) sowie patienten- oder systembezogene Effekte von Pflegestützpunkten (zum Beispiel bessere Gesundheitsparameter, Inanspruchnahmeverhalten).



Die **St. Elisabeth Gruppe – Katholische Kliniken Rhein-Ruhr** ist eine dynamisch wachsende kirchliche Gruppe von Akutkrankenhäusern und Fachkliniken der maximalen Breitenversorgung, Altenpflegeeinrichtungen, eines Hospizes und diversen Schulungseinrichtungen. Die Standorte in Herne und Witten stellen mit derzeit rund 4.100 Mitarbeitern und mehr als 1.500 Planbetten die überregionale Versorgung mitten im Ruhrgebiet sicher. Alle Gruppenmitglieder zeichnen sich durch fachliche Kompetenz und Menschlichkeit aus. Unter dem Dach der Gruppe sind die fünf Krankenhäuser: das St. Anna Hospital Herne, die Universitätsklinik Marienhospital in Herne Mitte und Bönnig, das Rheumazentrum Ruhrgebiet und das St. Marien Hospital Eickel sowie das Marien Hospital in Witten zusammengeschlossen.

Wir suchen für unsere **Krankenpflegeschule** für die Ausbildung zum/zur **Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in** und **Gesundheits- und Krankenpfleger/-in** ab sofort

Pädagogische Mitarbeiter (m/w)

Ihre Aufgaben:

- Mitarbeit an der internen Schulentwicklung und dem Qualitätsmanagement
- Konstruktive Zusammenarbeit mit den Partnern der internen und externen Einsatzorte
- Eigenständige Planung und Durchführung von Unterricht an unserer Pflegebildungseinrichtung
- Selbstständige Kursleitungsaufgaben
- Beratung, Anleitung und Begleitung unserer Auszubildenden in Theorie und Praxis

Ihr Profil:

- Abgeschlossene Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit mehrjähriger Berufserfahrung
- Abgeschlossene Weiterbildung zum/-r Lehrer/-in für Pflegeberufe oder pflegepädagogisches Studium
- Organisations- und Planungsfähigkeit
- Flexibilität sowie Verantwortungsbewusstsein
- Kommunikatives Geschick und Freude an der pädagogischen Arbeit mit Auszubildenden
- Fähigkeit zu interdisziplinärem und vernetztem Denken
- Teamorientierte Einstellung gegenüber Kollegen/-innen sowie Ansprechpartner/-innen
- Engagierte Grundhaltung und Loyalität
- Identifikation mit den Zielen unseres Unternehmens

Wir bieten:

- Mitarbeit in einem aufgeschlossenen, innovativen und motivierten Team
- Mitgestaltungsmöglichkeiten bei Veränderungsprozessen und eigenverantwortliches Arbeiten
- Die Möglichkeit zur persönlichen und fachlichen Weiterbildung sowohl hausintern als auch extern
- Die Vergütung erfolgt nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L)
- Eine zusätzliche, beitragsfreie Altersvorsorge

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen gerne unsere Schulleiterin, **Frau Dreßler**, unter der Telefon-Nr.: **02323/499-2630** zur Verfügung.

Werden Sie Teil unseres Teams und bewerben sich bevorzugt online auf unserer Karriereseite unter: **www.elisabethgruppe.de**

Alternativ können Sie sich per Post unter Angabe der **Kennziffer MHH1115** bewerben. Bitte beachten Sie, dass Ihre Bewerbung eingescannt und in unserem Bewerbermanagementsystem gespeichert wird.

St. Elisabeth Gruppe GmbH
Personalabteilung
Hospitalstraße 19
44649 Herne



Die **KURPARK-KLINIK** in Bad Nauheim ist ein modernes Zentrum für medizinische Rehabilitation mit den drei Fachkliniken Urologie, Innere Medizin und Orthopädie. Wir führen Anschlussheilbehandlungen (AHB) direkt nach einem Krankenhausaufenthalt sowie stationäre und ambulante Heilbehandlungen durch.

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir in **Voll- oder Teilzeit** einen

Krankenpflegehelfer (w/m)

Ihr Profil:

- Ausbildung zum Krankenpflegehelfer oder Altenpflegehelfer
- Erfahrung in einer Klinik oder Rehaklinik
- Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit und Verantwortungsbewusstsein
- Bereitschaft zum Schichtdienst, auch an Wochenenden und Feiertagen

Ihre Aufgaben:

- Unterstützung oder Übernahme der Grundpflege
- Mobilisation der Patienten und Anleitung zu aktivierender Pflege
- Begleitung der Patienten zu ihren Anwendungen, Hol- und Bringendienst
- Umsetzung qualifikationspezifischer ärztlicher Anordnungen
- Durchführung der Pflegedokumentation

Ihre Perspektiven:

Wir bieten einen abwechslungsreichen und vor allem kreativen Arbeitsplatz sowie die Mitarbeit in einem multiprofessionellen Team.

Interessiert? Dann senden Sie uns bitte Ihre Bewerbungsunterlagen (gerne auch per E-Mail, max. 5 MB) zu. Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen.

KURPARK-KLINIK Bad Nauheim

Verwaltungsdirektorin Kirsten Schmidt-Tlatlik
 Kurstraße 41-45 | 61231 Bad Nauheim | Tel.: 06032-944-600
 bewerbung@kurpark-klinik.com | www.kurpark-klinik.com/karriere

Frauenhandel ist Frauenverachtung



TERRE DES FEMMES e.V.

Tel: 030/40 50 46 99-0
 info@frauenrechte.de
 www.frauenrechte.de

Spendenkonto 3 116 000
 EthikBank BLZ 830 944 95





Die Hochschule München ist die größte Hochschule für angewandte Wissenschaften in Bayern und eine der größten ihrer Art in Deutschland. Wir sehen unsere Herausforderung und Verpflichtung in einer aktiven und innovativen Zukunftsgestaltung von Lehre, Forschung und Weiterbildung.

Für die nachstehend aufgeführte Professur wird eine wissenschaftlich ausgewiesene Persönlichkeit gesucht, die umfassende praktische Erfahrungen in verantwortlicher Position außerhalb einer Hochschule erworben hat und diese nun in Lehre und angewandter Forschung an unsere Studierenden weitergeben möchte.

Zum Wintersemester 2016/2017 oder später besetzen wir an der:

Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften

W2-Professur für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt fallorientierte und evidence-basierte Versorgung Kennziffer 1154

Das Fachgebiet umfasst Grundlagen der Pflege- und Gesundheitswissenschaften in Theorie und angewandter Forschung unter besonderer Berücksichtigung von lebenslauforientierter Fall- und Versorgungssteuerung in der Pflege. Schwerpunktsetzungen zu Fragen der pflegebezogenen Beratung oder zu Bewältigungsstrategien im Lebenslauf sind möglich.

Erwartet werden ein Studium der Pflege- oder Gesundheitswissenschaften oder in einem anderen einschlägigen Fachgebiet sowie eine abgeschlossene Berufsausbildung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege oder der Heilerziehungspflege. Einschlägige berufliche Erfahrungen in der Pflege, wissenschaftliches Arbeiten in dem Fachgebiet sowie Erfahrungen in der empirischen Pflege- und Versorgungsforschung werden vorausgesetzt.

Wenn Sie sich für eine Professur berufen fühlen, freuen wir uns auf Ihre aussagefähige Bewerbung mit den erforderlichen Bewerbungsunterlagen in Kopie. Diese senden Sie bitte per E-Mail oder per Post bis zum **18.03.2016** unter Angabe der o. g. Kennziffer an die Personalabteilung der Hochschule München.

Weitere Informationen, insbesondere zu den Einstellungsvoraussetzungen und den erforderlichen Bewerbungsunterlagen, entnehmen Sie bitte der Homepage unter: https://www.hm.edu/allgemein/job_karriere/professuren.de.html

Bewerbungen per E-Mail senden Sie bitte im **PDF-Format als eine Datei** an: professur-bewerbung@hm.edu

Postanschrift: Hochschule für angewandte Wissenschaften München, Personalabteilung
Lothstraße 34, 80335 München

Kontakt: Bewerbermanagement, Tel.: 089/1265-4845, Servicezeiten: Mo, Di, Do, Fr: 9 - 12 Uhr und Di: 13 - 15 Uhr



Sandra Mantz

Arbeitsbuch Kommunizieren in der Pflege

Mit heilsamen Worten pflegen

2015. 160 Seiten. Kart. € 24,99
ISBN 978-3-17-025754-2

auch als
EBOOK

Die vorherrschenden Denk- und Sprachmuster im Pflegealltag weisen alarmierend auf eine vieldeutige, floskelhafte, wenig vertrauenserweckende und dem Menschen ferne Kommunikation hin. Sie erschöpft alle am Pflegeprozess beteiligten Menschen. Dieses Buch regt zur kritischen Selbstreflexion an, sensibilisiert für Chancen und Risiken im eigenen Kommunikationsverhalten und erweitert das Bewusstsein für die Kraft der heilsamen Worte im Pflegeberuf. Es bietet Praxisnähe, Wortschätze, Übungsvielfalt und macht Mut zum guten Gespräch.

Sandra Mantz, Leiterin der SprachGUT® Akademie, Sprachkompetenztrainerin, Pflegefachkraft. Sie ist Fachweiterbildungsleiterin für humane Gesprächs- und Sprachkompetenz in Gesundheitsberufen und Kongressreferentin im deutschsprachigen Raum.

Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart
Tel. 0711 7863-7280 · Fax 0711 7863-8430
vertrieb@kohlhammer.de

150 Jahre
Kohlhammer



Institut Ehlert
Ausbildungen im therapeutischen Bereich

Ausbildung zum Heilpraktiker Psychotherapie
Bundesweite Prüfungsvorbereitungskurse, berufsbegleitend in nur 5 Wochenenden & HPP Abendkurse & Intensivkurse

Praxisorientierte Therapieausbildungen
Verhaltenstherapie (AVT, GSK), Systemische Therapie, GPT nach Rogers, Hypnose, NLP

Fortbildungen
Betriebliches Gesundheitsmanagement, Stressmanagement, Selbsterfahrung, Praxisgründung u.v.m.

HPP2GO

Ihr Spezialist unter den Heilpraktikerschulen
INSTITUT EHLERT
www.ehlert-institut.de
Tel: 02171 / 7 64 64 54



DIPLOMA
Private staatlich anerkannte Hochschule
University of applied science

Bachelor / Master

Fernstudium - Seminare an bundesweiten Studienzentren oder online, auch neben dem Beruf oder der Ausbildung

Frühpädagogik (B.A.)

Leitung und Management von Kindertageseinrichtungen

Medizinalfachberufe (B.A.)/(M.A.)

Zugangsberufe: Physiotherapie, Ergotherapie, Altenpflege, Krankenpflege, Logopädie u. a.

Kindheitspädagogik (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Erzieher/in

Soziale Arbeit (B.A.)

inkl. staatliche Anerkennung als Sozialarbeiter/in

Info unter 0 57 22 / 28 69 97 32

www.diploma.de



APOLLON
Hochschule

Bachelor per Fernstudium – ohne Abitur!

Bachelor Pflegemanagement (B.A.)

Bachelor Gesundheitsökonomie (B.A.)
Zertifikatskurse! U. a. Gesundheitspsychologie, Public Health

Kostenlose Infos: **0800 3427655** (gebührenfrei)

apollon-hochschule.de

Ein Unternehmen der Klett Gruppe



Neue Berufe – Gute Chancen

Wir machen Ausbildung bezahlbar!

Heilpraktiker/in	Psychologische/r Berater/in	Ernährungsberater/in	
Erziehungs- und Entwicklungsberater/in	Gesundheitsberater/in	Fitness- und Wellnessberater/in	Tierheilpraktiker/in
Entspannungstrainer/in	Seniorenberater/in	Mediator/in	<i>viele weitere Ausbildungen siehe Homepage</i>



Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit Wochenendseminaren in vielen Städten

Beginn jederzeit möglich!

Impulse e. V.

Rubensstr. 20a · 42329 Wuppertal · Tel. 0202 / 73 95 40
www.Impulse-Schule.de

Singen ist gesund

Modulare Singleleiter-Weiterbildung für Altersheime www.singende-krankenhaeuser.de



Hinterlassen Sie Zukunft

Manchmal kann ein Ende auch Anfang bedeuten. Leben Sie ein Stück weit weiter: Durch Ihre testamentarische Zuwendung für hilfebedürftige junge Menschen. Und diese kommt ohne Abzüge an. Denn als gemeinnütziger Verein zahlt der SOS-Kinderdorf e.V. keine Erbschaftsteuer. **Gerne informieren wir Sie bei Rückfragen!**



SOS KINDERDORF

Dr. Daniela Späth und KollegInnen
Renatastraße 77
80639 München
Telefon 089 12606 -123
erbehilft@sos-kinderdorf.de
www.sos-kinderdorf.de



WERDEN SIE TEAMPLAYER.

Mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** helfen Sie Menschen in Not. Schnell, unkompliziert und in rund 60 Ländern weltweit. Unsere Teams arbeiten oft in Konfliktgebieten – selbst unter schwierigsten Bedingungen. Ein Einsatz, der sich lohnt: www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- Informationen zur Mitarbeit im Projekt
- Allgemeine Informationen über **ÄRZTE OHNE GRENZEN**
- Informationen zu Spendenmöglichkeiten

Name

Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin

Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00



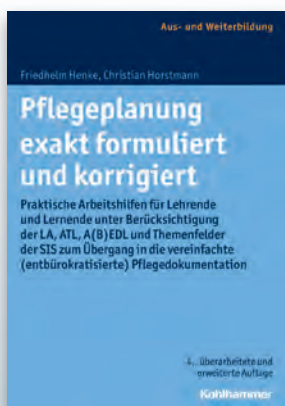
MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Träger des Friedensnobelpreises

Sie kennen und schätzen...

...die Pflegezeitschrift und ihre Art, den Dingen der Pflege auf den Grund zu gehen. Jeden Monat bringt sie Ihnen Beiträge kompetenter Experten aus Praxis und Wissenschaft zu Themen der stationären oder ambulanten Pflege ins Haus. Und jeden Monat liefert sie Ihnen viele Gründe, auch andere an den dort veröffentlichten Erfahrungen und Meinungen teilhaben zu lassen.

Empfehlen Sie die Pflegezeitschrift und sichern Sie sich Ihre Prämie:

Fachbuch
„Pflegeplanung exakt
formuliert und korrigiert“



Damen-Reise-Set



Multifunktions-
Taschenlampe
mit Werkzeugset



Was müssen Sie tun?

Füllen Sie einfach zusammen mit dem von Ihnen geworbenen Abonnenten den Bestellcoupon aus und senden diesen per Post oder Fax an:
W. Kohlhammer GmbH, Pflegezeitschrift, 70549 Stuttgart, Fax: 0711 78 63-84 36

Ja, ich abonniere die Pflegezeitschrift ab der nächsten Ausgabe.

Ich war in den letzten drei Monaten nicht Abonnent der Pflegezeitschrift. Das Abo gilt für ein Jahr und kostet 58,70 € zzgl. 8,40 € Versandkosten (für Schüler und Studenten gegen Vorlage einer Bescheinigung 31,90 € zzgl. 8,40 € Versandkosten). Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht gekündigt wird. Eine Kündigung ist jeweils bis zu sechs Wochen vor Ende eines Kalenderjahres möglich.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Ich zahle: gegen Rechnung durch Bankeinzug

IBAN: _____ BIC: _____

Geldinstitut: _____

Unterschrift des Abonnenten: _____

Datum: _____

Ich habe den neuen Abonnenten der Pflegezeitschrift geworben.

Bitte schicken Sie mir für meine Empfehlung folgende Prämie zu (bitte nur eine Prämie ankreuzen):

- Fachbuch „Pflegeplanung exakt formuliert und korrigiert“
ISBN 978-3-17-029072-3
- Damen-Reise-Set
Art.-Nr. 90189
- Multifunktions-Taschenlampe mit Werkzeugset
Art.-Nr. 90199

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Das Prämienangebot gilt nur, solange der Vorrat reicht. Aus rechtlichen Gründen dürfen Abonnent und Prämienempfänger nicht identisch sein. Die Zusendung der Prämie erfolgt circa vier Wochen nach Zahlung des Abonnements.



* Angebot nur für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen exkl. Reinigung

Jetzt offiziell im Pflegestandard
 in den Niederlanden **v&vn**
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

DAS POSEY® BETT



Die humane Alternative zur herkömmlichen Fixierung

Das patentierte Posey® Bett ist eine Alternative zur körpernahen Fixierung und hilft bei der größtmöglichen Reduzierung dieser. Es wird mit einer hohen Zufriedenheit in mehr als 1.650 Kliniken und Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Es verbessert die Lebensqualität des Patienten oder des Bewohners.

VORTEILE

- Vermittlung von Geborgenheitsgefühl
- Verbesserte Ernährungsaufnahme
- Patienten schlafen besser und fühlen sich wohler
- Arbeitserleichterung für das Pflegepersonal
- Minimierung des Sturzrisikos
- Höhere Mobilität durch Bewegungsfreiheit
- Das Posey® Bett hilft bei der größtmöglichen Reduzierung einer Fixierung



REFERENZEN

„Die Alternative zur körpernahen Freiheitsentziehenden Maßnahme“

F. MÜLLER
 (Pflegedirektor / Geschäftsleitung - Rheinessen Fachklinik Alzey)

„Wir können Fixiergurte ganz vermeiden und die Bewohner können in ihrer Lieblingsposition schlafen“

M. MITTAG
 (Wohnstättenleiterin - Haus am Karswald)

„Ein wertvolles Hilfsmittel im „Werdensfelser Weg“

B. JUDASCHKE
 (Stationsleitung)

„Viele Patienten erleben das Bett als eine Art Zelt oder Nest“

B. ANDERL-DOLIVIA
 (Stiftungsprofessorin und Verbundleitung Psychiatrieverbund Nordwestpfalz)

„Die Patienten können Ihren Bewegungsdrang ausleben“

M. TRÜBEL
 (B.Sc.Stv. Pflegedienstleitung Asklepios Klinik Schildautal)



Bei Interesse melden Sie sich unter **02154/91242-0**, um einen Termin zu vereinbaren oder weitere Informationen zu erhalten.

KREWI Medical Produkte GmbH Telefon 02154/91242-0
 Siemensring 78a Fax 02154/427691
 47877 Willich email: krewi@krewi.de

www.krewi.de

