

Wohnen und leben können mit Demenz



Das Konzept der
Malteser Altenhilfeeinrichtungen

Vorwort	3
1. Aufnahmemodalitäten	4
1.1 Die Demenz	4
1.2 Aufnahmekriterien	6
2. Ganzheitliche Betreuung	7
3. Milieugestaltung	8
4. Rahmenbedingungen	11
4.1 Personalkonzept	11
4.2 Betreuungsangebote	13
4.3 Therapeutische Angebote	16
4.4 Ärztliche Behandlung	16
4.5 Raumkonzept	16
4.6 Seelsorge	18
5. Mitarbeiter	19
6. Angehörige	19
7. Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und ehrenamtliche Mitarbeiter	21
8. Qualitätssicherung	23
Literaturverzeichnis	24
Impressum	25
Anhang	26
Implementierungsauftrag Demenz	26

Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird die männliche Sprachform verwendet. Selbstverständlich sind bei Formulierungen wie Bewohner, Kunde und Mitarbeiter auch Bewohnerinnen, Kundinnen und Mitarbeiterinnen gemeint.

Mit dem 8. Qualitätsziel für die Malteser Altenhilfeeinrichtungen, „In Würde alt werden und sterben“*, verpflichten wir uns mit unserem Handeln, die Würde des alten Menschen zu wahren, und eine an der Person orientierte höchstmögliche Lebensqualität zu schaffen.

Das vorliegende Konzept „Wohnen und leben können mit Demenz“, ist das Ergebnis der einrichtungsübergreifenden Projektarbeit im Qualitätsmanagement (QM) der Malteser Altenhilfeeinrichtungen. Mit ihm weist die MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH (MTG) der Pflege und Betreuung dementer Bewohner eine besondere Bedeutung zu.

Die MTG berücksichtigt mit diesem Konzept die zu erwartenden steigenden Zahlen an Demenzkranken und die sich bundesweit verändernde Nachfragesituation für Pflegeeinrichtungen. Statistiken prognostizieren für die Entwicklung der Bevölkerungspyramide einen weiteren, deutlichen Anstieg der Zahl älterer Menschen über 60 Jahre. In Deutschland sind bereits heute rund eine Million Menschen an Demenz erkrankt. Wissenschaftliche Prognosen (*wie zum Beispiel Delphi '98-Umfrage im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie*) gehen davon aus, dass die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen weiter ansteigen wird, und dass voraussichtlich erst im Jahr 2015 mit dem „Sieg“ über die Alzheimersche Krankheit zu rechnen sein wird. Bis zum Jahre 2030 ist mit einer Zunahme der Erkrankungen auf etwa 1,3 Millionen zu rechnen. (vgl. Freter, 1993)

Vor diesem Szenario legt die MTG bereits heute ihren Qualitätsanspruch in der Betreuung und Begleitung demenzkranker Bewohner fest.

Das Konzept ist ein Instrument zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege und Betreuung dementer Bewohner sowohl für Mitarbeiter der Einrichtungen als auch für Hausärzte, Ergotherapeuten und andere. Führungskräften bietet es mit den detailliert beschriebenen Umsetzungsschritten hilfreiche Ansätze zur Anpassung der Strukturen in ihrer Einrichtung.

Neben konkreten Aussagen zum Milieu der Einrichtung werden grundsätzliche Aussagen zu Rahmenbedingungen für Personaleinsatz, Therapie und Betreuung, Raumgestaltung und Seelsorge gemacht. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen stellt einen Schwerpunkt der Konzeption dar.

Mit diesem Konzept wollen die Malteser das Bewusstsein schärfen für die besondere Situation der Dementen und ihrer Angehörigen. Mehr denn je benötigen sie einen „Anwalt“, der sich ihrer Betreuung auch in Zukunft besonders annimmt. Wir appellieren an den Gesetzgeber, seine bisherigen Strategien der Finanzierung notwendiger zusätzlicher Betreuungsleistungen in Anbetracht der zu erwartenden Entwicklungen in den nächsten Jahren zu überdenken.

*Qualitätsziele Malteser Altenhilfeeinrichtungen, 1998

1. Aufnahmemodalitäten

1.1 Die Demenz

Nach der Definition der „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-IV, 1994) der American Psychiatric Association (APA) ist die Demenz ein Syndrom, das mit organischen Veränderungen des Gehirns zusammenhängt. Die Ursachen der Demenzsyndrome können zum Beispiel sein:

Primärdegenerative Ursachen

- Alzheimer Demenz
- Lewy body Demenz
- Fronto-temporale Demenz
- Parkinson'sche Krankheit mit Demenz
- Huntington'sche Krankheit mit Demenz

Vaskuläre Ursachen

- Multiinfarktdemenzen
- Lankunäre Infarktdemenzen
- Weißsubstanzdemenzen
- Binswanger Krankheit

Sekundäre Ursachen der Demenzkrankheiten

- Traumatische Schädigungen
- Hydrocephalus
- Hirntumoren
- Infektionen des ZNS (Zentrales Nervensystem)
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit
- Metabolische Störungen
- Mangel an z.B. Vitaminen

(International Classification of Diseases (ICD-10; 1993, WHO 1993)

Die **Alzheimer-Krankheit** ist die degenerative Demenz mit der höchsten Auftretenshäufigkeit. Dabei kommt es zu einem Absterben und zur Schrumpfung im Bereich der Nervenzellen bestimmter Gehirnregionen. Der Anteil der Alzheimer-Krankheit an primären Demenzen beträgt circa 60 Prozent.

Die Krankheitsursache der **Multiinfarkt-Demenz oder vaskulären Demenz** liegt in kleinen „häufig aufeinander folgenden Hirninfarkten oder Veränderungen der Mikrozirkulation im Bereich der kleinsten Gefäße...“ (Zaudig, 1995). Die Auftretenshäufigkeit der Multiinfarkt-Demenzen oder vaskulären Demenzen liegt bei circa 15 Prozent.

Die dritte Gruppe der primären Demenzen besteht aus Mischformen der Alzheimer-Krankheit und der Multiinfarkt- oder vaskulären Demenzen. Der Anteil der Mischformen beträgt rund 15 Prozent.

Präsenile Demenzen treten vor dem Alter von 65 Jahren erstmals auf, senile Demenzen erst im Alter von 65 Jahren oder später. Von der Auftretenshäufigkeit her sind die präsenilen Demenzen stark zunehmend.

Bei dem **Verlauf der Alzheimer-Demenz** werden in der Regel drei Stadien leicht, mittelschwer und schwer unterschieden (nach Kurz, 1995):

Stadium I

- weitgehend selbstständige Lebensführung ist möglich
- Gedächtnis: kurze Gedächtnisstörungen
- Sprache: Sprachvermögen ist beeinträchtigt (z.B. Wortfindungsstörungen)
- Verhalten: Das Verhalten ist z.B. durch verminderte Spontaneität gekennzeichnet
- Körperlicher Befund: normal

Stadium II

- selbstständige Lebensführung ist stark eingeschränkt
- Gedächtnis: hochgradige Vergesslichkeit; Erinnerung an eigene Biographie verblasst zunehmend
- Sprache: Sprechstörungen, inhaltsarme und floskelhafte Sprachgestaltung; Lese- und Schreibvermögen gehen verloren
- Verhalten: Beim Verhalten zeigen sich vermehrt Angstzustände, ziellose Unruhe und Wandertendenzen
- Körperliche Befunde: Harninkontinenz
- In diesem Stadium sind bereits viele an Alzheimer erkrankte Menschen in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht.

Stadium III

- selbstständige Lebensführung ist nicht mehr möglich
- Gedächtnis: inselförmig erhaltene Erinnerungen
- Sprache: verbale Verständigung ist oft aufgehoben
- Verhalten: Das Verhalten ist durch ständige Unruhe, zunehmende Wandertendenz und fortschreitende Teilnahmslosigkeit sowie Hyperoralität (Erfassen mit dem Mund) gekennzeichnet.
- Körperliche Befunde: Parkinsonähnliche Motorik, Stuhl- und Harninkontinenz, zunehmende Rollstuhlgebundenheit und später ständige Bettlägerigkeit, Schluckstörungen

1.2 Aufnahmekriterien

Personenkreis

Wir nehmen Menschen auf, die an Demenz erkrankt sind. Diese Menschen sind meist nicht mehr in der Lage, ihren Alltag selbstständig zu bewerkstelligen. Sie bedürfen der Betreuung und Pflege.

Um dem Bewohner im jeweiligen Krankheitsverlauf der Demenz sowohl pflegerisch als auch therapeutisch gerecht zu werden und eine angemessene Versorgung und Betreuung zu garantieren, bieten wir folgende Wohnformen an:

- **Beschützender Wohn-Pflegebereich**

Für eine Aufnahme oder einen Umzug in den beschützenden Wohn-Pflegebereich der Einrichtung müssen sowohl ein fachärztliches Gutachten als auch der richterliche Unterbringungsbeschluss vorliegen.

Die Zugangs- und Umzugskriterien müssen eindeutig definiert sein. Dies bedarf einer Festlegung für jede Einrichtung, bis zu welchem Stadium der Demenz die Bewohner in diesem Wohn-Pflegebereich versorgt werden.

Bei Aufhebung des Unterbringungsbeschlusses erfolgt ein Umzug zurück in den Wohn-Pflegebereich. Dieser erfolgt auch dann, wenn für den Bewohner aufgrund somatischen Abbaus eine Unterbringung im beschützenden Wohn-Pflegebereich aufgehoben werden sollte.

Eine Aufnahme ist nicht möglich bei eindeutig diagnostizierten psychiatrischen Krankheitsbildern.

- **Wohn-Pflegebereich**

Für die Aufnahme oder den Umzug von dementen Bewohnern im Wohn-Pflegebereich ist ein richterlicher Unterbringungsbeschluss nicht erforderlich. Die Pflegebedürftigkeit nach SGB IX § 14 ff sollte festgestellt sein.



Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sollte wenigstens die Befürwortung für die Heimunterbringung ausgesprochen haben.

Unser Ziel ist die Mitwirkung an einer gesicherten Diagnosestellung der an Demenz erkrankten Bewohner. Dabei sollte die ärztliche Diagnose detaillierte Aussagen zu Art, Form und Grad der Demenz beinhalten.

2. Ganzheitliche Betreuung

Einen dementen, verwirrten Menschen zu betreuen heißt, **mit ihm** und seinen Besonderheiten zu leben und seinen Alltag entsprechend zu gestalten (⇒ 3. *Milieugestaltung*).

Ziel der ganzheitlichen Betreuung in den Malteser Altenhilfeeinrichtungen ist es, dem demenzkranken Bewohner die Teilnahme am Leben der Wohngemeinschaft sowie am allgemeinen gesellschaftlichen Leben entsprechend seinen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Ressourcen zu ermöglichen.



Durch die gelebte Haltung aller Mitarbeiter in der Betreuung und im Umgang insbesondere mit erkrankten Bewohnern tragen wir zur Erhaltung der Lebensqualität jedes Bewohners bei. Wir nehmen uns der Bewohner mit ihrer Individualität an, und gestalten unsere Arbeit so, dass der Bewohner sich bei uns „wie zu Hause“ fühlen kann.

Die Maßnahmen und Ziele der stimulierenden, aktivierenden und ganzheitlichen Pflege stehen dabei für uns im Vordergrund aller pflegerischen Bemühungen. Somit streben alle Mitarbeiter eine möglichst hohe Autonomie und damit Lebensqualität für den einzelnen dementen Bewohner an.

Liegt eine somatische Pflegebedürftigkeit vor, orientieren wir uns am **AEDL-Strukturierungsmodell** von Monika Krohwinkel, Professorin der Pflegewissenschaften. Dabei richtet sich unsere individuelle pflegerische Betreuung und Versorgung zum einen nach den **Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDLs)**. Zum zweiten ist sie angelehnt an die **Pflegeprozessesstruktur** (Informationssammlung, Erkennen von Problemen und Ressourcen, Festlegung der Pflege- und Betreuungsziele, Planung der Maßnahmen, Durchführung, Beurteilung der Wirkung der Maßnahmen für den Bewohner) und an die **Pflegestandards der Malteser Altenhilfeeinrichtungen**.

In ihrem Strukturierungsmodell greift Monika Krohwinkel auf das Modell des Lebens der schottischen Pflege-theoretikerinnen Nancy Rooper, Winnifried W. Logan und Alison J. Tierney zurück. Ausgehend von den dort genannten Lebensaktivitäten wie „Kommunizieren“ und „Sich bewegen“ legt Monika Krohwinkel ihrem Modell die Fähigkeit des Menschen zugrunde, diese Aktivitäten selbst realisieren zu können. Durch die Betonung des Könnens wird bewusst gemacht, dass es in der Altenpflege nicht um Versorgung geht, sondern um die individuelle Förderung und Unterstützung des Einzelnen bei seiner Lebensaufgabe, sein Leben zu gestalten und zu leben. (*Köther/Gnamm, 2000*)

Schwerpunkt der ganzheitlichen Betreuung dementer Bewohner ist die **Stimulierung** der Sinne. Über diesen Weg verschaffen wir uns den Zugang zum Bewohner, der seine kognitiven Fähigkeiten verloren hat, und eröffnen uns so seinen jetzigen Lebensraum. Die fünf Sinne werden durch gezielte Maßnahmen stimuliert, um so die Brücke zu noch vorhandenen „verschütteten“ Fähigkeiten (beispielsweise das Umrühren mit dem Löffel in der Kaffeetasse) zu erreichen.

Biographische Kenntnisse über den Bewohner sind die Grundlage allen Handelns für die Mitarbeiter im multiprofessionellen Team. Dabei nehmen die Angehörigen die Rolle des „biographischen Experten“ ein. (*Paul-Lempp-Stiftung, S. 132*) Die gewonnenen Erkenntnisse sind Grundlage jeder Pflegeplanung.

Die Pflegeplanung umfasst den für jeden Bewohner individuellen Pflege- und Betreuungsplan. Alle pflegerischen und therapeutischen Leistungen werden in der Pflegedokumentation erfasst. Dies gilt ebenso für die psychosozialen und sozialpflegerischen Behandlungs- und Betreuungsleistungen. Die Behandlungspflege umfasst alle Durchführungen auf Anordnung des Hausarztes oder des behandelnden Facharztes.

Im Abstand von drei bis vier Monaten und darüber hinaus bei Bedarf erfolgt die Evaluation der Pflegeplanung für jeden Bewohner. Dabei werden Bedürfnisse und Fähigkeiten, Ressourcen und Kompetenzen in einem multiprofessionellen Team überprüft und die Pflegeplanung wird individuell aktualisiert.

3. Milieugestaltung

Man unterscheidet zwischen einem globalen und einem individuellen Milieu. Das globale Milieu orientiert sich an den jeweiligen Zeitumständen, das Individuelle ist am Einzelschicksal des Bewohners orientiert. Grundsätzlich gilt für die Gestaltung beider Milieus das Normalisierungsprinzip. Auf der Basis der Biographie der Bewohner wird in den Malteser Altenhilfeeinrichtungen die Milieugestaltung vorgenommen. Hier fließen Informationen aus der globalen (Heimat) und der individuellen (Lebensumstände) Biographie ein. Daraus resultiert eine Anpassung der Einrichtung sowohl im Wohn-Pflegebereich als auch im Bewohnerzimmer (entspricht der „Zeit“, in der sich der demente Bewohner gerade befindet) an die Welt des Bewohners.

Die Milieugestaltung trägt maßgeblich dazu bei, dass sich der demente Bewohner bei uns „wie zu Hause“ fühlen kann. Voraussetzung ist eine dem Bewohnerklientel angepasste und damit behindertengerechte Einrichtung, von der Architektur bis hin zur Wahl des Mobiliars. (⇒ 4.5 *Raumkonzept*).

Alltagsstrukturierung

Im Vordergrund der Alltagsstrukturierung steht die Anpassung der Organisation unserer Wohn-Pflegebereiche für Demente an die Bewohner. Dabei sind gleichmäßige, immer wiederkehrende Strukturen und Rituale von größter Bedeutung. Veränderungen verwirren Demenzkranke und schaffen Unsicherheiten. Dadurch können negative Erlebnisse zu verstärktem Rückzug, zu Trauer oder zu Aggressionen führen. (*Köther/Gnam, 2000*)

Als Grundprinzip gilt: Die Beachtung des bewohnereigenen Rhythmus muss verknüpft werden mit einer die Kompetenzeinbußen soweit wie möglich ausgleichenden äußeren Struktur, angelehnt an durchschnittlich erwartbare Tagesabläufe im Alter. Dementsprechend wird es eine klar strukturierte, auf Wiederholung und auf Spielräume abgestellte Tages- und Wochenplanung geben. (Kusch, 1999)

Darüber hinaus gilt es, die Eigenständigkeit des Bewohners solange wie möglich zu erhalten und zu fördern. (Köther/Gnamm, 2000)

Ein „normaler“ **Schlaf-Wach-Rhythmus** kann sich am ehesten einstellen, wenn

- die Gestaltung des Tages ausgefüllt und befriedigend ist,
- die Aufstehzeit sich innerhalb bestimmter Grenzen bewegt und ein nachfolgendes gemeinsames Frühstück zulässt,
- beim Zubettgehen bisherige Gewohnheiten und die Konsequenzen einer zu frühen Nachtruhe für das Durchschlafen und die Aufwachzeit beachtet werden.

Abendangebot

Grundsätzlich sollte die Gestaltung des Tages unter aktivierenden Aspekten den Bewohnern die Chance für eine ruhige Nacht bieten. Die Aktionshöhepunkte von dementen Bewohnern liegen um die Zeit des Sonnenuntergangs. Neben verkürzten Schlafphasen sind Unruhezustände und ständiger Bewegungsdrang oft in einem Problemfeld anzusiedeln. Zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner werden zum Beispiel gezielt Gesellschaftsspiele oder Lesestunden am Abend angeboten. Abendliche Wandertendenzen können mit leichter Gymnastik oder Spaziergängen „gelenkt“ werden.

Gegebenenfalls kann mit der Einrichtung eines Nachtcafés in die Nacht eingestimmt werden und somit der Übergang für die Bewohner geschaffen werden.

Das Setzen von anspannenden und entspannenden Sinnesreizen wird von allen Mitarbeitern gezielt bei den Bewohnern vorgenommen (= **zielgerichtete Reizpotenzierung**). Dabei werden biographisch verankerte Fähigkeiten wie zum Beispiel Kochen, Backen und Gartenarbeit sowie gelebte Antriebe (Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein, Fürsorglichkeit) aufgegriffen, zum Beispiel durch spezielle Angebote der Ergo-, Musik- und Kunsttherapie.

Das Konzept der **Reizreduzierung** umfasst das bewusste Ausschließen bestimmter Reizquellen wie Radio, Fernseher, Telefonläuten, lautes Sprechen und Rufen, lautes Türenknallen und anderes. Damit wird einer Überforderung des einzelnen Bewohners entgegengewirkt.



Um Überlastungssituationen zu vermeiden, soll eine Lebenswelt für die Demenzkranken geschaffen werden, die dem Bewältigungsvermögen angepasst ist. In diesem Milieu vermag der Bewohner besonders durch die Einbindung in ein Strukturgefüge, das aus den Intervallen von Ruhe und Aktivität besteht, relativ ruhig und ohne Streß seinen Alltag zu bestehen. Die Stimulierung durch Kontinuität des Alltagsgeschehens in täglicher Routine kommt dem eingeschränkten Anpassungsvermögen Dementer entgegen.

Die bedürfnisorientierte Planung aller Aktivitäten (Spaziergänge - zu festen Zeiten -, Besuchsdienstangebote, Beschäftigungstherapie) sowie deren situationsbezogene Umsetzung stellen hohe Anforderungen an die Flexibilität der Teammitglieder. Dabei wird durch eine gleichförmige Handlungsroutine das geringe Lern-Anpassungsvermögen nicht überfordert, sondern durch ständige Wiederholungen wird das Alltagsgeschehen den dementen Bewohnern vertraut.

Sowohl ein Zuwenig als auch ein Zuviel an Reizen kann sich gerade bei dementen Bewohnern negativ auf das Befinden auswirken. Unser Ziel ist es, das Reizpotenzial zu reduzieren, den Bewohner zu stimulieren und ihm Orientierungshilfen zu geben.



4. Rahmenbedingungen

4.1. Personalkonzept

Das Betreuungskonzept für die Pflege und Begleitung der an Demenz erkrankten Bewohner ist wesentlich geprägt durch die Haltung der Mitarbeiter gegenüber dem Bewohner. Diese Haltung wird erfahrbar in einem angenehmen, akzeptierenden und wertschätzenden Verhalten, Auftreten und Begegnen.

Ein Team aus multiprofessionellen Mitarbeitern betreut die dementen Bewohner in einem eigenständigen Wohn-Pflegebereich, also segregativ. Dadurch kommt es zum Abbau von bestimmten Spannungen und Aggressionen, die sich zwischen nichtdementen und dementen Bewohnern ergeben. In Ausnahmefällen werden Elemente der segregativen Betreuung in das integrative Modell (Tagesbetreuung, Therapeutischer Dienst) übernommen.

Soziale Kompetenz ist für die Mitarbeiter in diesem Bereich besonders wichtig. Dabei sind neben der freiwilligen Entscheidung für den Einsatz in diesem Aufgabenbereich Einfühlungsvermögen, persönliche Reife, Geduld und Humor, Belastbarkeit, Distanzfähigkeit und die Bereitschaft zu Fortbildung und Supervision wesentliche Grundvoraussetzungen. Unsere Mitarbeiter zeichnen sich aus durch Empathiefähigkeit, respektvolle Begegnung mit Bewohnern und Kollegen, Neugierde, Flexibilität und eine reflektierende Grundhaltung.

Unter dem Integrationsprinzip verstehen wir die Begleitung und Betreuung (d.h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote) der dementen Bewohner, eingebettet in die stationäre „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung.

Der demente Bewohner bleibt in seinem gewohnten Umfeld. Alle pflegerischen Maßnahmen werden dem Demenzkranken angeboten und mit seinem Einverständnis möglichst stressfrei für ihn durchgeführt.

Das Betreuungsangebot und die Begleitung der dementen Bewohner erfolgt in der Regel durch ein festes **Team**, in das auch hauswirtschaftliche Kräfte und pflegerische Hilfskräfte einbezogen werden.

Der **fachliche Leiter** hat eine staatlich anerkannte Ausbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger, bzw. zur Krankenschwester oder zum Krankenpfleger. Zudem kann der Leiter im Einzelfall eine verwandte abgeschlossene Ausbildung, zum Beispiel ein Studium der Sozialpädagogik oder Sozialarbeit, nachweisen.

Er erfüllt darüber hinaus weitere Anforderungen:

- Grundsätzlich sind die länderspezifischen Auflagen zu beachten.
- Mindestens dreijährige Berufserfahrung, davon nach Möglichkeit ein Jahr im gerontopsychiatrischen Pflegebereich mit dem Schwerpunkt Demenz.
- Nachweis über spezielle Kenntnisse in der Gerontopsychiatrie mit Schwerpunkt Demenz durch Beurteilungen und Teilnahmebescheinigungen an Fort- und Weiterbildungen.
- Der fachliche Leiter oder seine/ihre Vertretung soll eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation nachweisen (z.B. durch interne Weiterbildungen zur Fachpflegekraft für Gerontopsychiatrie).

Mindestens zwei Drittel der Mitarbeiter sollen Qualifikationen in den folgenden Bereichen nachweisen:

- Altenpflege, Krankenpflege
(Fachkraftquote: mindestens 50 Prozent aller Mitarbeiter)
- Sozialpädagogik, Sozialarbeit
- Psychologie
- Musiktherapie
- Ergotherapie
- Motogeragogie
- Heilerziehung
- Physiotherapie
- Freizeitbegleitung
- Altenpflegehilfe (zweijährige Ausbildung)

Alle Mitarbeiter im gerontopsychiatrischen Pflegebereich sind innerhalb des ersten Jahres zur Teilnahme an einem ausgewählten Fortbildungsprogramm verpflichtet. Daneben sind alle Mitarbeiter (einschließlich Technik und Hauswirtschaft) verpflichtet, regelmäßig an den spezifischen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen. Zur Sicherung der Qualität aller Leistungen wird eine regelmäßige Begleitung aller Mitarbeiter durch Fachreferenten gewährleistet.



Die regelmäßigen Fallbesprechungen aller maßgeblich an der Pflege und Betreuung des angesprochenen Bewohners Beteiligten (durchschnittlich rund vier Personen) sollen nach Möglichkeit von einem gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt begleitet werden.

Während der besonderen Betreuung muss der fachliche Leiter oder eine Pflegefachkraft anwesend sein. Ausgewählte Angebote können von geringfügig Beschäftigten oder Honorarkräften durchgeführt werden.

Außerhalb der Nachtwachenzeiten müssen für zehn Bewohner während dieser besonderen Betreuungsmaßnahmen im Durchschnitt mindestens zwei Betreuungskräfte, wovon in der Regel eine Pflegefachkraft ist, anwesend sein.

Die Sicherstellung zur Kontaktaufnahme für den Demenzkranken muss gleichmäßig über den Tag gegeben sein, um ihm so die Gelegenheit zur Wahrnehmung seiner Bezugspersonen zu geben. Dies stellt für den Bewohner eine Notwendigkeit dar, sein psychosoziales Gleichgewicht zu erhalten oder wiederzuerlangen. Das ständige Vergewissern und Vergegenwärtigen der Nähe einer vertrauten Person trägt dazu bei, dass die Demenzkranken das Gefühl der Isolierung, der Verlassenheit und Hilflosigkeit weniger stark empfinden.

Aufgabe des pflegerischen Leiters ist es, eine Kontinuität in der Mitarbeiterpräsenz durch einen ausgeglichenen Personaleinsatz zu garantieren. Die Berücksichtigung der psychosozialen Faktoren wie Schaffung von Sicherheit, Schutz und Geborgenheit wird ebenso wie die Erfüllung pflegerischer und therapeutischer Aufgaben in der Stellenplanberechnung berücksichtigt.

4.2 Betreuungsangebote

Mit den Betreuungsangeboten tragen wir zur Erhaltung der Lebensqualität der dementen Bewohner bei.

Grundlage unseres Handelns ist hierbei eine lebens- und erlebnisorientierte Therapie und Betreuung des Einzelnen. Folgende Therapie- und Betreuungsmuster helfen uns in der Begleitung der Dementen durch ihren Alltag:

Biographiearbeit

Biographisches Arbeiten basiert auf drei verschiedenen Ebenen:

- emotional: positive und negative Lebenserinnerungen
- kognitiv: Stärkung des Erinnerungsvermögens, Erweiterung der Ressourcen
- sozial: Gruppenbildung, Erhaltung sozialer Kontakte, Vertrauensverhältnis zwischen Pflegenden und Bewohnern vertieft sich (Müller, 1999 und Buijssen, 1997)

Die Biographie eines Menschen kennen zu lernen, ermöglicht ein besseres Verständnis seiner Äußerungen und Handlungen, Bedürfnisse und Gefühle. Dadurch ergeben sich Ansatzpunkte für eine positive Einflussnahme, zum einen auf den Zustand der Verwirrtheit und zum anderen zur Förderung des Wohlbefindens. Unser Ziel ist die Erhaltung einer höchstmöglichen Selbstständigkeit beim Pflegebedürftigen.

Wir unterscheiden zwischen der globalen und der individuellen Biographie eines Bewohners. (⇒ 3. Milieugestaltung)

Der von uns entwickelte Biographiebogen wird gemeinsam mit den Angehörigen und nach Möglichkeit mit dem Bewohner, den Mitarbeitern des Sozialdienstes und der Wohn-Pflegebereichsleitung ausgefüllt. Auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung wird es durch die Informationssammlung möglich, ein Bild von der Lebensgeschichte des Bewohners „zu zeichnen“. Persönliche Bedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Vorlieben, Abneigungen und Ängste werden schriftlich erfasst.

Tagesabläufe und Pflegetätigkeiten richten sich möglichst nach den früheren Gewohnheiten des Bewohners, wie zum Beispiel die Berücksichtigung individueller Schlafenszeiten oder verschiedener Rituale, wie das Glas heiße Milch vor dem Zu-Bett-Gehen (individuelle Biographie).

Durch das Einbeziehen der Vergangenheit (globale und individuelle Biographie) des Bewohners in dessen Gegenwart ermöglichen wir dem Bewohner das Leben in seiner „anderen“ Realität. Das gewonnene Datenmaterial wird dokumentiert, und findet bei der Gestaltung des Alltags und in der Pflege und Betreuung des Bewohners Berücksichtigung.

Um eine individuelle Pflegeplanung zu erstellen, ist es wichtig, sich die Biographie eines Bewohners bewusst zu machen. Damit wird es dem Personal möglich, den Bewohner mit seinen lebensgeschichtlichen und ihm vertrauten Alltagstätigkeiten zu beschäftigen. Der Angehörige wird dabei von uns als „biographischer Experte“ (⇒ S. 6 Die Angehörigen) mit einbezogen.

Bei der **Körperpflege** gilt

- Anleitung und Aktivierung gehen vor Übernahme
- notwendige Zeit bei der Tagesstrukturierung für die Morgen- und Abendtoilette einplanen
- Inkontinenzproblemen wird vorrangig durch entsprechende Aufmerksamkeit seitens des Pflegepersonals und durch Orientierungshilfen begegnet
- Fuß- und Handpflege sowie Termine beim Friseur fördern das Körpergefühl und ein positives Selbstbild (*Kusch, 1999*)

An- und Auskleiden

Die tägliche Auswahl der Bekleidung wird mit dem Bewohner zusammen getroffen. Das Anziehen erfolgt vor dem Frühstück, um regressiven Tendenzen entgegen zu wirken.

Mahlzeiten

In der Wohn-Pflegegruppe für Demente übernimmt die Einnahme der Mahlzeiten zum einen den lebensnotwendigen Teil der Ernährung. Darüber hinaus erfüllt das Essen einen wichtigen therapeutischen Teil. Die Bewohner werden je nach Möglichkeit bereits in die Zubereitung der Speisen mit einbezogen. Das Tischdecken, Abräumen und Spülen sind in der Regel Tätigkeiten, die demente Bewohner „kennen“. Die Integration in diese Alltagsverrichtungen vermittelt Bekanntheit, Zugehörigkeit, Häuslichkeit und Heimeligkeit.

Die Mahlzeiten werden üblicherweise im Wohn- oder Esszimmer eingenommen, alternativ kann auch der Speisesaal oder das Restaurant genutzt werden. Die Einnahme der Mahlzeiten in den Zimmern sollte die Ausnahme sein.

Für die Einnahme der Mahlzeiten werden großzügige Zeiträume eingeplant, die das Beibehalten des möglichst selbstständigen Essens zulassen.

Im Rahmen des Therapie- und Betreuungsangebotes kann ein mit dem Personal zusammen organisierter Einkauf von Lebensmitteln für das gemeinsame Kochen und Backen in der Gruppe fester Bestandteil der Wochenstruktur oder bei bestimmten Anlässen (Geburtstage, Feste und Feiern) sein. (*Kusch, 1999*)



Die freie Zeit zwischen den Mahlzeiten ist durch „Beschäftigungen“ und Ruhephasen gegliedert. In den Aktiv-Phasen kann der Bewohner diese alleine, zusammen mit anderen Bewohnern oder mit Angehörigen, mit zufälliger oder geplanter Begleitung des Personals in Anspruch nehmen.

Dies sind zum Beispiel

- Nachgehen eigener Interessen wie Handarbeiten, Spielen, Malen, Musizieren
- Begegnungen, Gespräche mit Angehörigen, Besuchern, Freunden
- Beobachtungen und Begegnungen in den halböffentlichen Bereichen wie Flur, Foyer, Garten
- Beobachten, streicheln, pflegen von Tieren und Pflanzen im Zimmer, auf dem Balkon, der Etage, im Garten
- Spaziergänge, Ausflüge (*Kusch, 1999*)

10-Minuten-Aktivierung

Die Methodik und Didaktik der 10-Minuten-Aktivierung beinhaltet die Förderung beziehungsweise Beibehaltung (so lange wie möglich) der Fähigkeiten des dementen Bewohners. Hierdurch wird das Selbstwertgefühl des Bewohners gestärkt, und ihm wird darüber hinaus Wertschätzung von außen vermittelt.

Alltagskompetenzen und persönliche Fähigkeiten (Biographiearbeit: einmal erlernte Fähigkeiten sind lange abrufbar, da sie in der Kindheit und Jugend entwickelt wurden) werden in Erinnerung gerufen und dadurch verfügbar. Sie sorgen für Beschäftigungen, kleine Erfolgserlebnisse und Freuden.

Die 10-Minuten-Aktivierung ist fester Bestandteil aller Pflege- und Therapiemaßnahmen.

In bestimmten Phasen der Demenz und bei somatisch erkrankten Bewohnern können unterschiedlichste Methoden in Anlehnung an ROT (Realitätsorientierungstraining) zur Anwendung kommen.

Integrative Validation

Alle Mitarbeiter kennen die Methode der integrativen Validation. Diese von der Amerikanerin Naomi Feil entwickelte Form der „Begleitung“ hat Nicole Richard im Hinblick auf eine demenzgerechte Methode abgewandelt. Sie bietet eine Möglichkeit, Zugang zur „subjektiven Realität“ der Dementen zu finden.

Validation ist eine von den Prinzipien der Einfühlung und Wertschätzung bestimmte Form des Eingehens und Reagierens auf die Verhaltensweisen und Äußerungen verwirrter und dementer Menschen. Validation nach Richard versteht sich als eine Grundhaltung, die den alltäglichen Umgang mit den dementen Menschen bestimmen kann und gerade in belastenden Situationen Spannung reduziert und Beziehung ermöglicht. (*Richard, Altenpflege 7/94*)

Validation ist letztlich eine besondere Form der Kommunikation, die gelehrt und gelernt werden kann. (*Köther/Gnam, 2000*)

Nach entsprechender Befähigung ist das multiprofessionelle Team in der Lage, die Gefühlslage des Einzelnen zu erkennen und darauf einzugehen. Durch das Verstehen des Verhaltens der Bewohner vermindert sich das Aggressionspotenzial deutlich, und es entsteht eine vertraute Atmosphäre.

Die Millieugestaltung ist Voraussetzung und damit Basis jeder Handlungsstrategie für den Umgang mit und die Betreuung von dementen Bewohnern. Validation, Kinästhetik und basale Stimulation sind feste Bestandteile im alltäglichen Angebot der Pflege- und Betreuungsleistungen im Wohn-Pflegebereich für Demente.

4.3 Therapeutische Angebote

Mit **musik-, tanz- und kunsttherapeutischen Angeboten** lässt sich oftmals an verschüttete Erinnerungen und Gefühle anknüpfen.

Über das Singen von altbekannten Liedern und mit Hilfe von Rhythmusinstrumenten werden Erinnerungen angeregt, verborgene Fähigkeiten wiederentdeckt, und es können Gefühle mobilisiert werden, die nur über die Sprache oftmals schwer zugänglich sind. Zu Bewohnern, mit denen Gespräche nur eingeschränkt möglich sind, kann auf nonverbaler Ebene Kontakt hergestellt werden. Das gemeinschaftliche Singen vermag Kontaktbedürfnisse zu mobilisieren und macht Gemeinschaft erlebbar, während durch Anhören von Schlagern aus der Vergangenheit Erinnerungen geweckt und ebenso Gefühle und Bedürfnisse mobilisiert werden können. (Kusch, 1999)

Die Ergotherapie hat in der Behandlung gerontopsychiatrisch pflegebedürftiger älterer Menschen ein breites Aufgabenspektrum.

Ergotherapie kann eine auf einen einzelnen gerontopsychiatrisch pflegebedürftigen Bewohner bezogene Maßnahme im Sinne von Behandlung sein oder auch ein milieugestaltendes, an alltagspraktischen und kreativen Aktivitäten orientiertes Vorgehen in Gruppen. (Kusch, 1999)

4.4 Ärztliche Behandlung

Die allgemeinärztliche Behandlung und die fachärztliche neurologische und psychiatrische Behandlung der Bewohner wird durch niedergelassene Ärzte wahrgenommen. Hier ist eine eigene Absprache hinsichtlich einer aufeinander abgestimmten Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegeplanung zu treffen. (Kusch, 1999)

4.5 Raumkonzept

Mit unserem Raumkonzept schaffen wir einen Lebensraum, in dem der alte Mensch sich zu Hause fühlt. Wir tragen Sorge dafür, dass dieser individuell gestaltete Lebensraum für ihn bis zum Tode bewahrt bleibt. Dies entspricht der Grundauffassung unserer Arbeit mit alten, insbesondere verwirrten Menschen. Somit wird das Raumkonzept zu einem wichtigen Bestandteil für das Milieu jeder Einrichtung. (⇒ *Standard-Raumprogramm der Malteser Altenhilfeeinrichtungen, 2001*)

Über die länderspezifischen Vorgaben und die Maßgaben der Mindestbauverordnung hinaus gehört die Gestaltung des Wohnumfeldes zu den wichtigsten Voraussetzungen in der Betreuung und Begleitung demenzkranker Menschen. Neben einer wohnlichen und sicheren Ausgestaltung der Einrichtung im Allgemeinen zählt dazu maßgeblich das Schaffen einer familiären Atmosphäre. (⇒ 3. *Milieugestaltung*)

Im Einzelnen:

- Der Wohn-Pflegebereich für demente Bewohner liegt idealerweise im Erdgeschoss der Einrichtung und verfügt auch über Einzelzimmer. Damit wird unter anderem ein leichter Zugang zu den Außenanlagen ermöglicht. Die Benutzung der Gartenanlage ermöglicht dem Bewohner eine freiere Bewegung unmittelbar in der Natur.
- Das Mobiliar ist sowohl in den öffentlichen Räumen als auch im Privatbereich der Bewohner so gewählt und zusammengestellt, dass sich die alten Menschen an eine ihnen vertraute Umgebung, an ihre Kindheit oder an ihr Zuhause erinnern können.
- Sowohl Bewohnerzimmer als auch Gemeinschaftsräume sind mit einem Notrufsystem ausgestattet.
- Ein Atrium mit Tiergehege (Voliere o.Ä.) sowie ein Nutzgarten sind für die Bewohner mühelos zu erreichen.
- Die Bewohner müssen die Möglichkeit haben, sich an Gruppenaktivitäten zu beteiligen, sich zurückziehen und ihrem Laufbedürfnis nachzugehen. Das setzt voraus, dass geeignete zusammenhängende Räumlichkeiten und soweit möglich in einer Ebene zur Verfügung stehen. (*Wojnar et. al., 1999*)
- Eine breite, sichere und übersichtliche Wegführung erlaubt ein ungefährdetes, unbeeinträchtigtes selbstständiges Bewegen. Damit kommen wir dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Autonomie entgegen.
- Der gesamte Wohn-Pflegebereich ist mit ausreichend Halte-, Stütz- und Gehhilfen ausgestattet.
- Die Gemeinschaftsräume sind wohnlich gestaltet und zweckmäßig eingerichtet. Die Wohnküche bietet genügend Bewegungsfreiheit und ist zugleich zentrale Kommunikations- und Anlaufstelle sowohl für Personal und Bewohner als auch für Angehörige und Besucher. Hier werden die Mahlzeiten eingenommen und kleinere Aktivitäten wie z.B. Zeitunglesen angeboten. Neben der behinderten- und rollstuhlgerecht eingerichteten Kochzeile mit Thekenbereich fördern runde Tische die Sozialkontakte.
- In der Nähe des Gruppenraumes muss es Rückzugsmöglichkeiten für einzelne Teilnehmer oder kleinere Gruppen geben. Dies können in der Nähe liegende Zimmer der Teilnehmer sein oder geeignete Flurnischen, kleine Gruppenräume etc.
- Klare Gestaltungsansätze vermindern die Entstehung von illusionären Verkennungen und optischen Halluzinationen. So werden wir der besonderen Wahrnehmung der dementen Bewohner gerecht. (*Wojnar et. al., 1999*)
- Alle Sanitärbereiche sind standardgemäß behinderten- und rollstuhlgerecht ausgestattet.
- Die Bodenbeläge sind in allen Räumen entspiegelt und werfen keine Schatten. Dies ist eine wichtige Maßnahme im Bereich der Sturzprophylaxe: Die konsequente Verwendung matter Materialien löst weniger Irritationen beim Bewohner aus (Reduzierung der Stolperfallen).
- In allen Räumen befinden sich große Lichtquellen (mit Verdunkelungsmöglichkeit), die für einen weiten Ausblick und einen natürlichen Lichteinfall sorgen.
- Die Beleuchtung ist schatten- und blendfrei und beträgt in Augenhöhe mindestens 500 Lux. In der Nacht sorgt in den Fluren eine Minimalbeleuchtung und in den Bewohnerzimmern ein Nachtlicht für eine angstfreie Atmosphäre.

- Die Farbgestaltung trägt zur Schaffung einer wohnlichen Atmosphäre bei (⇒ 3. *Milieugestaltung*): Sie kann von einladend warm bis hin zu beruhigend kühl gewählt sein. Die Farbgebung ist ein wichtiges Gestaltungselement für unsere Einrichtungen. Warme und helle Farbtöne beugen einer Reizüberflutung vor, so vermittelt zum Beispiel ein gelber Farbton Wärme und Fröhlichkeit, Blau, Violett und Grün wirken beruhigend. Die Türen werden mit Abstimmungsrahmen farblich eindeutig gekennzeichnet.
- Um eine heimelige, wohnliche Atmosphäre zu schaffen und dem Wunsch der dementen Bewohner nach Ruhe und Geborgenheit nachzukommen, achten wir auf ein schallgedämmtes Raumklima.

4.6 Seelsorge

Wir verstehen Alter und Demenz als besondere Herausforderung für die Betroffenen, ihre Umgebungen und die politischen und kirchlichen Gemeinschaften. Gemeinschaft und Zugehörigkeit erweisen sich dann als besonders notwendig, wenn personale und soziale Bindungen infolge von Alter, Krankheit und zunehmender Abhängigkeit weniger werden.

Unser Ziel ist der Aufbau eines sozial-pastoralen Dienstes. Neben der seelsorglichen Betreuung und Begleitung von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern ist ein Schwerpunkt der Arbeit des sozial-pastoralen Dienstes der Aufbau eines tragenden Netzwerkes zwischen internen Arbeitsgruppen und externen Gremien. Dies trägt zur Integration demenzkranker Bewohner in der Einrichtung und in die externen Strukturen der jeweiligen Standorte (Kirchengemeinde, Orts-, Stadtteil) bei.

Das Konzept zum Aufbau und Ausbau des sozial-pastoralen Dienstes in den Altenhilfeeinrichtungen der Malteser wird im Rahmen der Qualitätssicherung erarbeitet und enthält spezifische Aussagen zur Seelsorge bei dementen Bewohnern.

5. Die Mitarbeiter

Wer pflegt, braucht Pflege. Der tägliche Umgang mit demenzten Menschen ist ein nie endendes und zugleich schwieriges und permanentes Bemühen um angemessene Kompromisse. Um einem frühzeitigen Burn-out-Syndrom vorzubeugen, benötigen Pflegendе gezielte Unterstützung und Begleitung etwa als

- Zielvereinbarungsgespräch
- Angebot zur Qualifizierung durch Fort- und Weiterbildung
- regelmäßiges Übergabegespräch
- Teambesprechung
- Fallbesprechung
- angemessene räumliche und personelle Rahmenbedingungen
- Berücksichtigung von Erholungsphasen bei der Dienstplangestaltung
- Supervision
- Begleitung bei ethischen Fragestellungen
- seelsorgliche Begleitung in Form von Gesprächen, Schulungen, Exerzitien



Die Beteiligung der Mitarbeiter und der Mitarbeitervertretung in wichtigen Fragestellungen der Einrichtung (z.B. Zielsetzung) wird durch die Hausleitung sichergestellt.

Durch gemeinsames Feiern (Gottesdienste und anderen Anlässe) fördern wir die Dienstgemeinschaft.

Die Mitarbeiter gehen miteinander respektvoll um. Dies drückt sich aus in gegenseitigem Zuhören, Lob, Kritik und Unterstützung.

6. Die Angehörigen

Die Angehörigen nehmen in der Arbeit mit ihren erkrankten Verwandten eine wesentliche Rolle ein. Somit gehören sie unweigerlich zum multiprofessionellen Team in unseren Einrichtungen. Sie sind als „biographische Experten“ (⇒ S. 13) die Brücke und oftmals der einzige Schlüssel zur Lebensgeschichte verwirrter Heimbewohner.

Der Angehörige in der Expertenrolle wird daher in das Betreuungs- und Begleitungskonzept integriert. Seine Informationen zur Lebensgeschichte seines Angehörigen sind Voraussetzung für die Erstellung eines individuellen und an der Biographie ausgerichteten Pflege- und Betreuungsplanes. Sie werden somit zum Garant für eine angemessene persönlichkeitsorientierte Pflege und Betreuung ihres Angehörigen.

Dies erfordert den Aufbau einer geeigneten Form der Zusammenarbeit mit den Angehörigen. In unseren Einrichtungen wird ein Netzwerk aufgebaut, das sowohl interne (zu den Mitarbeitern) als auch externe (zu Fachärzten, Seelsorgern, Betroffenen) Kontakte aufbaut, sie fördert, pflegt und wachsen lässt. Wir stehen den Angehörigen als Ansprechpartner in psychosozialen, sozialrechtlichen, therapeutischen und seelsorglichen Fragen zur Verfügung. Wir bieten ihnen und ihren Verwandten Raum für ungestörte Besuche, Gespräche oder Feierlichkeiten.

Ziele der Einbeziehung der Angehörigen:

- Es gilt, die Angehörigen über ihre Funktion als Experten zu informieren und sie hinsichtlich der Notwendigkeit ihrer Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern zu überzeugen.
- Vermittlung des Betreuungskonzeptes
- Den Angehörigen wird durch geeignete Maßnahmen - insbesondere Gespräche und Informationsveranstaltungen - verdeutlicht, dass ihr Kontakt z.B. zum Pflorgeteam eine wesentliche Basis, ja Grundvoraussetzung für eine individuelle Pflege und Betreuung ihres Verwandten darstellt.
- Die in unseren Einrichtungen verwendeten Biographiebögen werden mit den Angehörigen bearbeitet und als integrativer Bestandteil in der Pflegeplanung eingesetzt.
- Das Konzept zur Kontaktherstellung zwischen Angehörigen und Mitarbeitern wird folgende Inhalte berücksichtigen:

Ein gezieltes Kommunikationstraining im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung soll die Mitarbeiter befähigen, das vorhandene Konfliktpotenzial zwischen „Einrichtung und Angehörigen“ zu verringern und letztlich abzubauen.

Werden Angehörige als die Brücke zur Biographie des Bewohners und als kritische Beurteilungsinstanz im Sinne der Kundenorientierung angesehen, erfordert dies die Institutionalisierung der Kontakte zum Wohn-Pflegebereich durch die aktive Mitwirkung bei der Biographie, in der Pflegeplanung, bei der Evaluation der Pflege-, Betreuungs- und Therapiemaßnahmen. Zudem hat das Pflorgeteam die Aufgabe, die Angehörigen durch Informationen immer wieder über das aktuelle Geschehen auf dem Laufenden zu halten.

Geeignete Medien (beispielsweise Flyer) zum Krankheitsbild der Demenz werden von den Einrichtungen entwickelt und den Angehörigen zur Verfügung gestellt.

Die Einrichtung selbst wird durch gezielte Fortbildungsveranstaltungen, zum Beispiel über Krankheiten im Alter, Kostenfragen, Pflegekurse und andere, diesem Konzeptanspruch gerecht.

Diese Maßnahmen und Angebote sollen durch in den Einrichtungen zu gründende Angehörigengruppen zur Vernetzung mit den ortsansässigen Pflegediensten, Krankenhäusern oder Spezialeinrichtungen beitragen. Haus- und Fachärzte sind ebenso einzubinden wie Krankenkassen und andere Institutionen.

Darüber hinaus kann sich aus diesem Engagement eine „aktive Angehörigengruppe“ bilden, der die Möglichkeit gegeben wird, bei der Planung und Ausgestaltung von Festen und Feiern mitzuwirken.

Unser Ziel ist es, die Stellung der Angehörigen, die in vielerlei Hinsicht noch nicht definiert ist, durch geeignete Maßnahmen klar zu definieren und ihnen in ihrer Rollenfindung Hilfestellung seitens der Einrichtung anzubieten. (*Paul-Lempp-Stiftung, 2000*)

Vernetzung

In der täglichen Arbeit begegnen wir Partnern, mit denen wir uns gemeinsam um das Wohl unserer Bewohner kümmern. Zur Verwirklichung des ganzheitlichen Betreuungskonzeptes ist die kooperative Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Gremien und Institutionen für uns selbstverständlich.

Wir unterscheiden unsere Kooperationspartner nach bewohnerorientierten, mitarbeiterorientierten und anderen Anbietern.

Zu den bewohnerorientierten Anbietern zählen

- Haus- und Fachärzte
- Krankenhäuser und Fachkliniken
- Ambulante Pflegedienste
- Berufsbetreuer und Betreuungsvereine/-stellen
- Apotheken und Sanitätsfachgeschäfte
- Medizinische Fußpflege, Friseur
- Hospizdienste
- Physiotherapeuten/Ergotherapeuten

Die mitarbeiterorientierten Anbieter sind

- Fachschulen für Alten- und Krankenpflege,
- Fachschulen für sozialpflegerische Berufe,
- Fort- und Weiterbildungsakademien

Zu den anderen Anbietern zählen verschiedene Gremien wie

- Arbeitskreise der Region
- andere Verbände
- Caritas
- Gremien der Pfarrgemeinden
- Gremien der Kommune
- Ortsverbände und Vereine
- Familiengericht
- Vormundschaftsgericht
- Sozialamt und das Jugendamt
- Kindergärten und Schulen

Wir bauen Gesprächskreise und Beratungsangebote auf. Wir laden unsere Kooperationspartner ein zu Festen und Feiern. Darüber hinaus wird durch persönliche Kontakte aller Verantwortlichen ein kooperatives Miteinander möglich und gepflegt.

Öffentlichkeitsarbeit

Wir unterstützen diese Maßnahmen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, indem wir unseren Hausprospekt und auf Wunsch unsere speziellen Konzeptionen zur Verfügung stellen und diese erläutern. Anfragen nach Vorträgen zu fachspezifischen Themen kommen wir gerne nach.

Wir arbeiten mit den Medien zusammen, um auf unsere Angebote und Leistungen aufmerksam zu machen, und über das Leben im Wohn-Pflegebereich für demente Bewohner unserer Einrichtung zu berichten.

Ehrenamtliche Mitarbeiter

Das Ehrenamt ist fester Bestandteil in unseren Einrichtungen und stellt mit seinen Leistungen eine Ergänzung zum bereits vorhandenen Angebot dar. Mit ihrem Einsatz trägt das Ehrenamt dazu bei, „Leben zu begleiten“. Im Haus fördert das Ehrenamt die Atmosphäre der Menschlichkeit, in der sich der Bewohner angenommen und umsorgt fühlt. Der ehrenamtliche Mitarbeiter setzt einen Teil seiner freien Zeit für seine Mitmenschen ein und erhält dadurch die Chance, an dem reichen Erfahrungsschatz der Menschen im hohen Alter teil zu haben (Lebensweisheiten, Bewältigungsstrategien in Konfliktsituationen).

Ehrenamtliche Mitarbeiter werden angeleitet und begleitet, um sich zum einen auf diesen Dienst vorzubereiten und um sich zum anderen nicht zu überfordern. Die Mitarbeiter des seelsorglich-pastoralen und des sozialen Dienstes bieten sich als Ansprechpartner und Leiter der Gruppenabende in Kooperation mit den Mitarbeitern der Einrichtung an.

Die vom Malteser Hilfsdienst e.V. (MHD e.V.) entwickelten Konzepte zur „Schulung, Betreuung und Entlastung von Angehörigen demenzkranker Menschen“ (⇒ *Abteilung Ausbildung, MHD e.V.*) und die Leitlinien für Besuchsdienste (⇒ *Abteilung Soziales Ehrenamt, MHD e.V.*) dienen als Grundlage für den Einsatz ehrenamtlicher Mitarbeiter.

Besondere Angebote zur Gewinnung, Motivation und Weiterqualifizierung von ehrenamtlichen Mitarbeitern werden in das innerbetriebliche Fortbildungsprogramm aufgenommen.

Die Möglichkeiten des Einsatzes sind vielfältig und umfassen unter anderem:

- regelmäßige Besuchsdienste
- Spaziergänge
- Hol- und Bringdienste, kleinere Besorgungen
- Vorlesen
- Betreuungen oder Patenschaften
- Mithilfe bei der Gestaltung von Festen, Feiern, Geburtstagen
- kulturelle, musikalische und sonstige Angebote

8. Qualitätssicherung

Bei der Entwicklung und Sicherung der Qualität hat die MTG bereits vor Einführung des Pflegequalitätssicherungsgesetzes mit seinen Forderungen des § 80 SGB XI in ihren Altenhilfeeinrichtungen einen eigenen Weg vorbereitet und eingeschlagen.

Führungskräfte der stationären Einrichtungen entwickelten Qualitätsziele. Dieser Katalog an Zielen ist die definierte Qualität der zu erbringenden Leistungen. Er ist Fundament und Rahmen für das qualitätsvolle Handeln der Mitarbeiter. Die Qualitätsziele sind damit Richtlinie für eine individuelle Betreuung und Begleitung.

Zur Erfüllung der gesetzlichen Forderungen nach einer lückenlosen Pflegedokumentation werden geeignete Dokumentationssysteme eingesetzt. Das multiprofessionelle Team erstellt in Kooperation mit den Angehörigen den individuellen Pflege- und Betreuungsplan, der schriftlich fixiert und für alle mit dem Bewohner arbeitenden Personen verbindlich ist. Die Anpassung der Pflegeplanung erfolgt durch regelmäßige Evaluation im Team, gegebenenfalls unter Einbeziehen des Hausarztes oder des behandelnden Facharztes.

Jeder Mitarbeiter ist für die Qualität seiner Arbeit und für die fortwährende Umsetzung der Qualitätsziele verantwortlich.

Die Führungskräfte tragen die Verantwortung für die Einhaltung der dafür notwendigen Strukturen, welche die Planung, Steuerung, Sicherung und Überprüfung aller Tätigkeiten garantieren.

Gemäß § 5 des Heimgesetzes und der Heimmitwirkungsverordnung gewährleisten wir durch die vorher beschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung die Mitwirkung der Heimbewohner, des Heimbeirates und der Bewohnersprecher. Kritik und Beschwerden sehen wir als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung. Um diese konstruktiv zu nutzen, entwickeln die Malteser einen einrichtungsübergreifenden Qualitätsstandard zum Beschwerdemanagement. Darüber hinaus werden im Abstand von zwei Jahren regelmäßig Bewohner- und Angehörigenbefragungen durchgeführt.

Alzheimer Europe, Hrsg.

Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten
Thieme Verlag Stuttgart, 1999

Buisjsen, Huub

Senile Demenz
Beltz Verlag, 1997

Delphi `98 Umfrage

Studie zur globalen Entwicklung von Wissenschaft und Technik
Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung
im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie
(BMBF)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; 1994)

The American Psychiatric Association (APA)

Diksen, Matip, Schulz

Wege aus dem Labyrinth der Demenz, Ein Praxishandbuch
Die Autorinnen, die BAGA e.V. und die Alexianer Krankenhaus GmbH
Münster, 1999

International Classification of Diseases (ICD-10; 1993)

WHO

Köther/Gnamm (Hrsg.)

Altenpflege in Ausbildung und Praxis
4. neu bearbeitete Auflage
Thieme Verlag Stuttgart, 2000

Kernteam Kompetenz in Demenz

Konzeptentwürfe der Regionen Süd-Ost und Nord-West
Altenhilfeeinrichtungen der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH Köln, 1999

Kusch, Sozialstiftung Köpenick

Konzeption für zwei gerontopsychiatrische Wohnetagen im Seniorenzentrum
der Sozialstiftung Köpenick
Berlin, 1999

Müller, Dagmar

Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen
Kuratorium Deutscher Altershilfe, 1999

Paul-Lempp-Stiftung

Umgang mit Demenz, Literaturrecherche
Stuttgart, 2000

Richard, Nicole

Neuer Wein in alten Schläuchen - ein neuer integrativer, variierender Ansatz
Altenpflege 7/1994

Schaller

Umgang mit chronisch verwirrten Menschen
Brigitte Kunz Verlag, 1999

**Schulung, Betreuung und Entlastung von Angehörigen demenzkranker Menschen
Leitlinien für Betreuungsdienste**

Abteilungen Ausbildung und Soziales Ehrenamt
Malteser Hilfsdienst e.V., Köln

Wojnar et. al.

Gemeinsame Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung
in Hamburg, 1999

Impressum:

MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH
Kalker Hauptstraße 22-24 • 51103 Köln
Telefon: 0221/9822-512 • Telefax: 0221/9822-509
E-Mail: mtg@malteser.de
www.malteser.de
Produktion: Presse und Kommunikation

Projektauftrag QM AH 02/2001

Thema:	Implementierung des Basiskonzeptes „Wohnen und leben können mit Demenz“ in den Altenhilfeeinrichtungen der Malteser
Ausgangssituation:	Die Zahl der demenzkranken Bewohner in unseren Einrichtungen wird in Zukunft weiter deutlich ansteigen. Sie benötigen gezielte Betreuung und Begleitung, sowie ein Wohnumfeld, das milieu- und pflegetherapeutische Ansätze beinhaltet.
Auftraggeber:	Geschäftsführung der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH
Projektleiter:	<i>Name und Funktion (von der Betriebsgesellschaft zu benennen)</i>
Projektteam:	<i>Namen und Funktionen der übrigen Projektteam-Mitglieder (in jeder Einrichtung gemeinsam mit HL, PDL und QM-Team zu benennen) Ggf. auch N.N. für weitere zu benennende Personen</i>
Ziele (Messkriterien):	<ul style="list-style-type: none">● Die Marketingmaßnahmen aus dem Maßnahmenplan sind mit der erste Ausgabe im Jahr 2002 der Mitarbeiterzeitschrift Team Top umgesetzt.● Die Instrumente des Projektmanagements sind für die gesamte Projektdauer vom 14.09.2001 bis zum 31.12.2005 verbindlich anzuwenden und zu dokumentieren.● Das Personalkonzept ist bis zum 30.06.2002 umgesetzt.● Das Basiskonzept ist bis zum 30.06.2002 auf die jeweilige Einrichtung angepasst.● Fördermöglichkeiten sind gefunden und bis zum 30.09.2002 gezielt beantragt.● Die Durchführung einer Kick-off-Veranstaltung hat in jeder Einrichtung bis zum 30.09.2002 stattgefunden.● Die betriebswirtschaftliche Gesamtkostenplanung für die Implementierung ist bis zum 30.09.2002 erstellt.● Die endgültige Umsetzung aller Maßnahmen des Basiskonzeptes sind am 31.12.2005 abgeschlossen.
Kannziele (Messkriterien):	<ul style="list-style-type: none">● Der Krankenstand der Mitarbeiter ist unter einen von jeder Betriebsgesellschaft festzulegenden Prozentsatz gesunken.● Die durch schwere Demenz verursachten externen Verlegungen sind unter einen von der Einrichtung festzulegenden Prozentsatz gesunken.

Begründung/Nutzen:	Das Basiskonzept für die Betreuung, Begleitung und Pflege demenzkranker Bewohner sollte schnellstmöglich umgesetzt werden, um so unser Profil im Bereich der Dementenbetreuung deutlich zu schärfen und neben anderen Anbietern nicht nur bestehen zu können, sondern uns hervorzuheben.
Starttermin:	14. September 2001
Meilensteine	<ul style="list-style-type: none"> ● Umsetzungsvorbereitungen sind bis zum 31. März 2002 abgeschlossen. ● Die Teilkonzepte sind bis zum 30. Juni 2002 auf die Einrichtung angepasst.
Endtermin:	Das Basiskonzept ist am 31.12.2005 umgesetzt.
Gesamtbudget:	<ul style="list-style-type: none"> ● Projektleitung ist mit 50 % Stellenumfang für die Projektsteuerung freizustellen. ● Projektgruppe trifft sich ca. alle sechs Wochen für 2 bis 4 Stunden über 5 Jahre mit ca. 3 - 5 Mitgliedern = ca. 180 MT ● ggf. Fahrtkosten für Hospitationen in anderen Einrichtungen oder regionale Treffen <p>Folgekosten aus den Teilkonzepten, wie z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fort- und Weiterbildungsbudget ● Umbaumaßnahmen ● Personalkonzeption
Kompetenzen:	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Projektleitung entscheidet innerhalb des Budgets über Zeiteinteilung und Anpassungen und berichtet laufend der Geschäftsführung der Betriebsgesellschaft. ● Die am Projekt Beteiligten sind für die Bearbeitung der Arbeitspakete innerhalb der Dienstzeit freizustellen und tragen die Verantwortung für die Zeiteinteilung innerhalb der Arbeitspakete. ● Die Projektleitung berichtet jeweils im Mai und im November eines jeden Jahres in Form von Verlaufsberichten über den Sachstand des Projektes an die Leiterin Fachbereich Altenhilfe und Ambulante Dienste der MTG.
Bemerkungen:	<ul style="list-style-type: none"> ● Die Projekte in den Einrichtungen werden von der Leiterin Fachbereich Altenhilfe und Ambulante Dienste der MTG vernetzt, begleitet und ggf. gesteuert. ● Die Kerngruppe empfiehlt auf Anraten der Deutschen Expertengruppe für Dementenbetreuung schnellstmöglich folgende Vertragsklausel in die Heimverträge aufzunehmen:

Körperliche oder geistige Veränderungen können einen Umzug in den „beschützenden“ Wohnbereich oder zurück in den Wohn-Pflegebereich erforderlich machen. Dies gilt für Einrichtungen, die eine segregative Unterbringungsmöglichkeit für demenzkranke Bewohner vorhalten.

- Die Zusammenarbeit mit und die Unterstützung von der MTG, der Gekos, den Angehörigen, der Therapeuten, der Ärzte, der Seelsorger und anderen Einrichtungen ist ab sofort sicherzustellen.
- Der als Anlage beigefügte Maßnahmenplan ist als Grundlagenpapier für die Projektleitung verbindlich.

Unterschriften: (Datum)

Auftraggeber (Datum)

Projektleiter (Datum)

Projektteammitglieder (Datum)

Vorgesetzte von PL/Projektteam (Datum)