



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat

Dokumentation zum Fachtag

**„Pflegeheime der 4. Generation – auch für Demenzkranke
Architektur, Konzepte, Kosten“**

am 11.07.2007 in München



Tagungsorganisation
Urbanes Wohnen e.V.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	3
Begrüßung <i>Gertraud von Gaessler, Leiterin des Amts für Soziale Sicherung, Sozialreferat der Landeshauptstadt München</i>	4
Die 4. Generation des Pflegeheims – ein Überblick <i>Kersten Stier, Geschäftsführer, Arbeiter-Samariter-Bund, Stuttgart</i>	7
Architektur und Milieugestaltung bei Demenz – Konzepte und Erfahrungen <i>Bertold Ziersch, Architekt, Gräfelfing</i>	10
Das Drei-Welten-Modell als phasengerechte Lebensraumgestaltung für Demenzkranke und das Konzept der „Pflegeoase“ für Menschen mit schwerer, fortgeschrittener Demenz <i>Silvia Silva Lima, Leiterin Demenzstation, Pflegezentrum Erlenhof, Zürich Dr. med. Christoph Held, Leitender Arzt, Stadtärztlicher Dienst Zürich, Pflegezentrum Erlenhof Zürich</i>	13
H.I.L.DE – Ein Instrument zur Erfassung von Lebensqualität Demenzkranker <i>Dr. Stefanie Becker, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Heidelberg</i>	19
Praxisbeispiel 1 Der Umstrukturierungsprozess im Bestand. Der Schritt von der 3. Generation zur 4. Generation des Pflegeheimbaus <i>Ute Neumann, Heimleiterin und Geschäftsführerin, Pflegeheim Hettstedt</i>	23
Praxisbeispiel 2 Konzeptionelle Planung, Personalplanung und Pflegestrukturen im Pflegeheim der 4. Generation <i>Marcus Jogerst, Hausleiter, Seniorenhaus Renchen, Renchen</i>	26

Einführung

Der vierte Fachtag der Reihe „Leben und Wohnen im Alter“ beschäftigte sich mit der 4. Generation des Pflegeheims, den so genannten stationären Hausgemeinschaften.

180 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den unterschiedlichsten Fachbereichen informierten sich und diskutierten mit Expertinnen und Experten über folgende Themen:

- Architektur und Milieugestaltung für dementiell erkrankte Menschen im Neubau und Bestand
- Das Konzept der 4. Generation und die damit verbundenen Verbesserungen und Herausforderungen für alle Beteiligten
- Das „Drei-Welten Modell“ aus der Schweiz und Erfahrungen aus geriatrischer Sicht
- Die Pflegeoase, eine vom übrigen Pflegebetrieb abgetrennte „low stimulus-Einheit“ für schwerst demenzkranke Menschen.
- Mitarbeiterauswahl, Personalplanung– und –qualifizierung
- Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen und der Einsatz in der Pflegepraxis.

Die Moderation der Diskussion übernahm Frau Tschainer von aufschwungalt GbR.

Die Beiträge der Referentinnen und Referenten sind in diesem Tagungsband zusammengestellt.

Zu diesem Fachtag sind die zwei Begleithefte erschienen Heft 4: „Kostenstruktur in Münchner Pflegeheimen“ und Heft 5: „Stationäre Hausgemeinschaften. Stationäre Versorgung von Demenzkranken“. Sie sind bei der am Ende der Dokumentation genannten Anschrift zu beziehen.

Mit dieser Tagung ist die vom Sozialreferat der Landeshauptstadt München veranstaltete und von Urbanes Wohnen e.V. München organisierte vierteilige Fachtagserie zum Themenkomplex „Leben und Wohnen im Alter“ beendet.

Die Tagungsdokumentation dieses Fachtages und der vorhergehenden Fachtage

- Neue Wege in der Wohnraumversorgung älterer Bürgerinnen und Bürger
- Wohnen und Leben im Alter im Quartier – Projektbeispiele und Lösungsansätze
- Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Konzepte, Qualität, Praxisbeispiele

sowie Präsentationen der Referentinnen und Referenten finden Sie im Internet unter www.urbanes-wohnen.de/fachtag.

Begrüßung

*Gertraud von Gaessler, Leiterin des Amtes für Soziale Sicherung,
Sozialreferat der Landeshauptstadt München*

In diesem Fachtag geht es um *innovative* Versorgungsformen für ältere pflegebedürftige Menschen. Unser Ausgangspunkt des Fachtages ist, dass die Pflege nur selten den Betroffenen selbst die Frage stellt, ob diese mit den Leistungen zufrieden sind. In Dienstleistungen für andere Gruppen ist dies dagegen üblich. Natürlich denken wir auch daran, dass sich die Zielgruppe in Pflegeheimen stetig verändert, die Betroffenen selbst aufgrund ihrer Erkrankungen und ihres Pflegebedarfes kaum mehr selbst Antwort geben können.

Die 4. Generation des Pflegeheimbaus oder stationäre Hausgemeinschaften

In der Fachwelt wird gemunkelt, stationäre Hausgemeinschaften seien nicht finanzierbar, dies sei ein Wunsch an eine neue Organisation von stationärer Pflege, der jedoch keine Aussicht auf Umsetzung hat.

Wir versuchen heute, über den Tellerrand hinaus zu schauen und fragen uns, ob es tatsächlich unmöglich oder wann es wie möglich ist, stationäre Hausgemeinschaften zu schaffen und erfolgreich zu betreiben.

Die MÜNCHENSTIFT GmbH hat dies im Kleinen bereits vorgemacht und in zwei ihrer Häuser stationäre Hausgemeinschaften eröffnet: im Haus an der Tauernstraße in Harlaching und im Haus an der Rümmanstraße in Schwabing.

An die Vergabe des städtischen Grundstückes an der Appenzeller Straße in Fürstenried war in der Ausschreibung die Grundbedingung geknüpft, hier eine moderne Pflegeeinrichtung entstehen zu lassen, die komplett in der so genannten „4. Generation des Pflegeheimbaus“ funktionieren muss.

Heute werden wir an weiteren Beispielen erfahren, ob die Hürden zu hoch sind, oder ob Aussicht darauf besteht, Alltagsnormalität mit Hausgemeinschaften im Neubau oder im Bestand in die Pflege zu bringen. Kleingruppen, wie sie bereits beim städtischen Programm „Heiminterne Tagesbetreuung“ zahlreiche positive Effekte zeigen, sind auch hier Kernpunkt der neuen Pflegestruktur. Mehr Aufmerksamkeit, Individualität und Autonomie für jede einzelne Person sind die Folge von stationären Hausgemeinschaften.

Wie dies organisiert und letztlich bezahlbar sein kann, werden wir heute erfahren. Wie Präsenzkräfte qualifiziert werden können, wie Pflegenden als ambulanter Dienst dennoch stationär arbeiten – das mag nach „Quadratur des Kreises“ klingen, scheint jedoch praktikabel. Beispiele aus Fulda und Augsburg sind uns bekannt. Beispiele aus Hettstedt und Renchen werden uns heute vorgestellt.

H.I.L.DE

Das **Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker - H.I.L.DE-** was soll dies bringen?

Auch hier gibt es im europäischen Raum in den vergangenen zehn Jahren vermehrt Untersuchungen, wie es mit der Lebensqualität von Menschen mit Demenzerkrankung beschaffen ist.

- Ein Blick nach Zürich zeigt auch hier anhand der „Käferberg Besucherstudie“, einem Heim der Stadt Zürich, die positiven Wirkungen von regelmäßigen Besuchen.
- In München hat das Institut für Praxisforschung und Projektbegleitung die Wirkung des teilsegregativen Ansatzes des städtischen Programms „Heiminterne Tagesbetreuung“ evaluiert und damit den Nachweis erbracht, dass diese Betreuungsform die Anzahl freiheitsentziehender Maßnahmen sowie die Gabe von Psychopharmaka senkt.
- Cora van der Kooij hat in Utrecht in den Niederlanden eine qualitative Untersuchung zur Lebenswelt dementierender alter Menschen¹ erstellt.
- Aus Großbritannien kennen wir den personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood und das aufwändige Verfahren „Dementia Care Mapping“, das Herr Müller-Hergl in Deutschland vertritt.

Woher wissen Pflegende eigentlich, ob ihre Maßnahmen und ihr Verhalten gut bei Menschen mit Demenz ankommen. Gibt es Methoden, dies auch in kurzer Zeit und nicht allzu aufwändig zu erfahren? Diesem Thema widmet sich das Institut für Gerontologie in Heidelberg unter der Leitung von Herrn Professor Kruse. Dabei geht es um Verhaltensbeobachtung von Personen, die aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, über ihr Erleben selbst Auskunft zu geben. Als bewährtes und aussagekräftiges Analyseverfahren wird das mimische Ausdrucksverhalten eingesetzt. Ob sich H.I.L.DE für einen Einbezug in die Pflegeplanung eignet, was dessen Eckpunkte sind und ob dieses Verfahren bald flächendeckend eingesetzt werden kann werden wir heute von Frau Dr. Becker hören.

Bezüglich einer zeitgemäßen Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankung ist fachlich Bewegung in die Diskussion gekommen:

- Soll man weiterhin den integrativen Ansatz verfolgen und unterschiedliche Krankheitsbilder und damit Pflegebedarfe in Pflegebereichen zusammen fassen? Wird dies den Pflegenden und Pflegebedürftigen gerecht, was erleben Angehörige hierbei, sind alle Kundinnen und Kunden hiermit zufrieden zu stellen? Wie wirkt es sich auf Menschen mit anderen Krankheitsbildern aus, wie viele freiheitsentziehende Maßnahmen sind erforderlich, kann man Pflegende hier im Beruf halten oder fliehen sie weiter?
- Soll man eine besondere Dementenbetreuung wie in Hamburg – dort entwickelt durch Herrn Dr. Wojnar – initiieren? Wie viele Einrichtungen werden sich an einer dafür notwendigen Selbstverpflichtung beteiligen? Ist auch dies eine zeitgemäße Pflege und Betreuung? Die vergleichende Studie von Herrn Professor Weyerer, die die besondere Dementenbetreuung in Hamburg mit konventionellen Heimen in Mannheim verglich, zeigte, dass nicht nur Pflegebedürftige von einer besonderen Betreuung profitieren. Die Pflegenden fühlten sich fachlich sicherer, hatten selbst sogar weniger Depressionen als der Bevölkerungsdurchschnitt! Und die Angehörigen waren zufriedener, weil sie den Eindruck hatten, dass sie den Aussagen und fachlichen Handlungen der Pflegenden trauen können, weil diese spezialisiert sind. Die Pflegebedürftigen selbst waren natürlich im Zentrum des Geschehens mit positiven Effekten.

¹ Corry F.M. Bosch „Vertrautheit“, Ullstein Medical Verlag

- Und nun kommt ein „Drei-Welten-Modell“ in die deutsche Fachwelt. Im kleinen begann es u.a. in Allensbach und nun in Freiburg. Wir wissen zwar, dass dieses Modell in der Fachwelt umstritten ist. Ich denke, dieser „Knoten“ löst sich sehr bald auf, wenn die beiden Referenten aus Zürich, Frau Silva Lima und Herr Dr. Held ihre Konzepte und Erfahrungen vortragen. Manch „altem Hasen in der Pflege“ mag es vertraut vorkommen, einen „Low-Stimulus-Bereich“ zu schaffen, in dem Bewohnerinnen und Bewohner einerseits Ruhe finden können und andererseits gezielt gefördert werden. Dass Türen auch mal offen stehen, so wie bei uns selbst – wenn wir krank im Bett liegen und trotz Erkältung oder ähnlichem doch an der Umwelt teilhaben wollen und wenn es geht, bald im Wohnzimmer auf dem Sofa liegen dürfen – eben inmitten der Familie und inmitten der alltäglichen Ereignisse.

Und da hätten wir den Streitpunkt des neuen Modells auch schon identifiziert: Der Münchner Stadtrat sprach sich im Oktober 2006 deutlich dafür aus, dass in Pflegeheimen der Anteil an Einzelzimmern ca. 80 % und der an Doppelzimmern ca. 20,5 % betragen soll. Eine Rückkehr zu Mehrbettzimmern, wie es sie früher gab, schloss er ausdrücklich aus.

Bei einem „Drei-Welten-Modell“ geht es vielmehr um ein *anderes Betreuungskonzept*, einen durchdachten Ansatz. Die Gefahr, über Mehrbettzimmer wieder in eine so genannte „preiswerte“ Pflege zu verfallen sehen wir – ebenso wie das Kuratorium Deutsche Altershilfe - sehr deutlich. Die Kostenschraube vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zurück zu drehen, Standards in der Versorgung personell oder räumlich zu senken, befürworten wir nicht. Wir setzen uns aktiv für bessere Arbeits- und Lebensbedingungen in unseren Münchner Pflegeeinrichtungen ein. Und dazu gehört die Wahrung der Privatsphäre und eben nur in begründeten Ausnahmen ein Leben und Wohnen in Doppelzimmern.

Der heutige Fachtag bringt zum Ausdruck, dass wir uns als Landeshauptstadt München auch für eine stetige Fortentwicklung und Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege aktiv einsetzen und uns gegen Rückschritte deutlich aussprechen.

Für uns stehen die Pflegebedürftigen im Mittelpunkt.

Die 4. Generation des Pflegeheims – ein Überblick

Kersten Stier, Geschäftsführer, Arbeiter-Samariter-Bund, Stuttgart

Aktuelle Situation der stationären Pflege

Laut Pflegestatistik von 2005 beträgt die Zahl der Pflegebedürftigen 2,13 Millionen. 32% der Pflegebedürftigen werden in stationären Einrichtungen versorgt. Zur Zeit besteht jedoch in der stationären Pflege in Deutschland bereits ein Überhang von 11,2%, d.h. es gibt mehr Pflegeplätze als Patienten.

Die Entwicklung der Pflegeheime von der 1. bis zur 4. Generation

Die Entwicklung der Pflegeheime teilt sich in vier Generationen ein.

Die 1. Generation der Pflegeheime (bis in die 60er Jahre) hatte einen Anstaltscharakter, die Belegungsdichte war sehr hoch. Es gab nur gemeinschaftliche Sanitäreinrichtungen.

Die 2. Generation der Pflegeheime (70er Jahre) wurde nach dem Leitbild eines Krankenhauses gestaltet, die Belegungsdichte entzerrt und die reaktive Pflege durchgeführt. In den Pflegezimmern gab es nur Waschtische.

Die 3. Generation der Pflegeheime (90er Jahre) wurden nach dem Leitbild eines Wohnheims gestaltet. Individualität und aktivierende Pflege stehen im Vordergrund. Wohnbedürfnisse und Pflege werden verbunden. Alle Zimmer haben einen separaten Nassbereich.

Die 4. Generation oder stationäre Hausgemeinschaften

Die 4. Generation der Pflegeheime wird nach dem Leitbild der Familie gestaltet. Es werden kleine familienähnliche Wohngruppen bzw. Hausgemeinschaften gebildet. Der Einzelzimmeranteil mit behindertengerechtem Nassbereich ist hoch. Das Pflegebad wird als „Wohlfühloase“ ausgeführt. Eine großzügige Wohnküche bildet den Mittelpunkt der Hausgemeinschaft. Feste Bezugspersonen, die Präsenzkkräfte, begleiten die Bewohner/-innen in kleinen Gruppen von 10-16 Personen und strukturieren den Tag. Das Primat der Pflege wird durch das Primat des Wohnens ersetzt. Bisher zentrale Dienste wie z.B. Speisenzubereitung, Reinigung, Wäschepflege etc. werden dezentralisiert und in die Wohngruppen verlagert.

Ziele des Konzepts der 4. Generation sind:

- die Fähigkeiten und die Selbstständigkeit der Bewohner/-innen zu erhalten und zu fördern
- das soziale und familiäre Umfeld der Bewohner/-innen in den Ablauf des Alltages einzubinden
- die Angehörigen mit zu integrieren und
- das Ehrenamt auszuweiten.

Personaleinsatz

In der 4. Generation werden hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie auch grundpflegerische Tätigkeiten von Präsenzkraften oder so genannten „Alltagsmanagern“ ausgeführt. Diese übernehmen in der Wohngruppe die Rolle der Hausfrau im Familienhaushalt. Sie stellen Bezugspersonen für die Bewohner/-innen dar und sind für die Wohngruppe verantwortlich. Die Tagesbesetzung findet i.d.R. von 07.00 bis 21.00 Uhr statt.

Die Hauptaufgabe der Präsenzkraften besteht darin, die Bewohner/-innen bei den Alltagsaktivitäten zu unterstützen und zu begleiten, d.h. durch:

- Organisation der Hauswirtschaft und Integration der Bewohner/-innen gemäß den individuellen Fähigkeiten und Neigungen
- Durchführung von hauswirtschaftlichen Leistungen (Kochen, Reinigen, Waschen)
- Beziehungsgestaltung und – pflege
- Begleitung der Bewohner in ihren verschiedenen Lebensbereichen
- Kooperation mit Angehörigen und Freunden der Bewohner/-innen.
- Einbindung von Ehrenamtlichen

Qualifikation der Präsenzkraften

Die Präsenzkraft sollte vertraut sein im Umgang mit alten und dementen Menschen, fähig sein, sich in die Lebens-, Gefühls- und Gedankenwelt der Bewohner/-innen einzufühlen und menschliche Wärme ausstrahlen.

Hauswirtschaftliche Fähigkeiten sind erforderlich, um den Haushalt der Hausgemeinschaft kompetent organisieren zu können. Kenntnisse in den nötigen Hygiene- und Gesetzesvorschriften sowie in Ernährungslehre und Diätetik sind dafür erforderlich. Grundpflegerische Kenntnisse sind von Vorteil.

Vom Berufsbild eignen sich hierzu unter anderem Altenpfleger/-in, Fachhauswirtschaftler/-in, oder Sozialpädagoginnen und -pädagogen mit hauswirtschaftlichen Interessen und Fähigkeiten.

Pflege

Das Pflegekonzept richtet sich nach dem Pflegebedarf und folgt den Grundsätzen ambulanter Versorgung in der eigenen Häuslichkeit (Beziehungspflege) und wird von ausgebildeten Pflegekräften durchgeführt.

Auswirkungen des Konzepts auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Folgende Punkte werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als positiv erlebt:

- Wohnliches Ambiente
- Vielfältiges Arbeitsspektrum
- Bewohnerorientierte und praxisnahe Pflege
- Möglichkeit, eigene Ideen einzubringen und selbständige Entscheidungen zu treffen
- Gute Teamarbeit, bedingt durch Kleinräumigkeit
- Individuelle, biographienahe Betreuung der Bewohner
- Überschaubarkeit / kurze Dienstwege

Als negativ werden die nachfolgenden Punkte erlebt:

- Häufig Zeitmangel durch den hohen Anteil an Nebentätigkeiten
- Zu kleine Dienstzimmer (Präsenzkraft)
- Hohes Arbeitspensum
- Konzept kann nicht realisiert werden, wenn einzelne Mitarbeiter nicht entsprechend mental dazu eingestellt sind
- Unklare Abgrenzung bzw. Zuweisung von Tätigkeitsfeldern

Auswirkungen auf den Pflegesatz

Erhöhter U + V – Pflegesatz² unter gleichzeitiger Verringerung des Pflegesatzes für die Pflege bei allen 3 Pflegestufen durch die Stärkung der hauswirtschaftlichen Elemente.

Umgang mit Sterben und Tod

In Bezug auf Sterben und Tod bedeutet Pflege auch das Ermöglichen von Lebensqualität, d. h.

- Eine wirksame Schmerztherapie hat oberste Priorität
- Gespräche über transzendente Fragen
- Zuhören und Hinhören als wichtiger Bestandteil des Konzeptes.
- Durch eigenes Verhalten die Hoffnung leben und bewirken
- Angehörige und Mitarbeiter des Hospizes mit einbeziehen (Kooperation mit örtlichem Hospizverein)
- Zulassen der individuellen religiösen Bedürfnisse aller Konfessionen und Glaubensrichtungen
- Wahren der Intimsphäre, der Respekt vor dem Akt des Sterbens
- Abschied nehmen
- Angehörige auf Wunsch in den Prozess einbeziehen und ihnen ermöglichen, bis zuletzt dabei zu sein. Ihnen Beistand und Trost geben und sie beraten und begleiten – auch über den Tod hinaus.

Ein spezieller **Abschiedsraum** („Raum der Stille“), der u. a. warm, hell und freundlich ausgestattet ist, trägt dazu bei, dass die o. g. Ziele und Rahmenbedingungen bewohnerorientiert umgesetzt werden können.

Öffnung des Pflegeheimes ins Quartier

Das Pflegeheim der 4. Generation ist keine isolierte Einheit sondern integraler Bestandteil eines Quartiers. Folgende Möglichkeiten dienen der Öffnung ins Viertel:

- Begegnungsstätte / hauseigenes Cafe
- Stationärer Mittagstisch
- Integration / Kooperation von/mit Vereinen, Selbsthilfegruppen, Alzheimer Gesellschaft, Kirchengemeinden, Hospizbewegung u. a.
- Einbeziehung von Migrantengruppen
- Gewinnung von ehrenamtlichen Kräften (z. B. Bildung von Patenschaften, Freiwilligen-Agentur, etc.)
- Bildung einer Angehörigengruppe

² Anm.: Pflegesatz für Unterkunft und Verpflegung, sog. „Hotelkosten“

Architektur und Milieugestaltung bei Demenz – Konzepte und Erfahrungen

Bertold Ziersch, Architekt, Gräfelfing

Die Planungsaufgabe

In der Analyse der Planungsaufgabe für ein Heim zur Pflege von Demenzkranken stößt man auf sehr unterschiedliche Anforderungsprofile.

Es geht nicht nur um die Planung eines Hauses zur Pflege von alten, gebrechlichen Personen mit der Einbindung in die Umgebung und den besonderen Anforderungen an den Außenraum, sondern vielmehr um die Gestaltung einer Einrichtung zur Therapie und Betreuung von immer verwirrter werdenden und zum Ende meist bettlägerigen kranken Menschen. Dennoch darf nicht der Eindruck einer Klinik oder eines Instituts entstehen.

Um hier eine Antwort für die Prägung der Außen- und Innenform zu erhalten, sollte man alle betroffenen Personengruppen der Einrichtung mit Ihren spezifischen Bedürfnissen zu Wort kommen lassen. Das daraus entstehende Bild wird dann auf seine notwendigen, funktionalen und seine wünschenswerten, emotionalen Aspekte hin untersucht.

Schließlich ist in das entstehende Wunschscenario noch die Flexibilität einer eventuell später notwendigen Umnutzung oder Umgestaltung einzuplanen.

Die städtebauliche Komponente - was lässt sich auf einem gegebenen Grundstück überhaupt realisieren - ist ein weiterer Faktor, der die Kubatur des Gebäudes bestimmt.

Jede Einrichtung wird daher einen ganz eigenen, von diesen Faktoren hergeleiteten Charakter erhalten.

Eine Architektur für Demenzkranke

Zukünftige Bewohner/-innen kommen meist erst im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung in die Einrichtung.

Die *Übersichtlichkeit des Grundrisses* ohne labyrinthische und blind endende Gänge ist daher zwingend notwendig, um ein schnelles Zurechtfinden zu ermöglichen.

Orientierungshilfen, wie Sichtbezüge zu den Räumen der Wohngruppe oder zu einem gemeinsamen Freibereich helfen zusätzlich. Die Eingewöhnung ist umso leichter je autonomer sich der neue Bewohner zurecht finden kann.

Da nach vorliegenden Untersuchungen 79 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen länger als ein Jahr dort leben, wird im 3. Altenbericht abgeleitet, dass es wichtig ist, Heimplätzen einen Wohncharakter zu geben (BMFSFJ 2001b:129). Was unter „Wohncharakter“ verstanden wird, hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte deutlich verändert. Während sich heute exakt die Hälfte aller Dauerpflegeplätze in Ein-Bett-Zimmern befindet und 85 % der Bewohner/-innen von Pflegeheimen ihre Zimmer selbst möblieren und gestalten können (BMFSFJ 2001b:131), war dies vor 50 Jahren noch grundlegend anders.

Die Bildung eines familiären Rahmens mit klaren Strukturen ist auch Kennzeichen des *Wohncharakters*. Dies schafft ein Zugehörigkeitsgefühl und damit die Qualität „Zuhause zu sein“. Eine Wohnküche mit Tisch und Stühlen, die Möglichkeit ge-

meinsam an einer Theke zu arbeiten sowie bequeme Sofas und Sessel prägen diesen Bereich.

Die *Erschließungsflächen* mit leicht zugänglichem Freibereich sollten ohne fremde Hilfe dem Bewegungsdrang der Bewohner gerecht werden.

Letztlich bestimmt auch das *Pflegeleitbild* die Architektur der Einrichtung. Dieses Leitbild legt Schwerpunkte für das Miteinander und die individuelle Therapie des Einzelnen fest. Hier ist zum Beispiel ein separater Bereich für Musik und künstlerisches Gestalten zu schaffen oder eine Hauskapelle für die Andacht. Es kann auch Räume für Gymnastik oder Snoezelen geben.

Jeder Anreiz für autonomes Handeln, ein Schrebergarten oder eine Bastelecke, der von den Bewohnern angenommen wird, schafft ein Gefühl von Autonomie und Stärkung des Selbstvertrauens. Räumlich sollte auch dafür der Rahmen geschaffen sein. Allerdings wird nicht jedes gut gemeinte Angebot von den Bewohnerinnen und Bewohnern angenommen. Ein Umbau sollte immer kurzfristig möglich sein.

Eine Arbeitsstätte für das Pflege- und Betreuungspersonal von Demenzkranken

Den wichtigsten Teil der Verantwortung für die Lebensqualität der dementen Bewohner/-innen tragen die Pflegekräfte. Von ihnen wird erwartet, dass sie den verwirrten Menschen Halt und eine neue Form der Geborgenheit geben.

Eine gute Pflege kann nur dann gelingen, wenn Freiräume geschaffen werden, in denen sich die Pflegekräfte und Therapeuten ihrer Pflegeleitlinie und Ihren eigenen Möglichkeiten entsprechend entfalten können.

Beispiele dafür sind sorgfältig konzipierte Therapieräume und gut durchdachte, zentral angeordnete Räume für Reinigungsbedarf mit Fäkalienspülmaschine, sowie Stau- und Lagerräumen für Einrichtungsgegenstände, Dekorations- und Therapiematerial.

Der gemeinschaftliche Wohnraum sollte so einladend sein, dass auch die Pflegekräfte gerne ihre Zeit darin zubringen. Sie können kleinere Schreibearbeiten erledigen oder interne Besprechungen inmitten der Bewohner/-innen halten. Das gibt den Bewohnern das Gefühl, nicht ausgegrenzt zu sein.

Eine Pflegeeinrichtung, der man gerne seinen Angehörigen anvertraut

Auch an diejenigen sollte gedacht werden, die sich schweren Herzens von ihren Angehörigen trennen müssen.

Schon der *Eingangsbereich* muss gastfreundlich und offen wirken. Das Haus ist hell und licht mit warmen Farben gestaltet und empfängt die Besucher/-innen in einer freundlichen Atmosphäre.

Die Angehörigen sollen von dem neuen Zuhause ihres Familienmitglieds den Eindruck eines sicheren und lebensbejahenden Ortes haben. Es ist besonders wichtig, dass das Haus auch für sie ein Ort ist, an den sie gerne zurückkehren. Es muss eine Stätte der Begegnung und des Austausches sein.

Der Angehörige sollte sich nicht von den Pflegekräften verdrängt fühlen. Dessen Mithilfe und Begleitung ist für den Bewohner ein essentieller Bestandteil seiner

Lebensqualität. Dafür ist den Angehörigen ausreichend Raum für tägliche Begegnungen und gemeinsame Veranstaltungen in der Einrichtung zu geben. Auch für Informations- und Beratungsstunden sollte ein Raum zur Verfügung stehen. Für Letzteres könnte auch ein teilweise für die Öffentlichkeit zugängliches Cafe genutzt werden.

Ein Ort, an dem das Leben zu Ende geht

Die ideale Einrichtung verfügt über die Möglichkeit, den schwer kranken Bewohner so lange wie möglich am Leben der Gruppe teilhaben zu lassen, auch wenn dieser nur noch liegend im Pflegebett bewegt werden kann.

Die dann notwendige Palliativpflege bedeutet aktive und umfassende Versorgung und Begleitung von Patienten und Patientinnen zum Zeitpunkt, an dem ihre Krankheit nicht mehr auf eine heilungsorientierte Behandlung anspricht.

Hauptziel der palliativen Pflege ist die bestmögliche Lebensqualität für Patientinnen, Patienten und Angehörige. Sie setzt Schwerpunkte auf die Linderung von Schmerzen und weiteren belastenden Symptomen, integriert körperliche, psychisch, sozial und geistige Gesichtspunkte in die Behandlung, Pflege und Betreuung. Sie bietet Unterstützungsmöglichkeiten an, welche dem Patienten erlauben, so echt und aktiv wie möglich bis zum Tode zu leben.

Diese Unterstützung schließt auch die Familie der Patientin/des Patienten während der Krankheit, dem Sterben sowie der darauf folgenden Trauerzeit mit ein.

Architektonisch steht man für diese Phase der Krankheit vor der Herausforderung, einen Raum der Ruhe, des Austausches sowie des Rückzugs zu schaffen.

Teilweise sind die Schwerkranken auch beruhigter, wenn sie sich einen größeren Raum teilen. So entsteht nicht das Gefühl von Einsamkeit und verlassen sein.

Es ist nicht nur wünschenswert und notwendig, es ist eine Frage der Humanität, diese und noch weitere Aspekte zu einem Konzept zu verarbeiten, dass der immer wachsenden Zahl dementer, hilfebedürftiger Menschen ein menschenwürdiges Dasein ermöglicht.

Die Bereitschaft zur interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Planenden und Nutzenden kann hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Das Drei-Welten-Modell als phasengerechte Lebensraumgestaltung für Demenzkranke und das Konzept der Pflegeoase für Menschen mit schwerer fortgeschrittener Demenz

Silvia Silva Lima, Leiterin Demenzstation Pflegezentrum Erlenhof Zürich,
Dr. med. Christoph Held Leitender Arzt, Stadtärztlicher Dienst Zürich, Pflegezentrum Erlenhof

Was bedeutet „schwere, fortgeschrittene Demenz“ für die Betroffenen und die Angehörigen?

Fortgeschrittene Demenz bei Alzheimerkrankheit ist geprägt von zwei wesentlichen Behinderungen der Betroffenen: erschwerte verbale Kommunikation sowie verringerte Kompetenz für Handlungen des täglichen Lebens.

Beide Behinderungen führen im Verlauf der Krankheit zu einer existentiellen Abhängigkeit der Betroffenen von ihren familiären und professionellen Betreuern. Diese wiederum fühlen sich überfordert, gerade weil ihnen die übliche Kommunikation mit Worten zunehmend versagt ist.

Weil der Umgang bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz Erfahrung und Kenntnisse erfordert, besteht die Gefahr, dass auf die Bedürfnisse der Betroffenen nicht mehr genügend eingegangen wird. Die Folgen dieser Vernachlässigung sind häufig schwieriges Verhalten, Einsamkeit und Leiden auf der Seite der Betroffenen, Schuld- und Versagensgefühle bei den Betreuenden. Der Umgang mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz kann jedoch auch positiv für beide Seiten gestaltet werden. Heute wissen wir durch langjährige Betreuungsarbeit in unseren Pflegezentren, dass auch bei Demenzbetroffenen mit schwersten Sprach- und Denkstörungen eine Kommunikation, wenn auch in veränderter Form, gelingen kann. Natürlich setzt eine geglückte Kommunikation voraus, dass die Umgebung das Verhalten des Demenzbetroffenen versteht und richtig deuten kann.

Demenzeinrichtungen in der Schweiz

In der Schweiz leben rund 90 000 Menschen mit Demenz. Im Laufe der Krankheit, welche durchschnittlich 8-10 Jahre dauert, treten zwei Drittel aller Betroffenen in ein Pflegeheim ein. Angesichts des hohen Anteils an Patienten mit Demenz in den Pflegeheimen - in den Pflegezentren der Stadt Zürich sind dies rund zwei Drittel aller Heimbewohner - müssen die Verantwortlichen dieser Institutionen ihr bisheriges Angebot, welches einst auf geistig gesunde und urteilsfähige betagte Menschen ausgerichtet war, für die spezifischen Bedürfnisse demenzbetroffener Gäste erweitern. International besteht Einigkeit darüber, dass demenzbetroffene Menschen in Alters- und Pflegeheimen eine spezifische Betreuung in einer angepassten Umgebung benötigen. In vielen Alterseinrichtungen in der Schweiz wächst deshalb die Bereitschaft, demenzbetroffene Bewohner in speziellen Abteilungen oder Wohngemeinschaften zusammenzunehmen und ihnen ein differenziertes Leistungsangebot mit demenzgerechter Umgebung, Verpflegung und Tagedstrukturen anzubieten.

Forschungsstand Spezialeinrichtungen

Aus dem Bereich der Gerontopsychologie und der Pflegeforschung stammen im Wesentlichen zwei unterschiedliche Konzepte für die Gestaltung des pflegerischen Umfeldes bei Demenzpatienten. Bei einem so genannt *segregativen Pflegeansatz* in spezialisierten Abteilungen werden ausschließlich Patienten mit Demenz betreut, welche räumlich von anderen Pflegebedürftigen getrennt sind. In diesen so genannten „*special care units*“ kann mit geschultem Personal spezifisch auf das Krankheitsbild Demenz eingegangen werden, woraus ein differenziertes Leistungsangebot mit demenzgerechter Umgebung, Verpflegung und demenzspezifischen Tagesstrukturen resultiert. Demgegenüber werden beim *integrativen Ansatz* Demenzbetroffene mit anderen Pflegebedürftigen ohne Demenz gemeinsam gepflegt.

Wissenschaftlich fundierte Evaluationsstudien über die Vorteile von Demenzabteilungen stammen vorwiegend aus den USA und Kanada. Gestützt auf die bislang größte Datenbasis von Holmes et al (2000) auf diesem Gebiet zeigte sich, dass special care units bei Demenzkranken weder die kognitive Leistungsfähigkeit noch den Grad der Selbstständigkeit im Alltag signifikant verbessern können. In einer prospektiven Studie verglichen Reimer et al. prospektiv die Lebensqualität von Patienten in einer spezialisierten Abteilung mit Bewohnern in traditionellen Pflegeheimen und konnten zeigen, dass die Teilnehmer in den spezialisierten Abteilungen deutlich mehr Interesse an ihrer Umgebung zeigten, affektiv stabiler waren und sich in ihrer Alltagskompetenz geringer verschlechterten als die Kontrollgruppe in den traditionellen Heimen. Einige Untersuchungen weisen auch darauf hin, dass andere Personengruppen, insbesondere die nicht demenzbetroffenen Mitbewohner/-innen sowie Pflegepersonal von der Segregation demenzbetroffener Patienten am meisten profitieren.

Das „Drei Welten“ Konzept in der Schweiz

Im Raum Zürich sind aus dem spezialisierten Pflegeansatz für demenzbetroffene Heimbewohner verschiedene Pflegekonzepte hervorgegangen. Held et al. haben für die stationäre Betreuung von Menschen mit Demenz eine dreistufige Strategie entwickelt, welche in der Schweiz unter dem Namen „Drei-Welten-Konzept“ bekannt geworden ist. Das milieutherapeutisch ausgerichtete Konzept nimmt durch eine dem Demenzverlauf angepasste Alltagsbewältigung in drei von einander getrennten Lebensräumen für leichtere, mittelschwere und schwere Demenz auf verloren gegangene Fähigkeiten Rücksicht.

In einer Demenzpflegeevaluation der Universität Zürich fanden Oppikofer und Schelling, dass die Patienten in den Heimen, die das "Drei Welten" Konzept in die Praxis umgesetzt hatten, im Vergleich zu den traditionellen Heimen, weniger Freiheit einschränkende Maßnahmen hatten, dass sie in den Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständiger waren und über einen größeren Aktionsradius verfügten.

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden fiel in den Institutionen, die dieses spezialisierte Betreuungskonzept anwendeten, deutlich höher aus.

Zahlreiche Heime in der Schweiz haben auf Grund dieses Konzeptes Spezialabteilungen für demenzbetroffene Gäste eingerichtet, da es sich als zwei oder dreistufige Wohn- und Lebensform in der Praxis sehr bewährt hat. Unruhe oder herausforderndes Verhalten, Rufen und Schreien nahmen erheblich ab, Dosis und

Behandlungsdauer von beruhigenden Medikamenten mit schweren Nebenwirkungen konnten reduziert und auf freiheitseinschränkende Maßnahmen oder gar Einweisungen in psychiatrische Kliniken weitgehend verzichtet werden.

Auf der anderen Seite wurde dieses Konzept wegen zu starker Verallgemeinerung des Krankheitsverlaufs auch kritisiert und als zu defizitorientiert bewertet. In der Tat kann eine ausschließlich adaptive Gestaltung von Umgang und Lebensraum beim Demenzbetroffenen das Gefühl von Wertlosigkeit und Handlungslosigkeit verstärken. Wir legen deshalb beim „Drei Welten“ Konzept Wert darauf, dass auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz in ihrer Einzigartigkeit wahrgenommen und respektiert werden und dies im Wissen um ihre individuellen Bedürfnisse, Lebensgewohnheiten und ihre persönliche Vergangenheit.

Worin besteht das „Drei Welten“ Konzept

Der Leitgedanke dieses Konzeptes besteht darin, dass Menschen mit Alzheimerkrankheit drei unterschiedliche Phasen durchwandern, die wir als „Welt der Erfolglosigkeit“, „Welt der Ziellosigkeit“ und „Welt der Schutzlosigkeit“ zusammengefasst haben. Diese Begriffe sind in keiner Weise abwertend gemeint, sondern umschreiben lediglich das leider häufige Erleben der Betroffenen im Verlauf der Krankheit. Milieugestaltung, Betreuung und Aktivierung werden in jeder Phase den jeweiligen verbliebenen Fähigkeiten angepasst.

In der **Welt der Erfolglosigkeit**, also der leichten bis mittelschweren Demenz versuchen die Betroffenen, ganz „normal“ zu leben. Häufig scheitern sie leider an diesem Anspruch und reagieren mit Trauer oder Wut. Der Sinn für soziale Umgangsformen ist noch vorhanden, doch treten diesbezüglich immer wieder Ängste auf, welche Außenstehende kaum nachvollziehen können: Ängste, mit Menschen zu sprechen, sich in Gesellschaft richtig zu benehmen, am Tisch dem Gespräch folgen zu können oder Worte richtig zu verstehen. Natürlich ist es wichtig, diese Menschen zu ermutigen und zu befähigen, im Alltag soviel wie möglich selbst zu tun und ihnen soviel Mitsprache wie möglich zu geben. Allerdings ist es ebenso wichtig, die Betroffenen in dieser leider zunehmend als erfolglos erlebten Welt zu entlasten. So kann man zum Beispiel bewusst eine Konversation führen, welche nicht nur auf Gedächtnisleistung beruht und vermeidet so kränkendes Korrigieren. Im Alltag können die Betroffenen entlastet werden, indem man zum Beispiel mit ihnen gemeinsam eine Mahlzeit zubereitet, zu der sie nur noch durch Teilarbeiten beitragen und nicht das ganze Essen vorbereiten müssen. Als ausgezeichneten Lebensraum für diese Phase eignet sich eine betreute Wohngemeinschaft mit 6 bis 8 Bewohnern.

In der **Welt der Ziellosigkeit**, also der mittelschweren bis schweren Demenz, resultiert im gesamten Verhalten der Betroffenen häufig eine Art von ziellosem Suchen und Wandern. Die sprachliche Kommunikation verändert sich. Dafür können kindlich anmutende Gefühle wie ausgelassene Fröhlichkeit aber auch Eifersucht und Streitsucht auftreten. Oft nehmen die Betroffenen in dieser Phase fremde Gegenstände oder Kleider, gehen in fremde Zimmer und legen sich gar in fremde Betten. Häufig verpflegen sich diese Patienten „fliegend“, mit bereitgestellten Häppchen in den Gängen, da sie weder ruhig am Tisch bleiben, noch mit Messer und Gabel essen können. Übergeordnetes Ziel in dieser fort-

geschrittenen Demenzphase ist das Zulassen solchen Verhaltens, was gut ausgebildetes Betreuungspersonal mit Toleranz voraussetzt. Ein realitätsorientierender Umgang macht häufig keinen Sinn mehr und Erklärungen können sogar Aggressionen hervorrufen.

Symptome und Probleme bei Menschen mit schwerer Demenz, die wir als „Welt der Schutzlosigkeit“ beschreiben

Schwere Demenz ist geprägt von umfassender Pflegebedürftigkeit mit Bettlägerigkeit der Betroffenen sowie zunehmender Unfähigkeit, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Die Demenzbetroffenen verlieren ihre Sprache und Gestik und damit auch die Fähigkeit, Wünsche und Bedürfnisse, aber auch Schmerzen und Gefühle ausdrücken zu können. Vielmehr sind sie nun Außenreizen schutzlos ausgeliefert und können sich zum Beispiel weder gegen lautes Sprechen, laute Musik oder gegen grobes Anfassen wehren. Dazu kommen häufige medizinische Komplikationen wie Stürze und Infektionen der Lunge durch Aspiration von Nahrung und Sekreten. Malnutrition und Immunschwäche können zu einem terminalen Zustand führen. Um dem „Wohlbefinden“ schwer demenzbetroffener Bewohner nahe zu kommen, müssen deren Bedürfnisse zunächst erkannt werden. Beobachtungsinstrumente, welche vor allem Schmerzen, Veränderungen und Schwierigkeiten beim Essen sowie motorische Äußerungen erfassen, sind hierzu sehr hilfreich. Das von Perrin (1997) entwickelte Positive Response Schedule zum Beispiel wurde speziell zur Erfassung des Wohlbefindens bei schwer dementiell erkrankten Menschen entwickelt. Es basiert auf einer „Erfassung“ von Affektzuständen und misst kleinste Verhaltensweisen wie ein Lächeln, ein Kopfnicken, eine Geste oder einen Augenkontakt, welche auch bei schwer demenzbetroffenen Menschen noch lange erhalten sind. Erst auf Grund zuverlässiger Beobachtung können wirksame Pflegehandlungen durchgeführt werden.

Das Konzept der „Pflegeoase“ - „Liegend dabei sein können in einer von der Umwelt abgeschirmten Abteilung“

Die „Pflegeoase“ ist eine kleine, vom übrigen Betrieb deutlich abgetrennte Einheit, in der mehrere Bewohner in einem größeren und funktionsgerechten Raum zusammen leben. Die Anordnung von Betten, Sofas, Sitzgelegenheiten für Angehörige erinnert an eine gedämpfte Hotellounge, die gezielt mit Stimmungslicht und Elementen wie z.B. Wassersäule, Aquarium, Lichtspiele, Mobiles etc. ausgestattet ist, welche die Aufmerksamkeit der Bettlägerigen und Sitzenden auf sich ziehen können. In diesem Raum wird gepflegt, gepflegt und behandelt. Individuelle Sanitäreinrichtungen entfallen. Medizinisch-pflegerische Geräte sind vorhanden, dominieren jedoch die Atmosphäre nicht. Bewusst vermieden werden Radio- und Fernsehgeräusch sowie Lärm und lautes Sprechen. Eine kleine Regenerationsküche befindet sich in unmittelbarer Nähe zum Wohnbereich. Ein speziell für diese letzte Phase gestaltetes Milieu mit Musik, Klängen, Düften und leisem Sprechen der Betreuenden schützt den Bewohner vor Reizüberflutung und Aufregung und andererseits vor Deprivation, wie sie bettlägerige Patienten erleben, welche alleine in ihrem Zimmer den ganzen Tag an eine Decke starren müssen. Transfers in lärmige Gemeinschaftsräume werden vermieden.

Aufnahmekriterien für die Pflegeoase

1. Diagnose einer fortgeschrittenen Demenz (MMS <10/30, ADL-Barthel <20/100)
2. Pflegestufe BESA 4, in Deutschland Pflegestufe 3 oder Tendenz zu Stufe 3
3. Fortgeschrittene Immobilität (Gehunfähigkeit, Apraxie, oft bereits keine Rumpfkontrolle mehr) überwiegende Bettlägerigkeit
4. Keine extremen Lautäußerungen, welche durch Zuwendung oder andere therapeutische Maßnahmen nicht zu beeinflussen ist
5. Einverständnis der Angehörigen

Welche Behandlungen finden in der „Pflegeoase“ statt?

Die verbliebenen Bewegungen der Betroffenen können gezielt mit **Kinästhetik** begleitet werden. Menschen mit schwerer Demenz verfügen trotz ersichtlicher Bewegungsdefizite über ein Bewegungsverhalten mit erworbenen Bewegungsfähigkeiten der frühen Kinderjahre. Da Bewegung oft nicht mehr spontan erfolgen kann, gilt es mit gezielten Bewegungsmöglichkeiten zu erkunden und zu analysieren, um im Alltag die Wahrnehmung der eigenen Körperlichkeit des dementen Menschen zu fördern.

Die Mobilisation schwer demenzbetroffener Menschen kann nicht immer außerhalb des Bettes erfolgen. Die Umgebung des Bettes sollte so gestaltet sein, dass kleine und größere Bewegungsaktivitäten konsequent ausgeführt werden können, damit den Betroffenen ein hohes Maß an zwischenmenschlicher Interaktion und ein Maximum an sensomotorischer Kommunikation ermöglicht werden kann.

Basale Stimulation - in den 70er Jahren von Andreas Fröhlich ursprünglich für geistige behinderte Kinder entwickelt – basiert auf der Grundlage, dass schwer behinderte Menschen auf Sinnesreize wie Berührungen, Musik, Gerüche reagieren. Durch eine regelmäßig und therapeutisch durchgeführte Stimulation dieser Sinne kann eine Deprivation durch Isolation und Reizlosigkeit verhindert werden. Basale Stimulation umfasst nicht nur die Stimulation von Sinnesreizen, sondern auch die muskuloskelettale Wahrnehmung und Rückmeldung. Durch rhythmische Waschungen, Massagen, eingrenzende Lagerungen und geführte Bewegungen, können Körperregionen bewusst gemacht und Fehlhaltungen, die zu Spastik und Schmerzen führen, vermieden werden. Es versteht sich von selbst, dass Hintergrundgeräusche wie Radio, Fernseher und Sprechen den Effekt basaler Stimulation vermindert, da Lärm die wichtigen Geräusche überdeckt und damit den Bewohner ablenkt.

Wie werden Schmerzen der Betroffenen erfasst und behandelt?

In späten Demenzphasen sind Schmerzen ein zentrales und weit unterschätztes Thema. Betagte Menschen leiden demenzunabhängig ohnehin an degenerativen Schmerzen in den Gelenken und in der Wirbelsäule. Spezifisch demenzbedingte körperliche Schmerzen entstehen zusätzlich durch Verstopfung und Durchfall, Druckstellen, Kontrakturen, Harnwegsinfekten, im Hals stecken gebliebener Nahrung sowie durch Zahn- und Gebisschmerzen. Eine Schmerzerfassung gestaltet sich sehr schwierig, da die Demenzbetroffenen ihre Schmerzen weder lokalisieren noch beschreiben können. Häufig äußern sich die Schmerzen durch Schreien, Rufen, Unruhe, Hin- und Herbewegen, Einnahme einer Schutzhaltung, durch einen gequälten Gesichtsausdruck, Nahrungsverweigerung und einen gestörten Schlafrhythmus. Hilfreich ist eine strukturierte Erfassung dieser

Schmerzäußerungen durch Skalen, z. B. die ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) mit denen auch eine Verbesserung durch schmerzlindernde Medikamente objektiviert werden kann.

Palliative care

Eine palliative Pflege und Behandlung der Bewohner wird heute in der Regel breit akzeptiert. Palliative Behandlung konzentriert sich auf die Linderung von Symptomen einer Krankheit und verzichtet auf lebensverlängernde Maßnahmen wie zum Beispiel eine antibiotische Behandlung oder künstliche Ernährung mit Sonden oder Infusionen, wenn sie für das Wohlbefinden des Betroffenen nicht relevant sind.

„Es besteht die Gefahr, dass Menschen mit fortgeschrittener Demenz vollständig aus unserem Gesundheitssystem kippen, weil jegliche Verständigung mit ihnen unglaublich viel Aufwendung und Zeit kostet. Jeder Versuch, diese Verständigung zu beschleunigen oder gar Druck aufzusetzen, bewirkt bei den Betroffenen das Gegenteil. Wenn wir wirklich auf die Stimmen von Menschen mit fortgeschrittener Demenz hören wollen, müssen wir uns ihrem Tempo anpassen und in ihre Welt eintreten.“

Malcom Goldsmith „Hearing the voice of people with dementia“

Literatur

Buchholz T. (2005). Basale Stimulation - Lebensbegleitung alter Menschen. Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen. Bern: Hans Huber.

Citron, I. (1998). Kinästhetisch handeln in der Pflege. Stuttgart: Georg Thieme.

Held, C., Ermini Fünfschilling, D. (2004). Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter und mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit. Basel: Karger-Verlag.

Perrin, T. (1997). The Positive response Schedule for Severe Dementia, Aging Mental Health;1 184-191

Volicer, L., Hurley A.(1998). Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia, N.Y.C: Springer.

Scherder, E. et al. (2005). Recent developments in pain in dementia, BMJ 330:461-464.

H.I.L.DE. – Ein Instrument zur Erfassung von Lebensqualität Demenzkranker

Dr. Stefanie Becker, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, Heidelberg

Das Projekt HILDE und Projektziele

Das Projekt „*Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe*“ (kurz HILDE) wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den Zeitraum Juni 2003 bis Mai 2006 in einer ersten Phase gefördert. Aktuell befindet sich das Projekt in seiner zweiten Förderphase von Juni 2006 bis Februar 2009. Die Durchführung des Forschungsprojekts liegt in der Verantwortung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Andreas Kruse).

Ziel ist es ein Instrumentarium zu entwickeln, das die Erfassung der Lebensqualität dementiell erkrankter Heimbewohner ermöglicht. Der Entwicklung des HILDE-Instruments liegt die zentrale Annahme zugrunde, die betroffenen älteren Menschen selbst mit ihren Wünschen und Bedürfnissen in den Mittelpunkt des Forschungshandelns zu stellen. Entsprechend war und ist die Arbeit des Projekts orientiert an einer ganzheitlichen Sicht der Betroffenen und weist vor allem auch der engen Kooperation mit den in der alltäglichen Pflegepraxis Tätigen einen hohen Stellenwert zu. In allen Phasen der Instrumentenentwicklung waren Pflegende aus stationären Pflegeeinrichtungen des gesamten Bundesgebiets und der Schweiz sehr eng an der Gestaltung sowohl der Inhalte als auch der Form und Struktur von HILDE beteiligt. Nur so kann aus Sicht des Projektteams gewährleistet werden, dass das endgültige Instrument auch in der alltäglichen Pflegepraxis Akzeptanz und Anwendung zum Wohl der demenzkranken Menschen findet.

Weiterhin ist das Instrumentarium auf der Grundlage von wissenschaftlichen Methoden entwickelt worden. Dies bedingte eine z.T. sehr aufwändige Vorgehensweise in der Datenerfassung und auch -auswertung. Aber nur so konnte es gelingen, ein Instrument zu entwickeln, das eine standardisierte, objektive Hilfe zur Beurteilung der Lebensqualität auch fortgeschritten demenzkranker Menschen darstellt und damit natürlich eine fundierte Arbeitshilfe in der Praxis der Pflege und Betreuung demenzkranker Heimbewohner in den Einrichtungen vor Ort bietet.

Zum Verständnis von Lebensqualität im HILDE-Projekt

Eine Demenz gleich welcher Ätiologie ist mit Fortschreiten der Erkrankung mit wachsenden Kompetenzeinbußen verbunden. Hat man ausschließlich diese im Blick, so ist die Wahrscheinlichkeit zur Unterschätzung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen der Betroffenen sehr groß. Verbunden mit einer solchen defizitorientierten Sichtweise werden Chancen und Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Lebensqualität nicht wahrgenommen und bleiben zum Nachteil der Betroffenen ungenutzt. Entsprechend war es notwendig, ein stärker kompetenz- und ressourcen-orientiertes und theoretisch fundiertes Konzept von Lebensqualität zur Basis der Forschungsarbeiten im HILDE-Projekt zu machen.

Dem HILDE-Projekt liegt das Modell der Lebensqualität von Lawton (1994) und in seiner Erweiterung bzw. Spezifizierung durch Veenhoven (2000) zugrunde, wonach sich ein multidimensionales Verständnis von Lebensqualität auch im Sinne der ganzheitlichen Sicht auf den demenzkranken Menschen ableiten lässt:

- **Verhaltenskompetenzen der Person**, wie z.B. der Demenzgrad, die Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens, die Teilnahme an Aktivitäten, sowie individuelle Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner, aber auch
- **objektive und subjektive Umweltmerkmale** nehmen einen wesentlichen Platz in der Bestimmung der Lebensqualität im Rahmen von HILDE ein.
- Neben diesen Bedingungen auf Personen- bzw. Umweltseite stellt natürlich die **emotionale Ebene** als „Resultat“ von Lebensqualität die zentrale Dimension von Lebensqualität in HILDE dar.

Entsprechend wurde diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit im Entwicklungsprozess gewidmet.

Erfassung von Lebensqualität mit HILDE im Überblick

Zur Beschreibung des HILDE-Instruments ist es sinnvoll, zunächst zwischen seiner inhaltlichen und formalen Struktur zu unterscheiden.

➤ **Die inhaltliche Struktur von HILDE**

Als Quintessenz der detailreichen Sammlung und Strukturierung der Bedingungen und Bedeutungen von Lebensqualität bei Demenz im Verlauf der vorherigen Projektphasen konzentrieren sich die Inhalte von HILDE auf die folgenden sechs Bereiche:

- K Kompetenzgruppenbestimmung
- A Medizinische Versorgung und Schmerzerleben
- B Räumliche Umwelt
- C Aktivitäten
- D Soziales Bezugssystem
- E Emotionales Erleben

Für eine adäquate Beurteilung der Lebenssituation und des Erscheinungsbilds demenzkranker Menschen reicht aus Sicht des Projektteams deren alleinige Beurteilung ausschließlich nach dem Demenzgrad, wie in den meisten bisherigen Studien geschehen, nicht aus. In HILDE wurde daher versucht, neben dem durchaus bedeutsamen Grad kognitiver Beeinträchtigung, einer „syndrom-orientierten“ Sichtweise des Erkrankungsbildes der Demenz besser als bisher gerecht zu werden. Es wurden daher weitere verhaltensrelevante Merkmale in der Beschreibung der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt, die den Aufwand der Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen häufig mehr bestimmen als nur durch die Beurteilung anhand des Demenzgrades ersichtlich wäre.

Als Merkmale, die den Gesamteindruck demenzkranker Menschen stark prägen können, werden danach die folgenden als wesentlich betrachtet:

- **Gedächtnis und Denken** (Kognitive Fähigkeiten, d.h. Demenzgrad)
- **Körperliche Fähigkeiten** und Selbständigkeit in Alltagsaktivitäten (alltagspraktische, funktionale Kompetenzen, wie z.B. Essen, Waschen, Gehen)

- Belastetheit durch spezifische **Verhaltensauffälligkeiten** (Psychopathologische Symptome, nicht-kognitive Auffälligkeiten wie z.B. Depression, Unruhe)

Mit Hilfe spezifischer statistischer Auswertungsverfahren, konnten aus den Daten der 362 Bewohnerinnen und Bewohner, die bis zu diesem Zeitpunkt mit HILDE erfasst wurden, vier Gruppen demenzkranker Menschen mit jeweils ähnlichen Kompetenzausprägungen in den genannten Merkmalsbereichen ermittelt werden. Für diese vier verschiedenen *Kompetenzgruppen* war es nun möglich, Referenzwerte für die mit HILDE erfassten Inhaltsbereiche zu ermitteln, die als „Maßstab“ zur Beurteilung einzelner am individuellen Bewohner erfassten Werte herangezogen werden können. Um dies möglichst adäquat und bedürfnisgerecht durchführen zu können, werden in der aktuellen Version des HILDE-Instruments gemäß den vier verschiedenen Kompetenzgruppen vier Auswertungs- bzw. Referenzhefte angeboten in die die jeweils kompetenzgruppenspezifischen Referenzwerte abgetragen sind.

➤ **Die formale Struktur von HILDE**

Die oben beschriebenen Inhaltsbereiche werden, unabhängig von der eingangs erfolgten Kompetenzgruppenbestimmung des Bewohners, für alle zu erfassenden Bewohner in gleicher Weise erfasst. Entsprechend umfasst das Instrument für jeden Bewohner die folgenden Teile:

1. Erfassungsheft: Hier werden alle Beobachtungen und Informationen für jeweils einen Bewohner erfasst und die Kennwerte der verschiedenen berücksichtigten Inhaltsbereiche als Summen notiert.

2. Referenzheft(e): In diesem Instrumententeil werden alle Kennwerte (d.h. die individuell ermittelten Werte des jeweiligen Bewohners aus dem Erfassungsheft) für jeden der erfassten Inhaltsbereiche übertragen. Dabei entsteht *kein* einzelner Gesamtpunktwert für „die“ Lebensqualität des Bewohners, sondern ein *Profil*, das die Lebensqualität in allen erfassten Inhaltsbereichen abbildet. Während das Erfassungsheft für alle Bewohner gleich gestaltet ist, ist es für die Auswertung relevant, bereits die jeweilige Kompetenzgruppenzuordnung des Bewohners getroffen zu haben. Die Auswertung erfolgt jeweils mit Bezug zu den für die jeweilige Kompetenzgruppe ermittelten Referenzwerten.

3. Arbeiten mit HILDE:

Die Beurteilung und Beobachtung lebensqualitätsrelevanter Merkmale kann in der aktuell vorliegenden Version von HILDE in Gänze **selbständig von den Pflegenden** durchgeführt werden.

Durch die Orientierung an einem Maßstab, der sich nach den noch verbliebenen Kompetenzen der Bewohner, d.h. seiner Kompetenzgruppe richtet, wird es möglich, einzelne für einen Bewohner erfasste Lebensumstände mit den Lebensverhältnissen von Bewohnern mit ähnlichen Kompetenzen zu vergleichen und so in Relation zu diesen zu interpretieren. Ob aber eine gefundene (positive wie negative) Abweichung von den in HILDE bereitgestellten Referenzwerten für den Einzelfall tatsächlich und unmittelbar einen Bedarf zur Verbesserung der Lebensqualität des Bewohners darstellt oder nicht, wird nicht durch HILDE, sondern durch die Expertise des Pflegeteams bestimmt. Anliegen ist es, den Blick auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen nicht durch standardisierte Vorgaben, wie

sie im Rahmen eines allgemein anwendbaren Instrumentes gestaltet sein müssten, zu verlieren.

Somit wird eine adäquate, an den aktuell gegebenen Kompetenzen des einzelnen demenzkranken Menschen orientierte Interventions- und Pflegeplanung möglich, die die Chance zur Förderung der Lebensqualität optimal nutzt.

Anwendungsmöglichkeiten und Nutzen von HILDE

Der Einsatz von HILDE kann sinnvoll sein im Rahmen des Erstassessments von Bewohnerinnen und Bewohnern, die neu in eine stationäre Pflegeeinrichtung einziehen. Es ist natürlich dann sinnvoll, nach einer angemessenen Zeit eine wiederholte Erfassung durchzuführen, um so mögliche Veränderungen nach der Eingewöhnungsphase berücksichtigen zu können.

Die Dauer einer Kompletterfassung liegt zwischen 45 Minuten und 1,5 Stunden. Je häufiger das Instrument eingesetzt wird, desto geringer ist der Zeitaufwand für die Erfassung.

Es wird grundsätzlich empfohlen den Einsatz von HILDE in angemessenen Abständen zu wiederholen, um so auch Veränderungen in der Lebenssituation, wie es bei chronisch progredienten Erkrankungen zu erwarten ist, entsprechend zu berücksichtigen und auch bei fortschreitendem Verlauf der dementiellen Symptomatik die Bedürfnisse des Einzelnen möglichst angemessen berücksichtigen zu können.

Im Rahmen der Qualitätsförderung und –sicherung innerhalb der Einrichtung – so bereits erste Rückmeldungen aus beteiligten Einrichtungen – kann HILDE zur Imagepflege der Einrichtung und zur Unterstützung von Pflegevisiten genutzt werden. Insgesamt scheint der Effekt der Sensibilisierung der Pflegenden für die Bedürfnisse auch schwer demenzkranker Menschen sowohl zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen als auch zu einer Erhöhung der Arbeitsmotivation der Pflegenden beizutragen.

Praxisbeispiel 1:

Der Umstrukturierungsprozess im Bestand – der Schritt von der 3. Generation zur 4. Generation des Pflegeheimbaus

Ute Neumann, Geschäftsführerin, Pflegeheime Hettstedt, Hettstedt, Sachsen-Anhalt

Einleitung

Das Praxisbeispiel Pflegeheime Hettstedt schildert den Prozess der Umgestaltung eines 1980 errichteten und als Altenheim mit 150 Plätzen genutzten fünfgeschossiger Plattenbau in

- einen Pflegeheim-Neubau der 3. Generation für 65 Personen mit zwei Wohnbereichen
- den Umbau des Plattenbaus in ein Pflegeheim der 4. Generation mit 61 Personen in sieben Wohngruppen.

Das Beispiel zieht den Vergleich zwischen der 3. und 4. Generation des Pflegeheimbaus und die beschreibt die Auswirkungen auf Bewohnerinnen und Bewohner sowie auf das Personal.

Planungsprozess und Architektur beider Häuser

Neubau eines Pflegeheims der 3. Generation (Sebastian-Kneipp-Str. 1)

- Architekturbüro: Kaag und Schwarz, Stuttgart
- 65 Bewohner in 30 Einzel- und 18 Doppelzimmern mit Bad (Dusche, WC)
- 2 Wohnbereiche mit je 32 und 33 Bewohner/-innen
- Zimmergrößen: EZ 16 m² und DZ 24 m², eigene Möbel sind erwünscht
- Pro Wohnbereich ein festes Team mit Pflegekräften und Pflegehilfskräften
- Bezugspflege, Pflegemodell nach Monika Krohwinkel
- Auf jeder Etage Dienstzimmer, Funktionsräume, Pflegebad, verglaster Wohneraufenthaltsraum, Sitzecken im Flurbereich, Terrassen bzw. Balkone auch für bettlägerige Bewohner/-innen
- Nutzung des Parks vom nahen Klinikum
- Sonstige Einrichtungen: Foyer, Speisesaal, Verteilerküche, Wäscherei, Therapieraum, privater Friseur, Verwaltungsräume
- Separate Tagespflege für 10 Gäste im Erdgeschoß

Umbau eines Pflegeheims der 1980er Jahre in Plattenbauweise in ein Pflegeheim der 4. Generation (Franz- Schubert- Straße 20)

- Architektenbüro: Planwerkstatt Schkopau
- Ehemals Bettenhaus für ca. 150 Bewohner in DDR-Zeiten und anschließender Sozialtrakt mit Speisesaal, Sportraum, Kulturraum, Küche, Kiosk, Friseur, Verwaltung.
- Nach Umzug von 65 Bewohnern im Jahr 2001 in den o.g. Neubau verblieben noch ca. 63 Bewohner im alten Haus. Diese wohnten während der Bauzeit unter primitiven Bedingungen im ehemaligen Krankenhaus.
- Das Haus wurde komplett entkernt, der alte Sozialtrakt wurde abgerissen.
- Das Bettenhaus reduzierte sich um eine Etage (wurde mit großem Aufwand abgetragen) und es entstand ein neuer Rundbau mit eigener Küche, Friseur, Räumlichkeiten für ambulante Pflege, Speisesaal.

- Im umgebauten Pflegeheim der 4. Generation wohnen seit November 2004 insgesamt 61 Bewohner/innen in sieben Wohngruppen (davon zwei Demenzgruppen):
 - eine Wohngruppe a 10 Bewohner/-innen
 - drei Wohngruppen à 8 Bewohner/-innen
 - drei Wohngruppen à 9 Bewohner/-innen
- Jede Wohngemeinschaft besitzt entsprechende Einzelzimmer mit einem Bad (WC, Dusche, Waschbecken), einem großen strukturierten Aufenthaltsraum, Dienstzimmer, Funktionsräume (z.B. Pflegebad, Hauswirtschaftsraum mit der Möglichkeit Wäsche zu waschen und zu trocknen).
- Alle Einzelzimmer münden in den offenen Aufenthaltsraum, der in Küche mit Speisekammer, Raum mit großem gemeinsamen Tisch und Wohnecke strukturiert ist.
- große Auflagen vom Brandschutz aufgrund der offenen Räume (zweiter Rettungsweg, Brandabzugsanlage)
- Bezugspflege, Pflegemodell nach Monika Krohwinkel, im Demenzbereich eigenes Konzept

Kosten und Finanzierung

Neubau mit 3. Generation	Umbau zur 4. Generation
65 Bewohner in 2 Wohnbereichen 1 Wohnbereich mit 32 1 Wohnbereich mit 33	61 Bewohner in 7 Wohngruppen 1 Wohngruppe mit 10 Personen 3 Wohngruppen mit 8 Personen 3 Wohngruppen mit 9 Personen
Bauzeit: Dez. 98 – Juni 01	Bauzeit: Aug. 2002 – Nov. 2004
Baukosten: 5.364.985,70 € gesamt	Baukosten: 5.102.450,00 € gesamt 4.035.000,00 € förderfähige Kosten 1.067.450,00 € Eigenanteil
75.809,00 € / Platz (Plan 76.693,€ / Platz)	83.646,72 € / Platz (Plan 75.000 € / Platz)

Personaleinsatz

- In beiden Häusern wird die Heimpersonalverordnung eingehalten, d.h. mind. 50 % Pflegefachkräfte und 50 % Pflegehilfskräfte - aber: im „Wohnen in Hausgemeinschaften“ sind nicht zu allen Zeiten Pflegefachkräfte notwendig (Behandlungspflege, PEG-Sonde u.ä.).
- Einsatz von Krankenschwestern, Altenpflegerinnen und -pflegern, pflegerischen Hilfskräften
- Im Bereich Beschäftigungstherapie arbeiten Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, die alle in beiden Häusern tätig sind
- 3- Schicht- System
 - Pflegeheim der 3. Generation: pro Schicht eine Fachkraft für 33 Bewohner/-innen notwendig,

- Pflegeheim der 4. Generation: Str. 20) pro Schicht eine Fachkraft für 17 Bewohner/-innen notwendig --> **höherer Personalaufwand im „Wohnen in Hausgemeinschaften“**. aber das ambulante Prinzip (geteilter Dienst) könnte noch stärker angewendet werden.

Ergebnisse aus dem direkten Vergleich beider Häuser

Bewohner/-innen

- Bezug nehmend auf die architektonischen Besonderheiten jeder Pflegeheimgeneration, ist das Wohnen in Hausgemeinschaften für die Bewohner/-innen selbst viel angenehmer. Denn in den großen Wohnbereichen der 3. Generation fühlt sich der Einzelne verloren, hospitalisiert, auch wenn die Tagesabläufe und Beschäftigungsangebote teilweise ähnlich sind.
- Kleine Gruppen der 4. Generation sind gemütlicher und intimer. Denn bei 33 Bewohnerinnen und Bewohner können im Wohnbereich der 3. Generation die zwischenmenschlichen Beziehungen nicht in dem Maße aufgebaut werden und dem Individuum kann nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt werden
- Kleine Gruppen sind wirklich familienähnlich, die Bewohner/-innen sind aufgeschlossener, unterhalten sich, besuchen sich, essen besser, unterhalten sich intensiver. Aber professionelle Distanz ist wichtig.
- Bereichsübergreifende Angebote sind erforderlich, wie z.B. Sitztanz, Chor, Snoozeln), um die WG zu verlassen und neue Kontakte zu pflegen.
- die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten werden unterschiedlich angenommen
- eine kleine Nährunde und Wäsche legen findet Anklang
- selbst gekocht wird nicht, gern werden Salate zubereitet oder Kuchen / Waffeln gebacken --> **eine zentrale Küche ist unbedingt erforderlich!**

Personal

- Pflegepersonal, dass jahrelang in der stationären Pflege gearbeitet hat, besitzt große Schwierigkeiten, sich in das neue Konzept einzuarbeiten. Im „Wohnen in Hausgemeinschaften“ sind oft neue, unvoreingenommene Kolleginnen und Kollegen aufgeschlossener für dieses Prinzip des Wohnens, denn schon seit langem beschäftigtes Pflegepersonal hängt oft an den stationären Strukturen und am institutionellen Charakter fest.
- Fortbildung: monatliche Weiterbildungsangebote zu Themen wie z.B. Validation, basale Stimulation, Kommunikation mit dementen Menschen, hauswirtschaftliche und andere Beschäftigungsangebote (Arbeitsgruppe wurde dazu gebildet). Die Kenntnisse werden leider nicht immer so angewendet wie gelernt.
- **Veränderungen in den Köpfen ist sind sehr schwer. Für das Personal ist es ein großer und langwieriger Lernprozess.**

**Praxisbeispiel 2:
Konzeptionelle Planung, Personalplanung und Pflegestrukturen im Pflegeheim der 4. Generation**

Marcus Jogerst, Hausleiter, Seniorenhaus Renchen, Baden-Württemberg

Das privat betriebene Seniorenhaus Renchen wurde im Juli 2006 eröffnet und bietet 50 Betreuungsplätze in 42 Einzel- und 4 Doppelzimmern in einem Haus in zentraler Lage. Das Haus bietet Platz für

- zwei Hausgemeinschaften à 19 Personen für Menschen mit somatischer Pflegebedürftigkeit und
- eine Hausgemeinschaft für 12 Personen mit Verhaltensauffälligkeiten aufgrund einer primären dementiellen Erkrankung.

Alle Betreuungsplätze im Haus werden nach dem Hausgemeinschafts- und Wohnküchenkonzept betrieben, d.h. es gibt keine Zentralküchenversorgung oder Anlieferung von fertigen Mahlzeiten.

Die Baukosten lagen bei 59.600 €/Platz (inkl. Ausstattung in Höhe von 6.800 €/Platz).

Pflegesätze

Pflegestufe	Pflegekosten	U + V	Investitionskosten	Gesamtentgelt
0	27,50 €	19,00 €	16,00 €	62,50 €
1	43,50 €	19,00 €	16,00 €	78,50 €
2	57,00 €	19,00 €	16,00 €	92,00 €
3	71,50 €	19,00 €	16,00 €	106,50 €

Schnittstelle – Hauswirtschaft/Pflege

- **Zuständigkeitsbereich Präsenzkräfte:** Tätigkeiten, die mit dem Kochen oder dem Geschirrwaschen in Verbindung stehen sowie Aktivierungen der Bewohner/-innen im Rahmen der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.
- **Zuständigkeitsbereich Pflegepersonal:** Pflegetätigkeiten außerhalb der Küche wie Toilettengänge etc. werden nur durch die Pflegekräfte übernommen
- **Gemeinsame Zuständigkeitsbereiche von Hauswirtschaft und Pflege:** Servieren der Mahlzeiten und das Abräumen der Tische erfolgt in Absprache gemeinsam, ebenso das Anreichen von Mahlzeiten und Getränken.

Informationsfluss: Präsenz- und Pflegekräfte tauschen Informationen über Eßgewohnheiten, Reaktionen auf Mahlzeiten, ärztliche Anordnungen der Bewohner/-innen aus. Die Präsenzkräfte tragen Informationen in die Dokumentation ein.

Arbeitszeiten / Schichtzeiten

Schichtzeiten für (Präsenzkräfte)	Schichtzeiten Pflegepersonal
- Frühdienst: 07.00 -14.00 Uhr	- Frühdienst: 07.15 – 15.30 Uhr
- Spätdienst: 15.00 – 20.00 Uhr	- Spätdienst: 15.00 – 23.00 Uhr
	- Nachtdienst: 21.00 – 07.30 Uhr

Schichtbesetzungen in den Hausgemeinschaften 19/12 Bewohner/-innen:

- Jeweils im Früh- und im Spätdienst eine Präsenzkraft
- Im Frühdienst ca. 2,75(19) bzw. 2,0 (12)
- Im Spätdienst ca. 2,25 (19) bzw. 2,0 (12)
- Im Nachtdienst ca. 2,0

Die Einsatzzeit in den Hausgemeinschaften bleibt sieben Tage die Woche fast kontinuierlich. Dadurch auch am Wochenende keine Sparflammenversorgung.

Personalauswahl: Der Schwerpunkt liegt auf Teamfähigkeit, Belastungsfähigkeit, Einstellung zum Beruf, zum Menschen sowie die Motivation der Mitwirkung in dem neuen Konzept.

Schulung der der Präsenzkkräfte und Pflegeassistenten: Schulungsschwerpunkte in einer 14-tägigen Schulung: Philosophie des Hauses, Umgang mit Kunden, Rechtskunde, Hygiene, Hausgemeinschaftskonzept.

- Zusätzliche Module für Präsenzkkräfte: Kochen, Grundlagen der Pflege (insbes. Essen und Trinken anreichern), Krankenbeobachtung und Umgang mit dementiell erkrankten Menschen,
- Zusätzliche Module bei Pflegeassistentinnen und –assistenten: Grundpflegetechniken und Prophylaxen

Fortlaufende Entwicklung:

- Bereitschaft, sich von ungeeigneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglichst schnell zu trennen
- Immerwährendes Thematisieren der Besonderheiten im HG-Konzept (Leitung)
- Fortlaufende Stichprobenkontrollen im Rahmen von Pflege- oder Hausgemeinschafts- oder Hauswirtschaftsvisiten
- Konzept zur Personalmotivation (leistungsgerechte Entlohnung) in Verbindung mit regelmäßigen Entwicklungsgesprächen
- Gezielter Einsatz von Maßnahmen wie Ermahnungen und Abmahnungen als Bestandteil der Personalentwicklung
- Regelmäßige Schulungen in den relevanten Themen
- Regelmäßige Fallbesprechungen um Probleme frühzeitig zu erkennen
- Gute Erreichbarkeit der Leitungs- und Entscheidungsebene, um Unsicherheiten im neuen Betreuungskonzept abzufangen.

Schwierigkeiten, die das Konzept der Hausgemeinschaft mit sich brachte

Bewohner/-innen

Nach Einzügen aus herkömmlichen Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Umgewöhnungsphase (frühe Schlafenszeit, Nachtarznei z.T. schon gegen 18 Uhr bzw. 20 Uhr). Teilweise schwieriges Motivieren der Bewohner/-innen zur Teilnahme an der Gemeinschaft. Über Jahre gewohnte Einsamkeit wurde als Normalität empfunden.

Mitarbeiter/-innen

- Schwieriges Umstellen auf neues Arbeitsgebiet. Flexibilität wird auch als Belastung empfunden.
- Arbeitszeit im Spätdienst bis 23 Uhr wird als besonders belastend empfunden

- Schnittstelle Hauswirtschaft- Pflege wird aus beruflicher Prägung heraus tatsächlich als „Schnittstelle“ empfunden. Schwierige interdisziplinäre Team- bildung.
- Relative hohe Fluktuation in der Pflege innerhalb der ersten 6 Monate, trotz sorgfältiger Personalauswahl und guter Bezahlung.
- Aus der Fluktuation resultierend hohe Arbeitsbelastung der verbleibenden Mitarbeiter.
- Schwierige Weitergabe der Philosophie, hohe Kontroll- und Präsenzerfordernis der Leitungsebene.
- Konstruktive Beteiligung der Angehörigen wurde oft falsch gedeutet und als Kontrolle angesehen.

Angehörige

- Anfänglich schwierige Vertrauensbildung, Misstrauen gegenüber den Mitarbeitern
- Insbesondere im Bereich der HG für demenziell erkrankte Menschen, zum Teil Schwierigkeiten mit dem „liberalen Betreuungsansatz“

Organisation

- Umfangreichere Personalplanung (drei Küchen anstatt einer, Wäscherei im Haus, drei Dienstpläne für 50 Bewohner/-innen)
- Höherer Arbeitsaufwand in der Küche gegenüber Großküche (keine Convenience-Produkte)
- Höhere Verantwortlichkeit der Präsenzkraft hinsichtlich Beobachtung, eigenverantwortliches Kochen

Umgebung

- Erst nach 10 Monaten konnte ein Neurologe für regelmäßige Visiten gefunden werden.
- Schwierige Abstimmung mit den „Ordnungsbehörden“ vor allem Heimaufsicht (erste Begehung durch Amt für Verbraucherschutz mit 2 kleinen Anregungen).

Positive Auswirkungen des Hausgemeinschaftskonzepts auf die Bewohner

- Aktivere Teilnahme am Leben durch aktive oder passive Teilnahme an den Alltagsaktivitäten, wie Essen kochen, Tisch decken, Geschirr abwaschen, Wäsche waschen und bügeln. Bewohner haben das Gefühl, wichtig zu sein und sind stolz auf Ihre Leistungen.
- Verbessertes Appetit durch Erleben des Kochens, Düfte regen Appetit an.
- Gewohnte Abläufe von Zuhause können im neuen Zuhause weitestgehend weitergelebt werden, dadurch schnellere Eingewöhnung
- Selbstbestimmung bleibt erhalten, kleinteilige Beteiligung an Essensplanung, Schlafenszeiten können selbst bestimmt werden.
- Gemeinschaftssinn wird durch Kleinteiligkeit der Gruppe gestärkt
- Ein Ansprechpartner mehr steht im Zugriff der Bewohner (Präsenzkraft)
- Auch schwere Verhaltensauffälligkeiten können im Hausgemeinschaftskonzept gemildert werden, dadurch ist ein reduzierter Psychopharmaka-Einsatz möglich

Kontakt

Die Tagungsdokumentation und die erschienenen Begleitbroschüren sind zu beziehen über:

Landeshauptstadt München
Amt für Soziale Sicherung,
Hilfen im Alter und bei Behinderung
S-I-AB 4
Orleansplatz 11
81667 München
Tel: 089/ 233 48 351 oder 48 352
Fax: 089/ 233 48 378
E-Mail: altenhilfe.soz@muenchen.de

Außerdem steht die Tagungsdokumentation als pdf-Dokument zum kostenlosen Herunterladen auf der homepage www.urbanes-wohnen.de/fachtag bereit.

Tagungsorganisation

Gerlinde Gottlieb
Urbanes Wohnen e.V.
Halskestraße 19
80636 München
Tel. 089/784 93 44
E-Mail: gerlinde.gottlieb@urbanes-wohnen.de
www.urbanes-wohnen.de

Tagungsort

Kulturhaus Milbertshofen
Schleißheimer Straße 332
80809 München
www.kulturhaus-milbertshofen.de