



## Berichte aus der Pflege

Nr. 6 – März 2007

### **Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz**

#### **Schritte zu einer optimalen Versorgung**

Ein Projekt des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen im Rahmen der Initiative „Menschen pflegen“ in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Rheinland Pfalz

Ministerium für  
Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen  
des Landes Rheinland-Pfalz



### **Hinweise:**

Die Berichte aus der der Pflege sind im Internet unter [www.masgff.rlp.de](http://www.masgff.rlp.de) oder unter [www.menschen-pflegen.de](http://www.menschen-pflegen.de) abrufbar und können kostenlos als pdf-Datei oder Word-Formular herunter geladen werden.

Die Broschüren „Berichte aus der Pflege“ können Sie auch über das Broschürentelefon des Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Mainz, Telefonnummer: 06131/2016 anfordern oder im Internet unter [www.masgff.rlp.de](http://www.masgff.rlp.de) der Rubrik Publikationen, Themenbereich „Menschen pflegen“ bestellen.

### **IMPRESSUM**

- Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen  
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit  
Bauhofstraße 9, 55116 Mainz  
[www.masgff.rlp.de](http://www.masgff.rlp.de), [www.menschen-pflegen.de](http://www.menschen-pflegen.de)  
Broschürentelefon: 06131/16-2016  
(Bürgerservice-Telefon: 0800/1181387)
- Autorin: Frau Dr. med. Brigitte Seitz  
Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen Rheinland-Pfalz  
Albigerstr. 19d  
55232 Alzey
- Stand: März 2007

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerberinnen und Wahlbewerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

## Grußwort

Sehr geehrte Herren und Damen,

Demenzerkrankungen gehören zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Krankheiten im höheren Alter. Sie sind mit der wichtigste Grund für die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung, wo sich der Anteil demenzkranker Bewohnerinnen und Bewohner in den letzten Jahren kontinuierlich vergrößert hat.



Die Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen zu verbessern, ist daher ein wichtiges Ziel meiner Initiative „Menschen pflegen“. Im Rahmen dieser Initiative haben wir 2003 zusammen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Rheinland Pfalz das Modellprojekt „Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“ ins Leben gerufen. Acht stationäre Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz wurden 2003 unter einer Vielzahl von Bewerbungen für die Teilnahme an dem Modellprojekt ausgewählt.

Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen des Modellprojektes eindrucksvoll unter Beweis gestellt, dass auch unter den gegebenen Rahmenbedingungen grundlegende strukturelle und inhaltliche Qualitätsverbesserungen in der Pflege, der Förderung und der Begleitung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen möglich sind, die einen großen Fortschritt für alle Beteiligten darstellen.

Mit der vorliegenden Veröffentlichung liegt nun der Abschlussbericht dieses Modellprojekts vor. Er soll interessierten Einrichtungen als Wegweiser dienen und enthält deshalb auch eine Anleitung, wie Ihnen die vielen notwendigen Einzelschritte zur Optimierung der Versorgung von Demenzkranken in Ihrer Einrichtung gelingen können. Hierbei wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Ich danke allen, die durch ihren persönlichen Einsatz im Rahmen des Modellprojekts einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen von demenzerkrankten Menschen geleistet haben und wünsche mir, dass diese positiven Erfahrungen von vielen anderen Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz aufgegriffen werden.

*Malu Dreyer*

**Malu Dreyer**

Ministerin für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit, Familie und Frauen  
des Landes Rheinland-Pfalz

# Inhaltsverzeichnis

|            |                                                                                             |           |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b>  | <b>DAS VERÄNDERUNGSPROJEKT .....</b>                                                        | <b>3</b>  |
| <b>2.</b>  | <b>SCHRITTE ZU EINER OPTIMALEN VERSORGUNG .....</b>                                         | <b>4</b>  |
| <b>2.1</b> | <b>TRANSPARENZ .....</b>                                                                    | <b>4</b>  |
| 2.1.1      | INFORMATION DER BETROFFENEN .....                                                           | 4         |
| 2.1.2      | AUSWAHL DER BEWOHNER.....                                                                   | 4         |
| 2.1.3      | AUSWAHL DER MITARBEITER .....                                                               | 4         |
| 2.1.4      | UNTERSTÜTZUNG DER TRÄGER .....                                                              | 5         |
| 2.1.5      | EINBINDUNG DER AUFSICHTSBEHÖRDEN.....                                                       | 5         |
| <b>2.2</b> | <b>HOMOGENE BEWOHNERGRUPPEN .....</b>                                                       | <b>7</b>  |
| <b>2.3</b> | <b>UMGEBUNGS- UND MILIEUGESTALTUNG .....</b>                                                | <b>8</b>  |
| 2.3.1      | GEMEINSAMER UND ZENTRALER AUFENTHALTSBEREICH .....                                          | 9         |
| 2.3.2      | SCHAFFUNG EINER WOHLNICHEN ATMOSPHÄRE .....                                                 | 9         |
| 2.3.3      | VERFÜGBARKEIT EINER KÜCHE .....                                                             | 10        |
| 2.3.4      | SCHAFFUNG VON TAKTILEN UND VISUELLEN REIZEN .....                                           | 10        |
| 2.3.5      | VERBESSERTE ORIENTIERUNGSMÖGLICHKEITEN.....                                                 | 10        |
| 2.3.6      | ERINNERUNGS- UND THEMENNISCHEN .....                                                        | 10        |
| <b>2.4</b> | <b>TAGESBEGLEITUNG .....</b>                                                                | <b>11</b> |
| <b>2.5</b> | <b>WERTSCHÄTZENDER UMGANG .....</b>                                                         | <b>12</b> |
| <b>2.6</b> | <b>DEMENTZSPEZIFISCHE PFLEGEKONZEPTE .....</b>                                              | <b>13</b> |
| 2.6.1      | INHALTE DER PFLEGEKONZEPTE.....                                                             | 13        |
| 2.6.2      | TAGESGESTALTUNG, TAGESBEGLEITUNG UND PRÄSENZDIENST FÜR DEN<br>WOHNBEREICH .....             | 14        |
| 2.6.3      | MAHLZEITENGESTALTUNG (ESSEN UND TRINKEN) .....                                              | 14        |
| 2.6.4      | VERNETZUNG MIT ANDEREN DIENSTEN / KONTAKTE INNERHALB UND AUßERHALB DER<br>EINRICHTUNG ..... | 14        |
| 2.6.5      | ANGEHÖRIGENARBEIT .....                                                                     | 15        |
| 2.6.6      | BIOGRAFIEARBEIT .....                                                                       | 15        |
| 2.6.7      | MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG .....                                                      | 16        |
| 2.6.8      | KONZEPTERSTELLUNG UND RÜCKMELDUNG.....                                                      | 16        |
| <b>2.7</b> | <b>ORGANISATIONSENTWICKLUNG – FÖRDERNDE UND HEMMENDE FAKTOREN .....</b>                     | <b>16</b> |
| 2.7.1      | DIE WOHNBEREICHSLEITUNG ALS SCHLÜSSELPOSITION .....                                         | 17        |
| 2.7.2      | EINBINDUNG DER MITARBEITER .....                                                            | 17        |
| 2.7.3      | DIE POSITION DES TRÄGERS .....                                                              | 17        |
| 2.7.4      | ANPASSUNG DER PROZESSE, ERFOLGE UND GRENZEN.....                                            | 18        |
| <b>2.8</b> | <b>QUALIFIZIERUNGSMAßNAHMEN FÜR DIE MITARBEITER .....</b>                                   | <b>18</b> |
| <b>3.</b>  | <b>ERGEBNISSE.....</b>                                                                      | <b>20</b> |
| <b>3.1</b> | <b>WOHNRAUMANPASSUNG UND MILIEUGESTALTUNG .....</b>                                         | <b>20</b> |
| <b>3.2</b> | <b>VERLAUF DER DEMENZ .....</b>                                                             | <b>20</b> |
| <b>3.3</b> | <b>AUSWIRKUNGEN AUF DIE BEWOHNER.....</b>                                                   | <b>21</b> |
| <b>3.4</b> | <b>ERGEBNISSE DES DEMENTIA CARE MAPPING (DCM).....</b>                                      | <b>22</b> |
| 3.4.1      | GRUPPENBEZOGENE WIB-PUNKTZAHL .....                                                         | 22        |
| 3.4.2      | POSITIVE EREIGNISBERICHTE .....                                                             | 23        |
| <b>3.5</b> | <b>EINSATZ VON PSYCHOPHARMAKA .....</b>                                                     | <b>24</b> |
| <b>3.6</b> | <b>AUSWIRKUNGEN AUF DIE MITARBEITER .....</b>                                               | <b>24</b> |

|           |                                                            |           |
|-----------|------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4.</b> | <b>ERFAHRUNGSBERICHTE DER PROJEKTEINRICHTUNGEN .....</b>   | <b>26</b> |
| 4.1       | DRK - SENIORENZENTRUM SONNENHOF, BAD MARIENBERG .....      | 26        |
| 4.2       | SENIORENHAUS WALDPARK, BLANKENRATH.....                    | 27        |
| 4.3       | WOHN- UND PFLEGEHEIM KESSLER-HANDORN, KAISERSLAUTERN ..... | 28        |
| 4.4       | SENIORENPFLEGEHEIM BODELSCHWINGH, KOBLENZ.....             | 31        |
| 4.5       | CARITAS-ALTENZENTRUM ST. MATTHIAS, SCHIFFERSTADT .....     | 33        |
| 4.6       | SENIORENZENTRUM HAUS EDELBERG, SPEYER.....                 | 34        |
| <b>4.</b> | <b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>                                | <b>35</b> |
| <b>5.</b> | <b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>                           | <b>37</b> |

# 1. Das Veränderungsprojekt

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) in Rheinland-Pfalz und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz führten von Juli 2003 bis Dezember 2005 in gemeinsamer Trägerschaft das Projekt „Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“ durch. Acht stationäre Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz beteiligten sich aktiv daran.

Im Vordergrund des Projektes stand die Überprüfung der Machbarkeit schon bekannter theoretischer Ansätze und Konzepte optimaler Versorgung von Menschen mit Demenz:

- Sind derartige Konzepte in bestehenden Pflegeeinrichtungen und unter den bestehenden Bedingungen überhaupt umsetzbar?
- Auf welche Schwierigkeiten bzw. an welche Grenzen stößt man dabei?
- Welche Lösungen gibt es für dabei auftretende Probleme?

Dabei sollte sichergestellt werden, dass die Erfahrungen auch über das Projekt hinaus in möglichst viele Pflegeeinrichtungen übertragen werden können. Bewusst sollten die Veränderungen deshalb in vorhandenen stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden und gerade nicht neue Modellprojekte oder neue Wohn- und Hausgemeinschaften errichtet werden.

Ziel war eine angemessene, alltagsnahe und biografieorientierte Versorgung der Bewohner. An die Stelle der bisherigen integrierten Versorgung von Bewohnern mit und ohne Demenz sollten homogene Wohngruppen treten, deren Bewohner alle eine mittelgradige bis schwere Demenz aufwiesen, deren Mobilität aber noch erhalten war.

Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wurden im Verlauf des Projektes unterstützt bei der organisatorischen Umgestaltung, einrichtungsinternen räumlichen Umwidmung, individuellen Raum- und Milieugestaltung, intensiven Personalqualifizierung sowie der Anpassung der Pflege- und Betreuungskonzepte an die individuellen Bedürfnisse ihrer Bewohner. Eine finanzielle Förderung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen erfolgte allerdings nicht. Auch dies fördert eine Übertragbarkeit der gewonnenen Ergebnisse.

Die folgenden Pflegeeinrichtungen nahmen am Projekt teil:

- DRK - Seniorenzentrum Sonnenhof, Bad Marienberg
- Alten-/Pflegeheim „Eifel-Haus“, Bitburg
- Seniorenhaus Waldpark, Blankenrath
- Wohn- und Pflegeheim Kessler-Handorn, Kaiserslautern
- Seniorenpflegeheim Bodelschwingh, Koblenz
- Altenheim der AWO, Neuwied
- Caritas Altenzentrum St. Matthias, Schifferstadt
- Seniorenzentrum Haus Edelberg, Speyer

Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen des Projektes eindrucksvoll unter Beweis gestellt, dass auch unter den gegebenen Umständen Veränderungen im Umgang, der Pflege, der Förderung und der Begleitung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen möglich sind. Die dafür erforderlichen Schritte sind in dieser Broschüre dargestellt.

## **2. Schritte zu einer optimalen Versorgung**

Der feste Wille, einen Veränderungsprozess zu beginnen und auch erfolgreich zu Ende zu führen, ist Grundvoraussetzung für ein derart vielschichtiges Projekt. Darüber hinaus bedarf es jedoch auch der breiten Unterstützung aller an diesem Prozess Beteiligten.

### **2.1 Transparenz**

#### **2.1.1 Information der Betroffenen**

Pflegeeinrichtungen, die einen Veränderungsprozess einleiten wollen, sollten die anstehenden Veränderungen innerhalb der Pflegeeinrichtung kommunizieren. Dies betrifft Bewohner, Mitarbeiter und natürlich auch die Angehörigen und Betreuer. Auf deren Unterstützung und Zustimmung sind die Pflegeeinrichtung angewiesen, wenn sie die Ziele des Projektes erfolgreich umsetzen wollen. Für die Bewohner und ihre Angehörigen und Betreuer kann dies z. B. bedeuten, dass Bewohner innerhalb der Pflegeeinrichtung umziehen und damit ihr gewohntes Umfeld (Bewohner und Pflegekräfte) verlassen müssen. Für die Mitarbeiter stehen Veränderungen im Arbeitsbereich, aber auch der Arbeitsweise an.

Für die Informationsweitergabe an die Bewohner und ihre Angehörigen können die unterschiedlichsten Vorgehensweisen genutzt werden wie Info-Abende für Bewohner und Angehörige, die Heimzeitung, Rundschreiben und Informationen an den Heimbeirat.

Zur Information der Mitarbeiter sind Teambesprechungen, Besprechungen der Wohnbereichsleitungen, Info-Nachmittage oder Rundschreiben und Einzelgespräche geeignet.

Im Rahmen des Projektes war die Resonanz sowohl seitens der Bewohner und ihrer Angehörigen als auch seitens der Mitarbeiter insgesamt sehr positiv. Bedenken, dass orientierte Bewohner durch die Fokussierung auf Bewohner mit Demenz benachteiligt würden, wurden im Vorfeld ausgeräumt. Insbesondere Angehörige und Betreuer von Bewohnern mit Demenz signalisierten ihre Zustimmung und Unterstützung.

Die anstehenden Umzüge waren natürlich an die Zustimmung der Bewohner gebunden und verliefen naturgemäß nicht immer reibungslos. Letztendlich blieben aber wenige nicht umzugswillige Bewohner in ihren Zimmern und nur in wenigen Einzelfällen stimmten die Angehörigen dem Umzug nicht zu. Die demenzkranken Bewohner, die umzogen, lebten sich rasch im neuen Wohnbereich ein, ohne dass dabei größere Probleme zu verzeichnen gewesen wären.

#### **2.1.2 Auswahl der Bewohner**

Die Auswahl der Bewohner für den neuen Wohnbereich sollte bei den Pflegeeinrichtungen liegen. Bei der Zusammenstellung der Gruppen sollte darauf geachtet werden, dass es sich bezüglich des Demenzgrades um möglichst homogene Gruppen handelt. Bewährt hat sich die Etablierung einer homogenen Gruppe mit mobilen Bewohner mit einer mittelgradigen bis schweren Demenz.

Zur Einschätzung des Demenzgrades eignen sich Assessments wie der Mini Mental Status Test (MMST) oder die Global Deterioration Scale (GDS Reisberg).

#### **2.1.3 Auswahl der Mitarbeiter**

Die Mitarbeit in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz sollte idealerweise auf freiwilliger Basis erfolgen. Einige Projekteinrichtungen schrieben die Stellen im Demenzwohnbereich intern aus und die Leitung der Pflegeeinrichtung traf nach Gesprächen mit allen Bewerbern eine Auswahl. In anderen Projekteinrichtungen unterstützten und trugen

Mitarbeiter direkt die Teilnahme am Projekt und die Auswahl des Wohnbereichs. Diese Pflegeeinrichtungen nahmen dann nur Ergänzungen des Personals vor. Beide Vorgehensweisen haben sich im Projekt bewährt, so dass jede Pflegeeinrichtung individuell entscheiden kann, welches für sie das bessere Verfahren darstellt.

#### 2.1.4 Unterstützung der Träger

Die Unterstützung durch den Träger der Pflegeeinrichtung ist entscheidend für das Gelingen. Dieser sollte den Prozess positiv unterstützend begleiten und gefährdende Einflüsse wie einen Personalabbau oder das Nicht-Besetzen von Stellen verhindern. Die Entscheidungswege sollten möglichst kurz sein und Entscheidungen zeitnah getroffen werden können.

#### 2.1.5 Einbindung der Aufsichtsbehörden

Das Zusammenspiel der verschiedenen Aufsichtsbehörden macht es erforderlich, frühzeitig die entsprechenden Behörden in die Umstrukturierungsarbeiten einzubinden, die geplanten Veränderungen zu kommunizieren und Gründe und Auswirkungen für die Bewohner darzulegen.

Bereits in der Planungsphase sollte daher Kontakt mit den Vertretern der verschiedenen Behörden aufgenommen und ein **gemeinsames Treffen** in den Pflegeeinrichtungen angeregt werden. Im Rahmen dieser Treffen können die Gründe und Inhalte für die beabsichtigten Veränderungen und insbesondere die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz dargelegt werden. Zu den empfehlenswerten Informationen gehört auch die Erläuterung, welche Auswirkungen eine nicht adäquate Umgebung für Bewohner mit Demenz in Pflegeeinrichtungen haben kann.

Daran sollte sich eine Begehung der Räumlichkeiten, die einbezogen werden sollen, anschließen, und die geplanten Veränderungen erläutert werden. Dabei können auftretende Bedenken direkt ausgeräumt oder gemeinschaftlich neue Lösungen gefunden werden.

Die **Heimaufsicht** ist für die Durchführung des Heimgesetzes und der dazu ergangenen Verordnungen zuständig. Konkret zeigt sich das Tätigwerden der Heimaufsicht bei der Überwachung der Pflegeheime durch regelmäßige Überprüfungen, ob die Heime die geforderten personellen, baulichen und sachlichen Voraussetzungen erfüllen. Die gesetzlichen Grundlagen, deren korrekte Umsetzung von der Heimaufsicht überwacht wird, sind:

- Heimgesetz,
- Heimmindestbauverordnung,
- Heimsicherungsverordnung und
- Heimpersonalverordnung

Die **Gesundheitsämter** sind verantwortlich für die Einhaltung von hygienischen Anforderungen sowohl in der Pflege als auch insbesondere im Küchenbereich. Hier sind eine Reihe von Vorgaben einzuhalten, um insbesondere Magen-/Darminfekten bei den Bewohnern vorzubeugen. Da im Demenzwohnbereich auch Speisen mit und durch die Bewohner hergestellt werden sollen, war auch eine Einbindung der Gesundheitsämter von Beginn an sinnvoll und notwendig.

Eine weitere wichtige Aufgabe nimmt die **Brandschutzbehörde** wahr, die in der Regel bei der Stadt oder dem jeweiligen Landkreis angesiedelt ist. Ihr obliegt es, zu überwachen und sicherzustellen, dass alle brandschutztechnischen Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen erfüllt sind, um zum einen die Gefahr eines Brandes zu minimieren und zum anderen im Falle eines Brandes optimale Voraussetzung für die Löscharbeiten und Rettungsmaßnahmen vorzufinden.

Daher wurden bisher die Gangbereiche in den Pflegeheimen von der Brandschutzbehörde auch ausschließlich als Fluchtwege gesehen. Möbelstücke, Sessel, Sofas oder andere Gegenstände, auch Bilder oder Wandbehänge auf den Fluren, wurden daher nicht oder nur unter bestimmten Auflagen geduldet. So mussten die Möbel oder Sitzbezüge aus schwer entflammaren Stoffen gefertigt sein und Sitzgelegenheiten so verankert werden, dass sie nicht umfallen und den „Flucht“weg versperren können. Die Pflegeeinrichtung wurde als Gesamteinrichtung gesehen, Lösungen für einzelne Wohnbereiche schienen undenkbar.

Die Notwendigkeit, die Strukturen der Pflegeeinrichtungen an das veränderte Bewohnerklientel anzupassen und neue Wohnformen für die Versorgung von Menschen mit Demenz auch langfristig sicherzustellen, ist eine der Aufgaben, denen sich die Landesregierung in Rheinland-Pfalz, vertreten durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen angenommen hat. Auf Landesebene wurde im April 2004 die „**Arbeitsgruppe Heime**“ ins Leben gerufen, die aus Vertretern der Heimaufsichten, der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion, der Struktur- und Genehmigungsdirektionen Süd und Nord und des Ministeriums selbst bestand. Ein Ziel war, vertretbare brandschutztechnische Vorgaben für Wohngruppen von Menschen mit Demenz, wie sie zunehmend in bestehenden Einrichtungen geschaffen wurden, zu erarbeiten. Weniger problematisch sind in diesem Zusammenhang Neubauten, da hier schon von vornherein auf die Bestimmungen geachtet werden muss. Verwaltungsvorgänge sollten beschleunigt werden.

Das von der Arbeitsgruppe konzipierte Papier „Brandschutztechnische Anforderungen an Heime, Entwurf eines Rundschreibens des Ministeriums der Finanzen“, liegt mittlerweile vor und kann im Internet kostenlos heruntergeladen werden ([www.fm.rlp.de/bauen/Baurecht\\_und\\_Bautechnik/Baurechtliche\\_Vorschriften\\_in\\_RheinlandPfalz/Entwurf\\_Heimbaurichtlinie.pdf](http://www.fm.rlp.de/bauen/Baurecht_und_Bautechnik/Baurechtliche_Vorschriften_in_RheinlandPfalz/Entwurf_Heimbaurichtlinie.pdf)). Es ist offener für konkrete Lösungen im Einzelfall, als dies eine Verordnung oder ein Gesetz zulassen würde. Es wurde landesweit der Feuerwehr als Entscheidungsgrundlage zugestellt.

Die bisher geltende Vorgabe, dass ein 1,5 m breiter Gang auf dem Flur frei gelassen werden muss, gilt danach nicht mehr für Wohngruppen von Bewohnern mit Demenz. Die Wohngruppengröße darf dabei jedoch höchstens 15 Bewohner betragen. Entscheidend ist, dass zwei Fluchtwege, die sich auf gegenüberliegenden Seiten befinden, vorhanden sind und dass die senkrechten Rettungswege (Treppenhäuser) von Brandlast frei sind, die in den Raum hinein ragt. Insgesamt zielen die Maßnahmen darauf ab, dass durch eine Erhöhung der Sicherheit außerhalb der Gruppe eine Lockerung innerhalb der Gruppe möglich ist. Problematisch bleibt, dass in bestehenden Pflegeeinrichtungen die Gruppen häufig mehr als 15 Bewohner umfassen. Hier sind individuelle Lösungen vor Ort anzustreben.

Einige Inhalte des Rundschreibens sind wegweisend und ermöglichen auch bestehenden Pflegeeinrichtungen eine Umwidmung von Wohnbereichen und eine entsprechende Milieugestaltung. Abbildung 1 gibt als Auszug wörtlich die Anforderungen an Gruppenwohnbereiche wieder.

#### **4. Gruppenwohnbereiche**

„Neuere Wohnformen in Heimen sehen die Einrichtung von Wohnbereichen für Hausgemeinschaften vor, in denen die Bewohner in kleinen Gruppen zusammen leben. Diese Gruppenwohnbereiche bestehen aus einem gemeinschaftlich genutzten Aufenthaltsbereich mit einer Küche und den einzelnen Räumen der zu der Wohngruppe gehörenden Bewohner (Bewohnerräume).

Die Gruppenwohnbereiche sollen jeweils eine Grundfläche von 500 m<sup>2</sup> und eine Bewohnerzahl von 15 Personen nicht überschreiten. Innerhalb der Gruppenwohnbereiche sind notwendige Flure nicht erforderlich,

- wenn jeder Gruppenwohnbereich mindestens zwei entgegengesetzt liegende Ausgänge hat, die auf notwendige Flure, in notwendige Treppenträume oder direkt ins Freie (auch über im Brandfall sicher benutzbare Außentreppe) auf das Grundstück führen. Die beiden Ausgänge dürfen nicht - abweichend von Abschnitt 3 Satz 1 Halbsatz 2 – auf denselben notwendigen Flur führen,
- die Ausgänge aus den Gruppenwohnbereichen, die nicht direkt ins Freie führen, feuerhemmende, selbstschließende und rauchdichte Türen haben,
- zwischen Gruppenwohnbereichen sowie zwischen Gruppenwohnbereichen und anderen Räumen Trennwände nach § 29 LBauO vorhanden sind und
- die individuellen Aufenthaltsräume (Bewohnerräume) innerhalb der Gruppenwohnbereiche dicht schließende Türen haben, die auch selbstschließend sein müssen.“

**Abbildung 1:** Brandschutztechnische Anforderungen an Heime

*Quelle: Ministerium der Finanzen Rheinland-Pfalz, 2005, S. 4*

Die frühzeitige Einbindung der Behörden mit aufsichts- und ordnungsrechtlichen Aufgaben (Heimaufsicht, Brandschutz und Gesundheitsamt) ist unbedingt sinnvoll und Folgeprojekten uneingeschränkt zu empfehlen. Die Pflegeeinrichtungen können Hinweise und Anmerkungen aufgreifen und in ihren Konzepten berücksichtigen. Sie haben die Sicherheit, dass nicht im Nachhinein Beanstandungen oder ordnungsrechtliche Maßnahmen zu befürchten sind.

Insgesamt stieß das Projekt bei den Vertretern der verschiedenen Behörden auf große Zustimmung und Unterstützung. Obwohl auch den Vertretern der Brandschutzbehörde die Notwendigkeit einer wohnlichen Umgebung und milieutherapeutische Ausrichtung des neuen Wohnbereichs aufgrund der Erkrankung Demenz einleuchtend war, taten sie sich allerdings schwer, von ihren Forderungen abzurücken und Möbel und Gegenstände in den Flurbereichen zu akzeptieren. Im einzelnen Fall konnte eine Zustimmung erreicht werden, solange eine freie Mindestbreite der Flure auch weiterhin gewährleistet war.

## 2.2 Homogene Bewohnergruppen

In den stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt derzeit die Versorgung von orientierten Bewohnern und Bewohnern mit Demenz überwiegend zusammen mit schwer pflegebedürftigen und multimorbiden Bewohnern in gemeinsamen Wohnbereichen als sog. „integrative Versorgung“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2001). Der Anteil von Bewohnern mit einer fortgeschrittenen Demenz ist in den letzten Jahren stetig gewachsen, so dass sich dadurch die Anforderungen an Förderung, Pflege und Begleitung für einen großen Teil der Bewohner verändert haben (Weyerer et al., 2005). Die Bedürfnisse der verschiedenen Bewohnergruppen sind sehr unterschiedlich. Im Rahmen der integrativen Versorgung ist es schwierig, die Versorgungs- und Betreuungsangebote für orientierte Bewohner und Bewohner mit Demenz so zu gestalten, dass beide Gruppen gleichermaßen und gemeinsam angemessen versorgt werden können.

Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen bildeten bereits zu Beginn des Projektes **homogene Wohngruppen** von Bewohnern mit einer mittelschweren bis schweren Demenz. Dieser Schritt erwies sich als entscheidend! Die homogene Gruppe kann das Leben in einem Demenzwohnbereich deutlich erleichtern (Perrin und May, 2000).

Wohngruppen von Menschen mit Demenz sollten eine Gruppengröße von 12 bis 15 Personen nicht überschreiten. Damit soll Übersichtlichkeit gewährleistet und eine Überforderung der Menschen mit Demenz durch zu viele „fremde“ Gesichter vermieden werden (Maciejewski et al., 2001). Bei bestehenden Pflegeeinrichtungen lassen sich diese Empfehlungen aufgrund der vorhandenen baulichen Struktur häufig nur mit erheblichen wirtschaftlichen Einbußen umsetzen. Im Projekt wurde daher zwar die Empfehlung von 12 bis 15 Bewohnern

für den Demenzwohnbereich ausgesprochen, auf eine starre Forderung als Voraussetzung zur Teilnahme am Projekt jedoch verzichtet. Die Realität zeigte, dass bei Umgestaltung von bestehenden Pflegeeinrichtungen individuelle Lösungen gefunden werden müssen, die auch von den allgemeinen Empfehlungen abweichen können. In den Projekteinrichtungen lag die Zahl der Bewohner im Demenzwohnbereich zwischen 13 und 29 Personen. Im Wohnbereich mit 29 Bewohnern wurde dafür allerdings ein zweiter Aufenthaltsbereich geschaffen.

## **2.3 Umgebungs- und Milieugestaltung**

Die Gestaltung der Räume und Einrichtung, das sog. „Milieu“ genauso wie die bauliche Umgebung haben bei der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz eine erhebliche Bedeutung. Nach Lawton (1981) besteht ein umgekehrt proportionales Verhältnis zwischen der Handlungskompetenz eines Menschen und dem Einfluss seiner Umgebung auf sein Befinden, d. h. je geringer die Handlungskompetenz ist, desto größer ist die Bedeutung der Umgebung. Da Menschen mit Demenz aufgrund ihrer zunehmenden kognitiven Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, sich selbst ihrer Umgebung oder aber ihre Umgebung ihren Bedürfnissen anzupassen, muss das Umfeld an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst werden/sein. Gegebenheiten, die Ängste oder Unwohlsein auslösen können, wie räumliche Barrieren, Schatten, unübersichtliche Örtlichkeiten oder verschlossene Räume müssen vermieden werden. Aggressives Verhalten kann auch durch unangenehme äußere Reize wie Dunkelheit und laute nicht identifizierbare Geräusche, Reizüberflutung oder Reizmangel, Angst und Verknennung der Situation ausgelöst werden (Wojnar, 2005). Die Gestaltung der Umgebung kann wesentlich zum Gefühl des „zu Hause seins“ beitragen oder aber im Gegenteil für Unruhe und den Wunsch wegzulaufen verantwortlich sein (Cohen-Mansfield und Werner, 1998; Sloane et al., 1998; Zeisel et al., 2003).

Viele der heutigen Pflegeeinrichtungen stammen aus einer Zeit, in der die Versorgung von Bewohnern mit Demenz bei weitem nicht so bedeutend war, wie sie das heute angesichts des hohen Belegungsanteils ist und vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Zukunft noch viel stärker sein wird (KDA, 2000; KDA, 2003). Häufig gibt es keine ausreichend große Aufenthaltsräume im Wohnbereich, in denen sich alle Bewohner des Wohnbereichs gemeinsam aufhalten und aktiv sein könnten. Aktivitäten müssen in entfernt gelegenen Gemeinschaftsräumen (Speisesaal, Ergotherapieaum oder sonstigen Funktionsräumen) stattfinden. Die Bewohner werden dazu aus der vertrauten Umgebung ihres Wohnbereichs in eine fremde Umgebung gebracht. Dies ist für Bewohner mit zunehmender Demenz problematisch.

Kennzeichnend für die heutigen Pflegeeinrichtungen sind zudem oft lange und unpersönlich gestaltete Flure, die nicht den Eindruck einer häuslichen Umgebung, sondern eher den eines Krankenhauses vermitteln. Initiativen der Pflegeeinrichtungen, die Flure wohnlich zu gestalten, stoßen meist in den Vorschriften von Heimaufsicht und Brandschutzbehörde an ihre Grenzen.

Räume und Einrichtung sollten so gestaltet sein, dass sie die Wahrnehmung und Orientierung erleichtern und unterstützen. Menschen mit Demenz können unter ausgeprägten Störungen der räumlichen Wahrnehmung leiden. Altersbedingtes Nachlassen der Sehschärfe und der Farbwahrnehmung wirken sich angesichts der bestehenden kognitiven Einschränkungen negativ aus. Verschwommen bzw. undeutlich Gesehenes kann dabei nicht mehr angemessen interpretiert werden. Bei der Farbgestaltung sollte auf satte, warme und hell leuchtende Farben zurückgegriffen werden, da diese von älteren Menschen gut erkannt werden können. Eine helle, schattenarme und blendfreie Beleuchtung (möglichst 500 Lux in Augenhöhe) können die Wahrnehmung erleichtern (Moll, 2002). Orientierungshilfen über das Anbringen von Namen oder Bildern an den Türen hinaus können insbesondere durch Lichtführung, Bodenbelag, aber auch durch unverwechselbare Gestaltung bestimmter Orte gegeben werden. Reizüberflutung sollte vermieden werden. Durch gezielte sensorische Stimulati-

on (reizvolle Materialien zum Greifen, Gerüche) oder aber auch durch gezielt eingesetzte Musik können Menschen mit Demenz positiv angeregt werden.

Es gilt also, die vorhandenen Pflegeeinrichtungen zu analysieren und die Bereiche zu identifizieren, die mit einem vertretbaren materiellen Aufwand baulich und milieutherapeutisch so umgestaltet werden können, dass eine adäquate Versorgung und Betreuung von Bewohnern mit Demenz möglich ist. Dabei müssen aber gleichzeitig auch die Bedürfnisse von Bewohnern ohne Demenz berücksichtigt werden.

### **2.3.1 Gemeinsamer und zentraler Aufenthaltsbereich**

Im Rahmen des Projektes standen den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen für die notwendigen Umbaumaßnahmen und die Milieugestaltung keine finanziellen Mittel durch Dritte zur Verfügung. Die Umbaumaßnahmen mussten zudem aus nachvollziehbaren wirtschaftlichen Gründen im laufenden Betrieb und bei voller Belegung der Pflegeeinrichtungen erfolgen.

Im ersten Schritt ist deshalb sorgfältig der Wohnbereich zu identifizieren, auf dem mit möglichst geringem Aufwand und ohne Beeinträchtigung für die Bewohner ein spezieller Wohnbereich für Bewohner mit Demenz realisiert werden kann.

Als zentrales Element wurde ein ausreichend großer Aufenthaltsbereich geschaffen, in dem sich alle Bewohner des Wohnbereichs gleichzeitig aufhalten können. Durch einen ausreichend großen Aufenthaltsbereich wird gemeinschaftliches Leben und Erleben gefördert. Mobile Bewohner mit einer mittelschweren bis schweren Demenz suchen häufig Kontakt zu anderen Personen und halten sich gerne dort auf, wo etwas geschieht, sie etwas beobachten können oder Ansprache erhalten. Der Aufenthaltsbereich sollte durch farbliche Gestaltung und Ausstattung anziehend gestaltet werden und die Bewohner sollten dort immer einen Ansprechpartner (Präsenzkraft) finden. Eine Toilette in der Nähe des Aufenthaltsbereichs erspart Wege und lässt die Präsenzkraft immer in der Nähe sein.

Die Schaffung eines großen Aufenthaltsbereichs ermöglicht die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten, die Durchführung von Aktivitäten im Wohnbereich, gibt Ruhemöglichkeiten in der Gemeinschaft und erlaubt auch passive Teilhabe am Geschehen im Wohnbereich. Der große Aufenthaltsbereich bietet zudem auch Bewegungsfreiheit. Durch Integration oder direkt offene Angliederung einer Wohnküche können die Bewohner in die Zubereitung der Mahlzeiten einbezogen werden.

### **2.3.2 Schaffung einer wohnlichen Atmosphäre**

Die Gestaltung des Wohnbereichs trägt wesentlich dazu bei, dass sich Bewohner mit Demenz zu Hause fühlen und vermindert Verhaltensauffälligkeiten. Alle Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen der Renovierungsarbeiten ein Augenmerk auf die Farbgestaltung gelegt und sich überwiegend für warme pastellfarbene Wandfarben anstelle des bisherigen weißen Anstrichs entschieden. Zum Teil wurden Tapeten mit „älterem“ Muster gewählt. In die Aufenthaltsbereiche wurden neben reinen Sitzgelegenheiten am Tisch bequeme Sessel oder Sofas gestellt, die zum Hinsetzen und Ausruhen einladen. Teilweise wurde die Raumaufteilung so gestaltet, dass etwas abseits ein Ruhebereich entstand, in dem Bewohner sich ausruhen und dennoch akustisch und auch visuell an den Aktivitäten der anderen teilhaben können.

Alte Sekretäre, Wohnbuffets und Kommoden wurden beschafft und geben den Aufenthaltsbereichen jetzt einen wohnlichen Charakter. Die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen haben dazu Flohmärkte aufgesucht, Haushaltsauflösungen in Zeitungen gesucht und genutzt oder gezielt bei Bekannten und Angehörigen von Bewohnern nach älteren Gegenständen gefragt, die teilweise auf Dachböden schlummerten. Insbesondere in der ländlichen Gegend wurden die Pflegeeinrichtungen dabei schnell fündig. So konnte mit begrenztem finanziellen Einsatz

eine Vielzahl älterer Möbel und Gegenstände zusammengetragen werden, die den Aufenthaltsbereichen und Fluren jetzt einen vertrauten und heimeligen Charakter geben

### **2.3.3 Verfügbarkeit einer Küche**

Eine Küche im Wohnbereich fördert die Wohnqualität und bietet in der Versorgung von Menschen mit Demenz zahlreiche Vorteile. Mobile und aktive Bewohner können in hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Abspülen, Abtrocknen oder Hilfe bei der Zubereitung von einfachen Speisen mit einbezogen werden. Lebensmittel können im Wohnbereich vorgehalten werden, um so besser auf die individuellen Bedürfnisse und aktuellen Wünsche der Bewohner eingehen zu können. Die Sicherstellung einer ausreichenden Ernährungssituation stellt insbesondere bei Menschen mit Demenz häufig ein Problem dar (Weibler, 2005). Wenn Mahlzeiten auf dem Wohnbereich zubereitet werden, können die Bewohner durch die Essensgerüche auf die Mahlzeiten eingestimmt und zum Essen angeregt werden. Dies ist bei einem Tablettsystem und der Zubereitung der Mahlzeiten in einer Zentralküche nicht möglich. Auch weitere Möglichkeiten wie Brotbackautomaten, Teiglinge für Brötchen und Kaffeemaschinen wurden sehr erfolgreich genutzt, um entsprechende Gerüche zu verbreiten und so die Bewohner auf bestimmte Tageszeiten oder Mahlzeiten einzustimmen.

### **2.3.4 Schaffung von taktilen und visuellen Reizen**

Menschen genießen es, mit ihrer Umgebung zu interagieren. Diese ist in einer Pflegeeinrichtung jedoch wesentlich reizärmer gestaltet als das gewohnte häusliche Umfeld, in dem die Bewohner gelebt haben. Insbesondere Menschen mit Demenz sind darauf angewiesen, dass Angebote und Reize von außen geschaffen werden. Eine Umgebung, die hierfür genügend Möglichkeiten bietet, kann den Wunsch, sich Dinge von anderen Bewohnern „auszuleihen“, vermindern. Bilder oder Wandbehänge aus verschiedenen Materialien an den Wänden laden die Bewohner dazu ein, sie zu berühren und bieten ebenso wie Schaukästen (Vitrinen) und gemusterte Tapeten eine Möglichkeit für sensorische Stimulation und Erkundung. Objekte zur visuellen Stimulation müssen dabei, um wahrgenommen zu werden, auf Augenhöhe angebracht sein.

Neben Bildern und Wandbehängen aus verschiedensten Materialien nutzten die Pflegeeinrichtungen im Projekt auch Taschen, Hüte und andere Gegenstände, die sie sichtbar in dem Aufenthaltsbereich und den Fluren ablegten.

### **2.3.5 Verbesserte Orientierungsmöglichkeiten**

Ein frühes Symptom der Demenz ist der Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierungsfähigkeit. Nicht selten ist gerade dies der Grund für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Die Bewohner in stationären Einrichtung bedürfen daher besonderer Unterstützung, um sich in den Einrichtungen zurechtfinden zu können. Sie müssen nicht nur den Aufenthaltsbereich, sondern auch das eigene Zimmer finden können. Hilfreich sind hierbei Orientierungshilfen, zu denen die Bewohner einen persönlichen Bezug haben. Hinweise, Schilder und Kennzeichnungen mit eigenen Fotos aus Jugendtagen, Lieblingsblumen oder dem Lieblingstier wurden angebracht, um so die Orientierung zu unterstützen.

### **2.3.6 Erinnerungs- und Themennischen**

Erinnerungs- und Themennischen helfen, lange Flure oder tatsächlich vorhandene Nischen thematisch zu gliedern und bei den Bewohnern Erinnerungen an frühere Zeiten hervorzurufen. Ideal sind dabei Utensilien, die den Bewohnern von „damals“ noch vertraut sind. Die verschiedensten Themen kommen dafür in Frage. Eine Wand kann mit regional bedeutsamen Bildern (Stadtregionen, Landschaften oder einzelnen Gebäuden) gestaltet werden, zu denen die Bewohner einen Bezug haben. Berufliche Themen (Haushalt, Werkzeuge), Modecke, Frisiersalon, Handarbeit- oder Nähutensilien, Schuhschrank, ein altes Radio, Schreib-

ecke oder Büro, landwirtschaftliche Gegenstände, die Jagd oder religiöse Themen können angesprochen werden. Tastbilder, Zeitschriften, Fotoalben oder Schubladen, in denen gesucht werden kann, sind hilfreich. Erinnerungsalben, Erinnerungs- oder Lebenskisten für einzelne Bewohner können individuell bedeutsame Anhaltspunkte liefern. Entscheidend ist der biografische Hintergrund der Bewohner, die in der Einrichtung versorgt werden.

## **2.4 Tagesbegleitung**

Die Einrichtung einer kontinuierlichen Tagesbegleitung war ein zentrales Element der Versorgungsoptimierung und Steigerung der Lebensqualität der Bewohner mit Demenz.

Menschen mit Demenz sind nur sehr eingeschränkt in der Lage, alltägliche Beschäftigungen eigenständig zu initiieren oder über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten. Im Rahmen des Projektes sollten im Demenzwohnbereich Aktivitäten stattfinden oder die Bewohner in alltägliche Tätigkeiten mit einbezogen werden, um ihnen damit Beschäftigung, aber auch Sinnhaftigkeit und das Gefühl, etwas Nützliches zu tun, zu geben. In der Gemeinschaft soll ein Stück Alltag gelebt werden (Riesner, 2005). Dies setzt voraus, dass ständig eine Tagesbegleitung, eine sog. Präsenzkraft, anwesend ist und strukturierend, aktivierend und auch moderierend tätig wird.

Von dieser Präsenzkraft gingen für alle Beteiligten positive Effekte aus. Für die Bewohner stand ständig eine vertraute Person zur Verfügung, wodurch sich Unruhe und Wandlungstendenzen reduzierten. Die Angehörigen fanden jederzeit einen Ansprechpartner. Die anderen Pflegekräfte konnten beruhigt ihre Pflegeverrichtungen in den Bewohnerzimmern durchführen; sie mussten nicht mehr permanent in der Sorge leben, dass weglaufgefährdete Bewohner unbeobachtet den Wohnbereich verließen. Die kontinuierlich im Tagesverlauf stattfindenden gemeinsamen Aktivitäten führen letztendlich zu einem gesunden Müdigkeitsgefühl am Abend, so dass nächtliche Unruhephasen reduziert werden.

Die Tagesbegleitung wird in den Projekteinrichtungen sowohl von Pflegefachkräften als auch Mitarbeitern ohne pflegefachliche Qualifikation wahrgenommen. Einige Einrichtungen setzen stundenweise auch Hauswirtschaftskräfte, den Koch, Mitarbeiter aus der Verwaltung oder der sozialen Betreuung ein. Diese Mitarbeiter haben an den umfangreichen Qualifizierungsmaßnahmen, die vom MDK Rheinland-Pfalz im Rahmen des Demenzprojektes angeboten wurden, teilgenommen. In einigen Einrichtungen stehen zusätzlich Ehrenamtliche, Praktikanten und 1-Euro Kräfte zur Verfügung, die die Arbeit der festen Mitarbeiter in der Tagesbegleitung unterstützen.

Die Tagesbegleitung ist unterschiedlich geregelt. In einigen Einrichtungen wird die gesamte Schicht von einer Kraft wahrgenommen, der Wechsel erfolgt dann tage- oder wochenweise. In anderen Einrichtungen beteiligen sich mehrere Pflegekräfte innerhalb der Schicht und bieten unterschiedliche Schwerpunkte in der Tagesbegleitung. Die Form der Organisation der Tagesbegleitung hängt zum einen wesentlich von den Möglichkeiten der Einrichtungen ab, zum anderen davon, ob der gesamte Wohnbereich umgewidmet wurde oder ob die Tagesbetreuung der Bewohner mit Demenz in einen Wohnbereich integriert wurde. Beide Formen der Organisation haben positive Aspekte.

Durch die kontinuierliche Anwesenheit einer Tagesbegleitung können gleichermaßen die Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung der Bewohner positiv beeinflusst werden. In den verschiedenen Einrichtungen wird dies in ganz unterschiedlicher Weise angeregt. In einer Einrichtung wird in regelmäßigen Abständen durch die Tagesbegleitung das Lied „Ein Prosit, ein Prosit der Gemütlichkeit“ angestimmt, das Glas gehoben und den Bewohnern zugeworfen. Beinahe wie selbstverständlich stimmen die Bewohner ein, heben ebenfalls ihr Glas und trinken mit Genuss. In anderen Einrichtungen werden während der täglichen Aktivitäten regelmäßig Getränke angeboten. Auch hier wird das Trinken als gemeinschaftliche Aktivität er-

lebt. Hilfreich ist, wenn die Pflegekräfte mittrinken und durch ihr Tun zum Nachahmen anregen.

Auch die Nahrungsaufnahme verändert sich zum Positiven. Angereicherte Shakes, Snacks oder Fingerfood verbessern die Ernährungssituation deutlich. Die Teilnahme der Pflegekräfte an den Mahlzeiten wirkt auch hier positiv auf das Ernährungsverhalten. Vorspeise, Hauptgang und Nachtisch werden einzeln und nacheinander angeboten und die Bewohner nicht durch das gleichzeitige Servieren überfordert und verunsichert. Tischgemeinschaften für Bewohner, die noch mit den Fingern alleine essen können, ermöglichen diesen die Bewahrung dieser Selbstständigkeit. In manchen Wohnbereichen beginnt der Tag mit einem gemeinsamen Frühstück. Dabei werden die Brote oder Brötchen nicht vorbereitet, sondern die Bewohnern bereiten sich ihr Brot selbst oder auch für andere individuell nach den aktuellen Wünschen. Bewohner fingen so plötzlich wieder an, ihr Brot oder Brötchen selbst zu bestreichen. Bewährt haben sich auch im Zusammenhang mit den Mahlzeiten Rituale wie das gemeinsame Gebet oder ein bestimmter Spruch zu Beginn des Essens.

Die täglich gemeinsam mit den Bewohner durchgeführten Aktivitäten sind vielfältig und hängen auch von Kreativität, Erfahrung und Engagement der Tagesbegleitung ab. Gemeinsames Singen, Vorlesen aus der Tageszeitung, Geschichten und Witze erzählen oder Reime aufsagen sind beliebt. Auch individuelle Beschäftigungen wie mit einem Bewohner sein Erinnerungsalbum ansehen werden durchgeführt.

Es bietet sich an, die Bewohner in Alltagstätigkeiten einzubeziehen. Bewohner, die noch ausreichend mobil sind, decken den Tisch. Gemeinschaftlich werden Kuchen und Waffeln gebacken, die anschließend in der Gruppe verspeist werden. In einer Einrichtung wurde es gute Sitte, dass einmal in der Woche nachmittags der Koch mit seiner mobilen Küche auf den Wohnbereich kommt. Die Bewohner schälen und schneiden dann beispielsweise gemeinsam Äpfel, aus denen der Koch Apfelpfannkuchen für das Abendessen backt. Natürlich hat dies positive Auswirkungen auf die Menge, die verzehrt wird. Auch Geschirr spülen und abtrocknen, bügeln, Wäsche zusammenlegen oder kleine Flick- oder Stickarbeiten sind möglich. Die Angebote werden dabei immer individuell auf die Bewohner und deren Lebensgeschichte abgestimmt.

## **2.5 Wertschätzender Umgang**

Die Erkrankung Demenz löst nicht nur bei den Betroffenen selbst, sondern auch bei ihrer Umwelt Ängste und Betroffenheit aus. Davon sind auch Pflegekräfte nicht ausgenommen. Mit Fortschreiten der Demenz und den damit verbundenen kognitiven Einschränkungen, Verhaltensauffälligkeiten und Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit neigt die Umgebung dazu, die Bestimmung über die betroffenen Personen zu übernehmen. Sie werden als Person mit DEMENZ und nicht als PERSON mit Demenz gesehen (Kitwood, 2000). Zunehmend werden sie in Entscheidungen nicht mehr eingebunden, bis sie schließlich gänzlich die Bestimmung über sich selbst verlieren. Nach Kitwood liegt das Problem der Demenz nicht in dem Kranken, der die Demenz „hat“, sondern kommt aus der gestörten Interaktion und Kommunikation zwischen Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz. Es kommt zu Missverständnissen und Störungen, in deren Folge zu herausforderndem Verhalten seitens der Menschen mit Demenz, die sichtbar und vordergründig zum eigentlichen „Problem“ werden.

Menschen mit Demenz haben häufig sogar eine sehr feinfühlige Empfindung für Spannungen und Disharmonie, die in ihrer Umgebung auftreten. Individuelle Bedürfnisse sind nach wie vor vorhanden. Sie sind durchaus in der Lage, in alltäglichen Belangen für sich selbst Entscheidungen zu treffen, wenn ihnen Wahlmöglichkeiten adäquat angeboten werden. Menschen mit Demenz in ihrem Personsein zu stärken und ihnen ein Personsein zu ermöglichen, stellen daher wesentliche Anforderungen an die Mitarbeiter dar, die in die Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz eingebunden sind.

Das Kennen, die Beachtung und die bewusste Umsetzung der Interaktionsformen für eine positive Personenarbeit tragen dazu bei, dass in der täglichen Arbeit mit Menschen mit Demenz mehr und mehr eine wertschätzende Interaktion entstehen kann. Der wertschätzende Umgang der Mitarbeiter mit den Bewohnern drückt sich in vielerlei Weise aus. Wurde z. B. früher mit dem Bewohner diskutiert, dass es unmöglich sein kann, dass er bereits jetzt wieder ein Hungergefühl verspüre, da er gerade erst seine Mahlzeit beendet hat, wird der Bewohner heute mit seinem subjektiven Problem angenommen und man versucht, gemeinsam eine Lösung zu finden. Diese kann darin bestehen, dass Nahrung, die jetzt ja auf den Wohnbereichen vorrätig ist, angeboten wird. Ängste und Unwohlsein von Bewohnern werden heute deutlich früher bzw. überhaupt wahr- und ernstgenommen. Mitarbeiter können einen Bewohner jetzt auch einmal in den Arm nehmen, ihn trösten oder ihn einfach nur halten. So sieht man heute in den teilnehmenden Projekteinrichtungen auch Mitarbeiter zusammen mit einem Bewohner im trauten Zwiegespräch auf dem Sofa sitzen.

Die Bewohner werden jetzt häufiger gelobt, wenn etwas gelingt, und nicht wie früher immer nur für ihre Missgeschicke angeprangert. Fehlhandlungen, wie das Umwerfen einer Blumenvase führen nicht mehr zu lautstarken Anklagen, sondern der Bewohner wird getröstet und das Malheur beseitigt.

In den Wohnbereichen gibt es erkennbar mehr Fröhlichkeit und Lachen, was sich auch positiv auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter wirkt. Durch die Aufmerksamkeit und Akzeptanz, die die Bewohner erfahren, werden diese ruhiger, ausgeglichener und können den Mitarbeitern auch positive Impulse und Wertschätzung zurückspiegeln. Dies ist etwas, was die Mitarbeiter heute nicht mehr missen wollen und was sie in ihrem täglichen Tun und Handeln bestärkt.

## **2.6 Demenzspezifische Pflegekonzepte**

Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ihr pflegerisches Angebot in einem Pflegekonzept zu definieren. Damit soll allen Mitarbeitern, die am Pflegeprozess beteiligt sind, eine Handlungsorientierung geboten werden (Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung, 1996). Es präzisiert die Zielsetzung, bietet Strukturierungshilfen für die Pflegepraxis und regelt Organisation sowie Arbeitsweise des Pflegebereichs und der pflegenden Mitarbeiter (MDS, 2005). Pflege theoretisch basieren die Pflegekonzepte zurzeit überwiegend auf dem „Modell der fördernden Prozesspflege“ von Monika Krohwinkel, welches u. a. das Strukturmodell der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL)“ umfasst. Die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz werden in diesen Beschreibungen nur unzureichend berücksichtigt. Pflege theoretische Modelle, die auch die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigen, sind z. B. der Personenzentrierte Ansatz von Tom Kitwood (Kitwood, 2000), die erlebnisorientierte Pflege von Cora von der Kooij (Schindler, 2003) und der psychobiografische Ansatz von Erwin Böhm (Böhm, 2004).

Eine spezielle Ausrichtung auf die Förderung, Pflege und Begleitung von Bewohnern mit Demenz war bisher in den Konzepten der an dem Projekt teilnehmenden Pflegeeinrichtungen nicht vorgesehen. Um die Einrichtungen bei der Anpassung und Umsetzung ihrer Pflegekonzepte zu unterstützen, wurde in dem Projekt „Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“ ein Arbeitskreis „Pflegekonzept“ eingerichtet.

### **2.6.1 Inhalte der Pflegekonzepte**

Für die Anpassung der Pflegekonzepte an die Bedürfnisse für Menschen mit Demenz wurden Eckpunkte und obligatorische Inhalte definiert. Die Pflegekonzepte sollten dabei zu folgenden Bereichen Aussagen treffen:

- Leitbild
- Pflegemodell
- Gestaltung der Pflege und Begleitung
- Personal
- räumliche Gestaltung
- qualitätssichernde Maßnahmen
- Kooperation/Zusammenarbeit

Eine weitere Ausgestaltung der Inhalte der Pflegekonzepte ist beispielhaft im Folgenden dargestellt.

### **2.6.2 Tagesgestaltung, Tagesbegleitung und Präsenzdienst für den Wohnbereich**

In einem Wohnbereich für Bewohner mit Demenz stehen bezüglich der Förderung, Pflege und Begleitung der Bewohner andere Kriterien im Vordergrund, als dies üblicherweise in der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen der Fall ist.

Zentrales Element ist dabei eine kontinuierliche Tagesbegleitung oder auch der „Präsenzdienst“. Folgenden Themen sollten dazu im Pflegekonzept konkretisiert werden

- Stellenwert der Aufgabe
- Tätigkeiten
- mögliche Qualifikation
- Kompetenzen und Arbeitszeiten

### **2.6.3 Mahlzeitengestaltung (Essen und Trinken)**

Die Mahlzeiten sind in stationären Pflegeeinrichtungen ein wesentliches Element der Tagesstrukturierung. Im Alter lassen Appetit und Hungergefühl nach (Lankisch, 2002; Seiler, 1999; Weibler, 2005), deshalb ist eine ansprechende Gestaltung der Mahlzeiten für eine ausreichende Ernährung von wesentlicher Bedeutung. Dies trifft insbesondere für Menschen mit Demenz zu, die aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen in diesem Bereich der besonderen Unterstützung bedürfen. Die Gestaltung der Mahlzeiten kann wesentlich dazu beitragen, dass das Essen nicht nur aufgenommen, sondern auch genossen wird. Insbesondere bei dem Problem, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu gewährleisten, haben sich Rituale oder feste Zeiten, zu denen etwas zu Trinken angeboten wird, als sehr positiv und hilfreich erweisen. Folgende Eckpunkte für den Bereich Essen und Trinken wurden identifiziert:

- Das Motto – „Wenig Muss, viel Genuss“
- Gemeinschaft erleben
- Getränke
- Gestaltung
- Essenszeiten
- Biografieorientierung

### **2.6.4 Vernetzung mit anderen Diensten / Kontakte innerhalb und außerhalb der Einrichtung**

Die Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen wird bei zunehmendem Belegungsanteil dieser Bewohner weiter an Bedeutung gewinnen. Die personellen Ressourcen der Pflegeeinrichtungen können auch aus wirtschaftlichen Gründen nicht beliebig erhöht werden. Daher gilt es, mögliche unterstützende Strukturen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Pflegeeinrichtung zu identifizieren und zu überlegen, ob und wie diese am besten nutzbringend in der Pflegeeinrichtung eingebunden werden können. Dies setzt immer eine konkrete Planung und Konzepterstellung voraus. Herauszustellen gilt es, dass diese unterstützenden Strukturen niemals Pflegefachpersonal er-

setzen können, sondern nur zusätzlich, also unterstützend, für die Mitarbeiter in der Tagesbetreuung eingesetzt werden können. Zum Thema Vernetzung/Kontakte wurden die folgenden Eckpunkte erarbeitet:

- Organisation
- Ehrenamtliche
- Angehörige
- Gemeinde
- Kinder/Jugendliche
- Verein zur Förderung der Seniorenarbeit

### **2.6.5 Angehörigenarbeit**

Angehörige nehmen eine wesentliche Rolle in der Versorgung dementer Menschen ein. Sie stellen quasi das Bindeglied zur Biografie dieser Personen dar. Sie können wichtige Informationen liefern, die die Verhaltensweisen der Bewohner für die Pflegekräfte erklärbar und damit besser tolerabel und akzeptabel machen. Ebenso stellen sie einen wichtigen Bezugspunkt zur Erhaltung der eigenen Identität von Menschen mit Demenz dar. Sie können immer wieder an alte Geschichten der Familie anknüpfen und dadurch Erinnerungen wachrufen. Angehörige sollten daher ermutigt werden, sich aktiv einzubringen. Sie sind Partner und kein störendes Element. Für Menschen mit Demenz ist es wichtig, in einer Umgebung wie einer Pflegeeinrichtung, die häufig wenig Bezugspunkte zur früheren häuslichen Umgebung und damit wenig Vertrautes bietet, regelmäßig Kontakt zu ihnen vertrauten Menschen zu haben. Für Angehörigenarbeit gilt insbesondere, wie auch für die Vernetzung und Kontakte innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtung, dass eine klare Festlegung von Verantwortlichkeit und zeitlichen Ressourcen absolut notwendig ist.

Zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen wurde das Thema Angehörigenarbeit intensiv behandelt und die folgenden Eckpunkte definiert:

- Angehörige als Ressource
- Information
- Gespräche
- Vertrauensbasis schaffen durch ...
- Angehörigentreffen
- Kontakte zu Freunden/Bekannten fördern

### **2.6.6 Biografiearbeit**

Das Wissen um die Herkunft und Vergangenheit eines Menschen ist wichtiger Parameter in der Arbeit mit Menschen mit Demenz. Während orientierte Bewohner über ihre Vergangenheit berichten können, ist dies Menschen mit Demenz nicht möglich. Es fehlt ihnen der „rote Faden“ durch ihr Leben. Handlungs- oder Verhaltensweisen, die in der Gemeinschaft einer Pflegeeinrichtung als unsinnig oder störend empfunden werden, können nur dann in den Kontext eingeordnet, akzeptiert oder gesteuert werden, wenn der biografische Hintergrund dafür bekannt ist.

So pflegte die Bewohnerin einer Projekteinrichtung regelmäßig nachts aufzustehen und sich in den Aufenthaltsbereich zu begeben. Dort hantierte sie ein Weile herum und legte sich dann auf das Sofa zum Schlafen. Dieses Verhalten wurde von den Pflegekräften immer wieder unterbunden, was zum Teil zu massiven Konflikten zwischen Bewohnerin und Pflegekräften geführt hatte. Durch Gespräche mit Angehörigen erfuhren die Pflegekräfte, dass diese Bewohnerin es gewohnt war, nachts lange in ihrem Wohnzimmer zu arbeiten und sich dann dort auf dem Sofa zum Schlafen zu legen. Mit diesem Wissen war es für die Pflegekräfte einfacher, diese nächtlichen Aktivitäten zuzulassen, da sie ja ein Stück „sich zu Hause fühlen“ durch die Bewohnerin zum Ausdruck brachten.

Der Biografiearbeit besitzt bei der Versorgung von Menschen mit Demenz eine zentrale Rolle. Zu diesem Thema wurden im Arbeitskreis die folgenden Eckpunkte herausgearbeitet:

- Methoden
- Formen der ...“
- beachten bei ...“
- als Bestandteil pflegerischen Handelns
- Nutzen für Bewohner

### **2.6.7 Maßnahmen der Qualitätssicherung**

Als Maßnahmen der Qualitätssicherung im Wohnbereich wurden beispielhaft die Themen

- Pflegevisite
- Bewohnerbesprechung
- DCM

besprochen, Eckpunkte erarbeitet und diese weiter inhaltlich ausgestaltet.

### **2.6.8 Konzepterstellung und Rückmeldung**

Die im Verlauf des Projektes entwickelten Konzepte für die Wohnbereiche und die Gestaltung der Pflege und Abläufe spiegeln in Sprache, Formulierung, Struktur und Inhalten die Individualität der jeweiligen Einrichtung wider. Während zu Beginn des Projektes noch vermehrt die Erwartung bei den Teilnehmern vorhanden war, Vorgaben und Anforderungen an Konzept und dessen Umsetzung zu erfahren, so stellte sich im Verlauf der gemeinsamen Arbeit heraus, dass jede Projekteinrichtung ihren eigenen Weg, eigene Konzepte und Umsetzungsstrategien herausarbeiten muss. Die Erkenntnis, dass es nicht einen optimalen Weg für alle, sondern den optimalen Weg für die eigene Einrichtung im Speziellen zu finden galt, setzte sich durch. Das Wissen, dass planvolles und zielgerichtetes Handeln sinnvoll ist, an anderer Stelle Ressourcen freisetzt und zeitraubende Umwege erspart, war auch bei den Leitungspersonen der Pflege oft vom Alltagsgeschehen überlagert. So wurde im Projekt deutlich, dass die Leitungsebene in der Pflege letztlich mit den gleichen Schwierigkeiten kämpft, wie ihre Mitarbeiter in der direkten Pflege. Regelmäßig müssen die Pflegekräfte sich mit dem Vorwurf auseinandersetzen, die Pflegeplanung zu vernachlässigen. Die notwendige Pflegeplanung wird daher als lästiges Übel deklariert, das Zeit koste, die dann im Pflegealltag fehlt.

Konzeptionelles und strukturiertes Vorgehen erfolgte im Projekt zunächst nur in Teilbereichen. Pflegenden sind offensichtlich Fachkräfte, die mit hoher Motivation eher aus den Erfahrungen in der Praxis lernen als sich an theoretischen Konzepten und modellhaften Planungen zu orientieren. Besonders anregend und wichtig war deshalb für die Teilnehmer des Arbeitskreises einerseits der gegenseitige Austausch über die konkreten Erfahrungen aus anderen Einrichtungen, andererseits wurde so aber auch immer wieder der Aspekt des geplanten, strukturierten und schrittweisen Vorgehens in den Arbeitskreis hinein gebracht. Dadurch konnten diese Arbeitsweise und die dadurch zu erzielenden Vorteile für die Teilnehmer konkret erfahrbar gemacht werden.

## **2.7 Organisationsentwicklung – Fördernde und hemmende Faktoren**

Um unter den vorgefundenen Bedingungen, ohne finanzielle Unterstützung und ohne Erhöhung der Pflegesätze, eine weitreichende Umgestaltung mit der Neueinrichtung demenzspezifischer Wohneinheiten vornehmen zu können, müssen innerhalb der Pflegeeinrichtung alle Arbeitsabläufe analysiert, kritisch bewertet und angepasst werden. Dies ermöglicht nicht nur eine erfolgreiche Einführung des Konzeptes, sondern hat auch langfristig einen günstigen Effekt auf die Nachhaltigkeit der Veränderungen. Die Nachhaltigkeit ist bei subventionierten Projekten ja häufig gerade dadurch gefährdet, dass nach Projektende, wenn die finanzielle

Unterstützung nicht mehr gegeben ist, die Projektstrukturen nicht weiter aufrecht erhalten werden können.

In der Umsetzung der Pflegekonzepte für den Wohnbereich für Menschen mit Demenz nahmen sechs der acht Projektteilnehmer die angebotene Hilfestellung durch Praxisbesuche der Projektmitarbeiter vor Ort in Anspruch. Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Umsetzungsphase waren nicht die Häufigkeit der Praxisbesuche. Diese konnten nur Anschubhilfe und Unterstützung der Aktivitäten vor Ort sein und waren auch als solche gedacht. Eigeninitiative, Motivation und Ressourcen vor Ort spielten die entscheidende Rolle. Hier ist insbesondere die Position der Wohnbereichsleitung zu betonen.

### **2.7.1 Die Wohnbereichsleitung als Schlüsselposition**

Die verantwortliche Pflegefachkraft, in diesem Fall die Wohnbereichsleitung, besetzte die entscheidende Position, um dem Projekt einen positiven Verlauf zu geben. Wie es für die Qualität der Pflege in der Gesamteinrichtung gilt, dass hier die Pflegedienstleitung prägend ist, so sind für den einzelnen Wohnbereich die Qualifikation, das Pflege- und Führungsverständnis der Wohnbereichsleitung maßgeblich für die gelebte und erreichte Pflegequalität (Krebs, 1998). In der entscheidenden Umsetzungsphase ist die Pflegedienstleitung zu weit vom tatsächlichen Geschehen entfernt. Die Wohnbereichsleitung ist direkt vor Ort, kann motivieren, führen, Vorbild sein und so Veränderungen bewirken. Um positive Veränderungen bewirken zu können, ist sie aber auch von den Rahmenbedingungen des Trägers abhängig.

Die Wohnbereichsleitung hat insbesondere bei der Einbindung der Mitarbeiter eine herausragende Position. Sie ist entscheidend für die Akzeptanz des Projektes, die Motivation der Mitarbeiter und für die Umsetzung in der Praxis verantwortlich. Regelmäßige Besprechungen (Projektbesprechungen, Teambesprechungen, Bewohnerbesprechungen) im Wohnbereich sind notwendig.

Die Vorbildfunktion der Wohnbereichsleitung entscheidet darüber, in welchem Ausmaß die Mitarbeiter die für die Pflege notwendigen Haltungen verinnerlichen, Verhaltensweisen im Umgang mit Menschen mit Demenz erlernen und Einstellungen verändern. Die Wohnbereichsleitung ist quasi „Modell“, an dem durch Beobachtung und Imitation Verhaltensweisen durch die Mitarbeiter erlernt werden können. Zieht sich die Wohnbereichsleitung eher in administrative Tätigkeiten zurück und vernachlässigt den Bewohnerkontakt, so nimmt sie sich damit auch die Chance, Mitarbeitern in der Pflege Verständnis, Haltungen und den richtigen Umgang mit den Bewohnern zu vermitteln. Freistellung für administrative Aufgaben ist notwendig, ohne aber der Kontakt zum Bewohner und die Mitarbeit in der direkten Pflege zu vernachlässigen.

### **2.7.2 Einbindung der Mitarbeiter**

Zusätzlich zur Wohnbereichsleitung ist es ratsam ggf. weitere einzelne Mitarbeiter in die Konzepterstellung einzubeziehen. So können Informationsdefizite in der Umsetzungsphase vermieden werden. Es kommt zu einer besseren Akzeptanz des umzusetzenden Konzepts und die Mitarbeiter können die Vorteile eines konzeptionellen Arbeitens selbst erfahren. Hier sind jedoch immer die Kapazität des einzelnen (Überforderung vermeiden) und die allgemeinen personellen Ressourcen zu berücksichtigen.

### **2.7.3 Die Position des Trägers**

Auch der Träger hat einen entscheidenden Anteil an Erfolg oder Misserfolg von Umgestaltungs- und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen. Die Qualifikation sowie das Pflege- und Führungsverständnis der Pflegedienstleitung haben beträchtliche Auswirkungen auf die Qualität der Pflege in Struktur, Prozess und Ergebnis. Hinzu kommt aber immer, „dass die vom

Träger vorgegebenen Strukturen (konzeptioneller, personeller und baulicher Art), die Arbeit von qualifizierten Führungskräften positiv aber auch negativ beeinflussen“ (Krebs, 1998, S. 19).

#### **2.7.4 Anpassung der Prozesse, Erfolge und Grenzen**

Die Umsetzung hatte mit dem vorhandenen Personal zu erfolgen. Dabei galt es, die vorhandene Organisationsstruktur zu durchleuchten, wo möglich umzugestalten und „Zeitfresser“ zu identifizieren und zu eliminieren. Dies spiegelte sich im Effekt z. B. in flexibler Dienstplangesaltung, Jahresarbeitszeitkonten, einer angemessenen Zahl an Teilzeitkräften, begrenzter Zahl an Aushilfen, Veränderung der Übergabezeiten und -modalitäten, Integration von Hauswirtschaftskräften in das Team, Delegation von Aufgabenbereichen (wie Wäsche, Inkontinenzmaterial) wider.

Unter Einbeziehung und Optimierung all dieser Maßnahmen gelang es den Projekteinrichtungen, die neuen Konzepte erfolgreich umzusetzen. Die beteiligten Pflegeeinrichtungen stimmen überein, dass bei Ausnutzung des genannten Potenzials die Umsetzung machbar ist, ein reibungsloser Ablauf aber nur gewährleistet werden kann, wenn im Wohnbereich keinerlei Besonderheiten auftreten. Die Neuaufnahme von mehreren Bewohnern oder auch nur einem Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten oder die Erkrankung von mehreren Bewohnern können das fragile Gleichgewicht sehr schnell stören und die Mitarbeiter an den Rand ihrer Belastungsfähigkeit bringen.

Positiv wird von den Projekteinrichtungen allerdings auch bewertet, dass durch die neue Form der Förderung, Pflege und Begleitung der Bewohner mit Demenz Ressourcen freigesetzt werden. So ist es heute den Pflegekräften möglich, pflegerische Tätigkeiten ohne Unterbrechung und Störungen durchzuführen. Durch die Verminderung von Konflikten zwischen den Bewohner entfällt viel Zeit, die früher zum Schlichten von Konflikten erforderlich war. Auch die Angehörigen der Bewohner spüren die Veränderungen und fühlen ihre in der Pflegeeinrichtung lebenden Angehörigen besser versorgt und aufgehoben. Damit hat sich auch der Umgang mit den Angehörigen der Bewohner verbessert und der dafür erforderliche Zeitaufwand verringert. Hierbei kommt der Tagesbegleitung, die ohne großes Suchen für die Angehörigen der Bewohner immer verfügbar ist, eine wesentliche Bedeutung zu.

### **2.8 Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter**

Eine umfassende Qualifizierung aller Mitarbeiter ist eine wesentliche Voraussetzung für eine demenzspezifische Umgestaltung der pflegerischen Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Deshalb hatte das Qualifizierungsprogramm einen hohen Stellenwert in dem Projekt, was sich auch in der Ressourcenzuteilung niederschlug. **Alle** Mitarbeiter des neuen Wohnbereichs sollten eine breite fachliche Qualifikation erhalten. Alle Berufsgruppen (Pflegefachkräfte, angelernte Kräfte in der Pflege, Mitarbeiter in der Hauswirtschaft, Köche, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Verwaltungs- sowie Reinigungskräfte und Hausmeister) sollten mit den Qualifizierungsmaßnahmen erreicht werden. Die Inhalte und die Aufbereitung der Inhalte waren daher auf die verschiedenen Personengruppen abgestimmt.

Neben reiner Wissensvermittlung wurden die Fortbildungen darauf ausgerichtet, den Teilnehmern auch eine personenorientierte und wertschätzende Einstellung gegenüber den Bewohnern mit Demenz nahezubringen. Es galt, Akzeptanz auffallenden und herausfordernden Verhaltensweisen gegenüber und die dafür notwendige Handlungskompetenz zu entwickeln. Auf eine praxisnahe Wissensvermittlung wurde Wert gelegt.

Im Rahmen des Projektes hat der MDK Rheinland-Pfalz ein umfassendes Qualifizierungsprogramm mit den Themenbereichen Fachwissen Demenz, Team- und Organisationsentwicklung und die Gestaltung der Pflege und Begleitung entwickelt (Abbildung 2).

|          |                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>A</b> | <b>Medizinisches und juristisches Fachwissen</b>                     |
| Modul 1  | Basiswissen Demenz                                                   |
| Modul 2  | Rechtliche Aspekte                                                   |
|          |                                                                      |
| <b>B</b> | <b>Team- / Organisationsentwicklung</b>                              |
| Modul 3  | Kommunikation für Pflegekräfte / Gespräche im Pflorgeteam            |
| Modul 4  | Gesundheitsförderung für Pflegekräfte                                |
| Modul 5  | Zeitmanagement                                                       |
| Modul 6  | Arbeitsorganisation                                                  |
|          |                                                                      |
| <b>C</b> | <b>Therapeutische Ansätze / Gestaltung der Pflege und Begleitung</b> |
| Modul 7  | Kommunikation mit Bewohnern                                          |
| 7a       | Validation                                                           |
| 7b       | Hilfen zur Kommunikation bei Demenz                                  |
| Modul 8  | Sturz / Sturzprophylaxe                                              |
| Modul 9  | Ernährung                                                            |
| Modul 10 | Pflegekonzepte                                                       |
| 10a      | Der Person-zentrierte Ansatz                                         |
| 10b      | Das Mäeutische Prinzip                                               |
| 10c      | Der Psychobiografische Ansatz                                        |
| Modul 11 | Pflegeplanung und Biografiearbeit                                    |
| 11a      | Handlungsplanung (Pflegeplanung)                                     |
| 11b      | Biografiearbeit                                                      |
| Modul 12 | Beschäftigung und Betreuung                                          |
| Modul 13 | Erinnerungsarbeit                                                    |
| Modul 14 | Milieugestaltung                                                     |
| Modul 15 | Angehörigenarbeit                                                    |
| Modul 16 | Basale Stimulation bei Menschen mit Demenz                           |
| Modul 17 | Inkontinenz                                                          |
| Modul 18 | Dementia Care Mapping (DCM)                                          |
| Modul 19 | Kontaktgestaltung und Aktivitäten                                    |

**Abbildung 2:** Themen der Qualifizierungsmaßnahmen  
*Quelle: Eigene Darstellung*

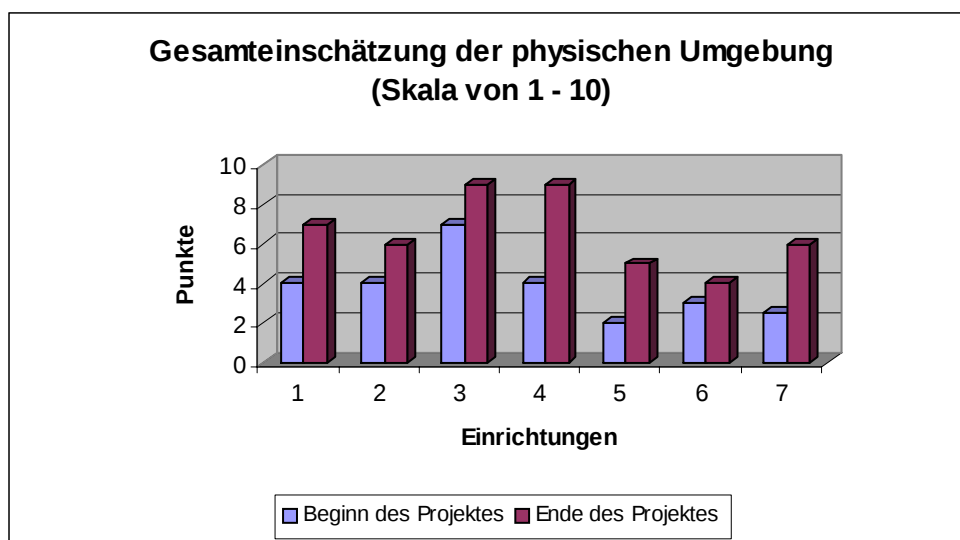
### 3. Ergebnisse

Vorrangiges Ziel des Projektes „Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“ war es nachzuweisen, dass eine demenzgerechte Versorgung in bestehende Pflegeeinrichtungen integriert werden kann. Über diesen Nachweis der Machbarkeit hinaus sollten die bei den Bewohnern und Mitarbeitern eintretenden Effekte mit Hilfe verschiedener Erhebungsinstrumente abgebildet werden.

#### 3.1 Wohnraumanpassung und Milieugestaltung

Die bauliche Anpassung und demenzspezifische Milieugestaltung gehörten zu den Zielen, deren Machbarkeit im hier beschriebenen Projekt unter Beweis gestellt werden sollte. Zur Messung der baulichen und gestalterischen Veränderungen im neu geschaffenen Wohnbereich wurde „The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH)“ eingesetzt. Bei TESS-NH handelt es sich um ein Instrument, das die Qualität der Umgebungsgestaltung für demenzkranke Bewohner misst (Sloane et al., 2002). Es wurde in den USA entwickelt und besteht aus einem im Internet frei abrufbaren Fragebogen und einem Handbuch (Sheps, 2006). Es handelt sich dabei um ein einfaches, aber wissenschaftlich fundiertes Beobachtungsinstrument.

Insgesamt haben die durchgeführten Umbaumaßnahmen und die milieutherapeutischen Gestaltungsmaßnahmen der Demenzwohnbereiche dazu beigetragen, eine Umgebung für die Bewohner mit Demenz zu schaffen, in der sie sich wohl und „zu Hause“ fühlen können. Besonders deutlich wird dies in der Bewertung der Gesamteinschätzung der physischen Umgebung (Skala von 1 – 10). Hier konnten deutliche Verbesserungen nachgewiesen werden (Abbildung 3).



**Abbildung 3:** TESS-NH: Gesamteinschätzung der räumlichen Umgebung  
*Quelle: Eigene Darstellung*

#### 3.2 Verlauf der Demenz

Die Demenz ist eine progrediente Erkrankung, bei der die kognitiven Einbußen immer weiter zunehmen. Der Verlauf der Demenz und der Demenzstadien wurden während des Projektes durch verschiedene Erhebungsinstrumente bestimmt. Eine positive Beeinflussung der De-

menzstadien war im Verlauf des Projektes nicht festzustellen. Ähnliche Verweildauern in den Stadien, wie in der Literatur beschrieben, waren festzustellen.

Allerdings konnte unter den geänderten Rahmenbedingungen und dem entsprechenden Setting festgestellt werden, dass Bewohner „verloren geglaubte“ Fähigkeiten wieder erlangten und damit ein höheres Maß an Selbständigkeit aufwiesen.

### **3.3 Auswirkungen auf die Bewohner**

Die Veränderungen in der baulichen Umgebung, der Gestaltung der Räume und der Einrichtung und in der Kompetenz und Einstellung der Mitarbeiter, die in den Projekteinrichtungen stattgefunden haben, zeigten positive Auswirkungen auf die Bewohner. Hier sollen sie aus der täglichen Wahrnehmung der Pflegekräfte wiedergegeben werden. Dazu wurde mit den Mitarbeitern der Wohnbereiche ein Projektabschlussgespräch durchgeführt. Auf die Frage, welche Erfolge und positiven Veränderungen zu verzeichnen seien und worauf sie besonders stolz seien, gaben sie die folgenden Antworten:

(Die Zahl in Klammern bedeutet die Häufigkeit der Nennungen.)

- Das Leben in den Wohnbereichen außerhalb der Wohngruppe für Menschen mit Demenz ist durch diese neue Wohngruppe ruhiger geworden.
- Es sind weniger Konflikte zu verzeichnen durch mehr Platz und mehr Sitzgelegenheiten, die Bewohner sind ausgeglichener. (2)
- Kaum ein Bewohner läuft mehr weg, es ist kaum noch motorische Unruhe (3) zu verzeichnen.
- Es gibt mehr Gemeinschaft für Bewohner und Gelegenheit zum Mitmachen (2).
- Die Bewohner kennen sich besser, nehmen aufeinander Rücksicht (2) und unterstützen sich gegenseitig, „wie in einer Familie“(3).
- Die Bewohner haben ein Zuhause (2).
- Die Gemeinschaft ist eine fröhliche, zufrieden wirkende Gruppe mit Gemeinsamkeiten und Zusammengehörigkeitsgefühl. Man trifft sich im Wohnzimmer, verbringt den Tag zusammen, genießt es gemeinsam an einem großen Tisch zu sitzen und miteinander etwas zu unternehmen.
- Wir haben ein Motto für den Wohnbereich gefunden „Hier bin ich Mensch, hier darf ich´s sein“ gilt für Bewohner und Mitarbeiter gleichermaßen.
- Die Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohner kommen besser zum Tragen und werden berücksichtigt, so fangen Bewohner bei der gemeinschaftlichen Mahlzeit plötzlich wieder an, ihr Brot oder Brötchen selbst zu schmieren.
- Die Bewohner fühlen sich akzeptiert und sind beschäftigt.
- Es findet eine bessere Kommunikation auch zwischen den Bewohnern statt.
- Bewohner sind ruhig und aufmerksam beim Geschichten lesen und erzählen dann selbst.
- Die Gesamtatmosphäre hat sich deutlich verbessert, es ist jetzt lustiger auf dem Wohnbereich, die Bewohner haben ein positives Selbsterleben und eine verbesserte psychische Verfassung. Bewohner, die früher eher in sich zurückgezogen waren, sind jetzt gelöst und bringen sich in Gespräche ein. Insgesamt sind die Bewohner ausgeglichener.
- Wir sind stolz auf „unseren“ Wohnbereich.
- Es ist eine hohe Einsatzbereitschaft der Mitarbeiter zu verzeichnen.
- Angehörige und Außenstehende geben positive Rückmeldung.
- Die Flüssigkeitsaufnahme der Bewohner hat sich z. B. durch die Einführung von Ritualen verbessert.
- Es besteht ein besserer Überblick über Essen und Trinken der Bewohner.
- Positiv bei den Mahlzeiten sind Schüsseln auf dem Tisch und ein gemeinsames Frühstück von Bewohnern und Pflegepersonal.
- Auffälliges oder herausforderndes Verhalten wird in der homogenen Gruppe eher akzeptiert, findet aber auch nicht so häufig statt.

- Die Bewohner sind abends müde, sie wollen ins Bett, nächtliche Unruhe ist deutlich reduziert.
- Der Einsatz von Psychopharmaka wurde reduziert.

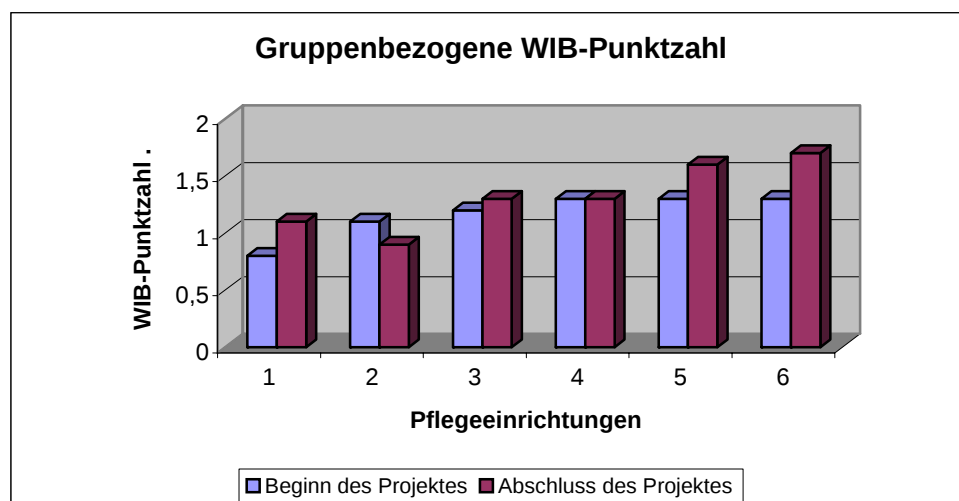
### 3.4 Ergebnisse des Dementia Care Mapping (DCM)

Als Instrument zur Messung des subjektiven Befindens der Bewohner kam in dem Projekt das Dementia Care Mapping (DCM) zum Einsatz (Bradford Dementia Group, 1997). Es ging dabei insbesondere um die Feststellung, ob durch die neue Versorgungsform in speziellen Wohnbereichen für Bewohner mit Demenz deren Wohlbefinden gesteigert werden kann. Die Veränderungen der Pflegequalität in den am Projekt beteiligten Einrichtungen galt es zu ermitteln und deren Auswirkungen zu messen.

Insgesamt kam das DCM im Projekt an zwei Messzeitpunkten zur Anwendung. Eingebunden waren dabei vorwiegend acht ausgebildete Mapper des MDK Rheinland-Pfalz. Das DCM 2 fand nur in sechs der acht Projekteinrichtungen statt. In einer Pflegeeinrichtung wurden geforderte Inhalte des Projektes nicht umgesetzt. In der zweiten Pflegeeinrichtung vollzog sich die Umsetzung so spät, dass der im Vorfeld festgelegte Messzeitpunkt nicht eingehalten werden konnte und eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der anderen Projekteinrichtungen damit nicht mehr gegeben war.

#### 3.4.1 Gruppenbezogene WIB-Punktzahl

Im Langzeitverlauf lässt sich in fast allen Projekteinrichtungen eine Steigerung des relativen Wohlbefindens der zu beiden Messzeitpunkten erfassten Bewohner mit Demenz ( $n = 47$ ) nachweisen. Lediglich in einer der Projekteinrichtungen konnte die WIB-Punktzahl von DCM 1 nicht mehr, in einer anderen Pflegeeinrichtung nur das gleiche Ergebnis erreicht werden. Die anderen vier Pflegeeinrichtungen wiesen eine Steigerung der gruppenbezogenen WIB-Punktzahl von 0,1 bis 0,4 auf. Der Verlauf der gruppenbezogenen durchschnittlichen WIB-Punktzahl zu Beginn und zum Abschluss des Projektes für die einzelnen Projekteinrichtungen ist in Abbildung 4 dargestellt.



**Abbildung 4:** Gruppenbezogene durchschnittliche WIB-Punktzahl in den Demenzwohnbereichen

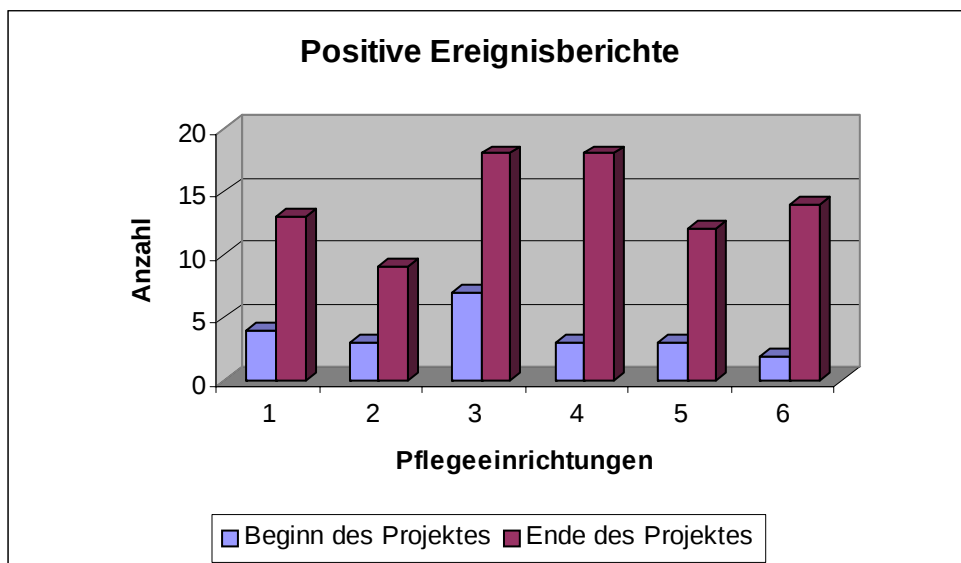
Quelle: Eigene Darstellung

### 3.4.2 Positive Ereignisberichte

Primäres Ziel des DCM ist es, die Pflegequalität zu verbessern und damit zu einer Steigerung des relativen Wohlbefindens der Bewohner mit Demenz beizutragen. Den positiven Ereignisberichten kommt beim DCM deshalb eine zentrale Rolle zu. Positive Ereignisberichte spiegeln Episoden guter Pflegepraxis wider, die auf Interaktionen zwischen Pflegekräften und Bewohnern beruhen und bei den Bewohnern Wohlbefinden auslösen. Sie bilden die innere Haltung der Pflegenden ab. Positive Veränderungen lassen sich damit darstellen. Dabei kann es sich um eine kurze Unterhaltung mit dem Bewohner handeln, eine Geste oder auch das Bemerkten von Stress bei einem Bewohner, der sich durch die Interaktion wieder beruhigen kann. Im Rahmen des Feedbacks kann den Pflegenden durch die Rückmeldung von positiven Ereignisberichten professionelles und einfühlsames Handeln gespiegelt werden, wodurch sie in dieser Haltung bestärkt werden können.

Positiven Ereignisberichte gab es zu Beginn des Projektes nur vereinzelt. Über weite Strecken des Tages waren die Bewohner sich selbst überlassen und hatten wenig Ansprache durch das Pflegepersonal. Mit der Anwesenheit der Tagesbegleitung änderte sich diese Praxis grundlegend, was sich insbesondere in den positiven Ereignisberichten widerspiegelt.

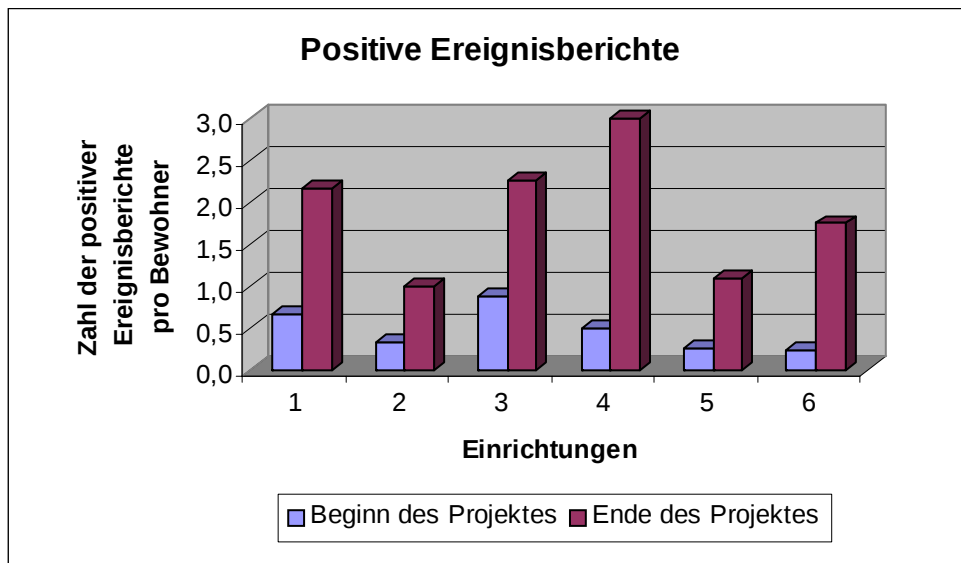
Die Zahl der positiven Ereignisse lag zu Beginn des Projektes zwischen vier und sieben für die gesamte Beobachtungsgruppe. Dies bedeutet, dass bei der ersten Erhebung nicht einmal eine positive Interaktion für jeden Bewohner festzustellen war. Die Zahl der positiven Ereignisse hat sich im Rahmen der Abschlusserhebung im Durchschnitt fast vervierfacht und lag über die sechs Stunden des DCM zwischen 9 und 18 positiven Ereignisberichten für die ganzen Gruppe (Abbildung 5).



**Abbildung 5:** Positive Ereignisberichte zur Beginn und am Endes des Projektes

*Quelle: Eigene Darstellung*

Bezogen auf den einzelnen Bewohner lag die Zahl der positiven Ereignisberichte im Rahmen der Abschlusserhebung zwischen 1,0 und 3,0 (Abbildung 6). Dieser Hinweis auf gute Pflegepraxis korreliert auch mit der festgestellten höheren gruppenbezogenen WIB-Punktzahl, die im Rahmen des DCM 2 festgestellt wurden.



**Abbildung 6:** Zahl der positiven Ereignisberichte pro Bewohner  
*Quelle: Eigene Darstellung*

Diese Entwicklung spiegelt eindrucksvoll die veränderte innere Haltung der Pflegekräfte wider. Die persönlichen Erfahrungen im Rahmen des DCM untermauern die Wertschätzung, mit denen die Pflegekräfte den Bewohnern begegnet sind. Der Umgang mit den Bewohnern war geprägt von Zuwendung, Empathie und Herzlichkeit. Insgesamt war die Atmosphäre auf dem Wohnbereich freundlicher, fröhlicher und es wurde deutlich mehr gelacht.

### 3.5 Einsatz von Psychopharmaka

Die psychopharmakologische Behandlung demenzkranker Menschen kann immer nur Teil eines umfassenderen Behandlungskonzeptes sein. Von den Mitarbeitern war im Verlauf des Projektes immer wieder hervorgehoben worden, dass die Gabe von Psychopharmaka reduziert werden konnte. Dies ließ sich auch in den Erhebungen nachweisen. Insgesamt war ein Anstieg des Bewohneranteils ohne Psychopharmaka von 11 % auf 22 % zu verzeichnen. Dies dürfte auch auf das vermehrte Einbringen psychologisch-verhaltenstherapeutischer und milieugestaltender Ansätze zurückzuführen sein. Eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten war auch unter Reduzierung der Psychopharmaka nicht zu verzeichnen.

### 3.6 Auswirkungen auf die Mitarbeiter

Die Reflexion beim letzten Praxisbesuch bezog sich auch auf die Situation der Mitarbeiter im Projekt. Folgende Fragen wurde gestellt:

- Was haben Sie gelernt und erreicht? Worauf sind Sie stolz?
- Was kann in einem ähnlichen Projekt zukünftig wiederholt werden? Was war förderlich?
- Was sollte sich in einem ähnlichen Projekt zukünftig nicht wiederholen?

Im Rahmen dieses Projektes stellten die Mitarbeiter für sich selbst viele positive Veränderungen fest, wie die Aussagen zum Projektabschluss zeigen. Aber auch kritische Anmerkungen wurden gemacht.

(Die Zahl in Klammern bedeutet die Häufigkeit der Nennungen.)

Was haben Sie gelernt und erreicht? Worauf sind Sie stolz?

- Ich kann mich besser unterhalten, bzw. Kontakt mit Bewohnern aufnehmen, die an Demenz leiden (4).

- Ich habe mehr Verständnis für den einzelnen Bewohner (3).
- Ich kann Eigenarten und auffallendes Verhalten zulassen (2).
- Ich vermeide wertende Urteile.
- Ich bin persönlich ruhiger und gelassener geworden (2), auch privat.
- Ich lache mehr.
- Miteinander Leben ist wichtig (3), nicht die Bewohner den ganzen Tag beschäftigen.
- Echt sein, Gefühle widerspiegeln ist wichtig.
- Gleicher Tagesablauf ist wichtig (2), das Einhalten von Gewohnheiten und einen Tagesrhythmus.
- Ich kenne Bewohner besser und kann gezielter auf sie eingehen (2).
- Zuwendung bedeutet dem Bewohner viel, Aufmerksamkeit ist für ihn wichtig.
- Wohlfühlen und Geborgenheit sind wichtig, Beschäftigung im Alltag.
- Bewohner fühlen sich wohl, das tut mir gut, gibt Kraft, motiviert.
- Rituale sind von Wichtigkeit.
- Volkslieder sind wichtig.
- Zeit ist notwendig und Bewohner brauchen Menschen zur Verfügung.
- Essen und Trinken: Jeden Gang einzeln beim Mittagessen zu servieren, hilft Menschen mit Demenz und mit weniger Besteck essen sie besser.
- Begleitung von Menschen mit Demenz kostet die Mitarbeiter viel Kraft, ist eine hohe Belastung, viel Geduld ist nötig
- Nicht jeder Mitarbeiter kann mit Menschen mit Demenz arbeiten und leben
- Was kann in einem zukünftigen Projekt wiederholt werden? Was war förderlich?
- Fortbildungen für Mitarbeiter (3).
- Umbaumaßnahmen haben Raum für Pflege und Wohnen geschaffen, Tischordnung ist leichter zu gestalten (2).
- Offener, konstruktiver Umgang im Team.
- Mehr Zeit für Bewohner durch ständige Anwesenheit in „Guter Stube“.

Was sollte sich in einem zukünftigen Projekt nicht wiederholen? Was sollte berücksichtigt werden?

- Häufigen Mitarbeiterwechsel im Wohnbereich vermeiden.
- Praktikanten / Aushilfen / Ehrenamtliche nur einsetzen, wenn gute Einarbeitung und hohe Kontinuität gewährleistet ist, sonst eher kontraproduktiv (2).
- Personal wurde im Projekt reduziert (2), dadurch Inhalte der Fortbildungen nicht umsetzbar, kaum Eingehen auf Bewohnerbedürfnisse möglich.
- Zu viele Überstunden der Mitarbeiter.
- Genaue Auswahl der Bewohner, die in einer Wohngruppe zusammen leben sollen. Wer passt in die Gemeinschaft? Keine wechselnden „Gäste“ aus anderen Wohnbereichen.

Die positiven Effekte, die durch die neue Form der Förderung, Pflege und Begleitung der Bewohner mit Demenz erzielt wurden, haben einen dynamischen Prozess in den Projekteinrichtungen eingeleitet. Während die Mitarbeiter in der Anfangsphase überwiegend die Vorgaben der Leitungen umgesetzt haben, halten sie jetzt den Veränderungsprozess selbst am Laufen. Gestärkt durch die guten Erfahrungen und Veränderungen, die sie auch insbesondere bei den Bewohnern mit Demenz feststellen konnten, nutzen sie ihre Chancen und Möglichkeiten, aktiv an weiteren Verbesserungen mitzuwirken.

## **4. Erfahrungsberichte der Projekteinrichtungen**

### **4.1 DRK - Seniorenzentrum Sonnenhof, Bad Marienberg**

Henning Dills

Nachdem die Zusage für das "Demenz-Projekt" spruchreif war, herrschte eine erwartungsvolle, gespannte Atmosphäre auf dem Wohnbereich. Es gab vieles zu planen und zu regeln - und wir, das Pflegeteam mittendrin.

Es galt unter anderem Angehörige und Bewohner zu informieren. Notwendige Umzüge von Bewohnern auf andere Wohnbereiche standen an. Dies war zum Teil für alle Beteiligten emotional sehr bewegend und hat uns nachhaltig beschäftigt. In unserem Team stellten wir uns die Frage, wer von uns sich der Herausforderung des Neuen stellen wollte. Um möglichst allen gerecht zu werden, erfolgte eine interne Stellenausschreibung, in der das Anforderungsprofil für die Wohngruppe skizziert war. Die Resonanz war eher ernüchternd. Nur wenige der Kollegen fühlten sich angesprochen, äußerten Bedenken, Ängste und fühlten sich den Anforderungen nicht gewachsen. Nach einigen Anläufen fand sich dann ein Team zusammen, das gewillt war, sich dem Neuen zu stellen. Es galt, ein Konzept zu erarbeiten, alle haben dabei mitgewirkt, auch die Hauswirtschaft wurde einbezogen. Diese Arbeit stärkte auch den Zusammenhalt.

Diverse Umbauarbeiten stellten eine große Belastung für Bewohner und Pflegekräfte dar, es war gewissermaßen eine der ersten Bewährungsproben für die neu zusammengefügte Wohngruppe. Es erfolgte die erste Begehung und Begutachtung durch die Projektleitung. Dabei wurde deutlich, dass es noch vieles zu verbessern gab. Im Besonderen in der Begleitung und im Umgang mit den Menschen mit Demenz. Diverse Fortbildungen beim MDK in Alzey brachten uns die Thematik Demenz ein gutes Stück näher.

Der Erfolg kam schleichend - aber er kam!

Aus unserer Sicht wichtig ist dabei eine deutlich höhere Präsenz der Mitarbeiter in unserer Wohnküche. Sie gibt den Menschen mit Demenz Orientierung und Sicherheit. Sie kann unmittelbar auf negative Entwicklungen reagieren und sorgt durch bewohnerorientierte Angebote für eine sinnvolle Beschäftigung. Die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, unter anderem kochen, backen, spülen und vieles andere, werden dankbar angenommen. Positiv erscheint uns auch das gemeinsame Singen und Musizieren mit einfachen Rhythmusinstrumenten. Rituale wie Gebete vor den Mahlzeiten oder zum Abschluss des Tages wirken sich ebenso positiv aus. Lebensfreude und Aktivitäten locken die Kinder einer Mitarbeiterin und die regelmäßig zu Besuch kommenden Hunde an. Die Aggressionen untereinander haben deutlich abgenommen. Insgesamt herrscht eine ruhige und ausgeglichene Atmosphäre. Die häufig beschriebene Umkehr des Tag-/Nachtrhythmus ist kaum mehr zu beobachten. Vorher zum Teil stark weglaufgefährdete Bewohner fühlen sich sichtlich heimisch in der Wohngruppe und suchen nur noch vereinzelt den Weg nach draußen.

Die Bewohner blühten wirklich auf. In einzelnen Fällen ist eine mindestens leicht verbesserte Fähigkeit zur Kommunikation zu beobachten. Durch diese kleinen, aber spürbaren Erfolge fühlen wir uns im Team bestätigt, wir sind auf einem guten Weg. Der letzte Besuch durch die Projektleiterinnen mit einem abschließenden Feed-back machte uns deutlich, es hat sich gelohnt.

Heute schaut unser Team, nicht ohne Stolz, auf den zurückgelegten Weg. Es gibt noch einiges zu verbessern, aber vieles ist auch auf den Weg gebracht. So arbeiten wir seit einigen Wochen mit ätherischen Ölen, die zum Wohlbefinden und Ausgleich der Bewohner und auch der Pflegekräfte beitragen. Ein weiterer, fester Bestandteil sind die Angehörigenabende, die vierteljährlich stattfinden. Sie geben Angehörigen wie auch uns Pflegekräften Raum für den Erfahrungs- und Informationsaustausch. Wir Pflegekräfte erfahren an solchen Abenden wich-

tige Anregungen, aber auch viel Zuspruch, der uns auf unserem Weg bestärkt und Mut macht, diesen weiter zu gehen.

Wir verstehen diese Entwicklung als fortlaufenden, kreativen Prozess und freuen uns, daran weiter arbeiten zu können.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist anzumerken, dass mit steigender Bekanntheit auch die Nachfragen nach unserer besonderen oder angepassten Versorgung für Menschen mit Demenz gestiegen sind. Somit hat auch die Einrichtung in puncto Belegung ein nicht zu unterschätzendes Pfund. Gerade auch bei Menschen, die auf die Unterstützung nach SGB XII angewiesen sind. Hier kann der Träger der Sozialhilfe nicht ohne weiteres auf eine günstigere Einrichtung verweisen.

## **4.2 Seniorenhaus Waldpark, Blankenrath**

Marie-Luise Huwer

Die Teilnahme an dem Projekt hat in unserer Einrichtung zu einer sehr positiven Entwicklung und entsprechend wertvollen Ergebnissen geführt. Dies lässt sich sowohl bei den Bewohnern als auch bei den Mitarbeitern/innen feststellen.

Besonders wichtig ist, dass durch die bedürfnisgerechte Versorgung der Bewohner eine erheblich größere Zufriedenheit dieser Gruppe festgestellt werden kann. So konnte der Einsatz von sedierenden Medikamenten reduziert werden. Eine Weglauftendenz ist nicht mehr feststellbar. Darüber hinaus werden herausfordernde Verhaltensweisen seltener beobachtet.

Bei den Mitarbeitern/innen hat sich durch die Einbindung in den Entwicklungsprozess und durch die schrittweise Umsetzung die Arbeitszufriedenheit erhöht. Dazu haben auch die zahlreichen Fortbildungen, die die Mitarbeiter/innen genossen haben, beigetragen.

Eine Versorgung demenzkranker Menschen ist in unserer Einrichtung ohne die Präsenzmitarbeiterinnen, die in den Wohnküchen verantwortlich für die Tagesstruktur und Tagesbegleitung sind, nicht mehr vorstellbar.

Als besonders hervorzuhebende und zentrale Erfahrung lässt sich festhalten, dass der wichtigste Schritt darin bestand, homogene Bewohnergruppen zu bilden. Das heißt, dass demenzkranke und nicht demenzkranke Bewohner in verschiedenen Wohnbereichen untergebracht wurden. Die Einrichtung von Wohnküchen und die damit verbundene Milieugestaltung im Demenzbereich haben sich dabei als ganz besonders positiv dargestellt. Gab es zu Anfang des Projekts eine demenzgerechte Wohnküche, so sind es mittlerweile bereits fünf für maximal jeweils 15 Bewohner geworden.

Die Beteiligung und Begleitung durch die Mitarbeiterinnen des MDK Rheinland-Pfalz bei diesen positiven Entwicklungen und Umgestaltungen in eine demenzgerechte Lebensumwelt wurden als sehr hilfreich erlebt. Gerade die Personen, die im Haus verantwortlich für die Durchführung des Projekts waren, erfuhren in der Umsetzung fachliche Sicherheit und Rückenstärkung. Dafür sei an dieser Stelle auch ganz ausdrücklich gedankt.

Als Resümee lässt sich festhalten, dass es drei sehr arbeitsintensive Jahre gewesen sind. Jedoch hat sich das große Engagement von allen Beteiligten, die sich zur Verbesserung der Lebenswelt demenzkranker Menschen eingesetzt haben, auf jeden Fall gelohnt.

### 4.3 Wohn- und Pflegeheim Kessler-Handorn, Kaiserslautern

Johannes Schoner

Primäre Ziele des Modellprojekts (MDK Rheinland-Pfalz und Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz) Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen unter den gegebenen Rahmenbedingungen durch

- Alltagsnahe und biografieorientierte Versorgung und Betreuung
- Bildung von homogenen Wohngruppen statt integrierter Versorgung
- Anpassung der Wohnstruktur an die Besonderheiten von Menschen mit Demenzerkrankungen

#### Unsere Ziele

- Verbesserung der Lebensqualität unserer demenzkranken Bewohner
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen unserer Mitarbeiter

Anhand der **Chronologie** (siehe unten) sind die vielen **Einzelschritte**, die gleichzeitig zu unternehmen waren, ersichtlich. Dabei ist die Teilnahme an den Arbeitskreisen und den Fortbildungsangeboten nicht enthalten.

Unsere gesammelten Erfahrungen im Detail:

#### Der Träger

Ein derartiges Projekt steht und fällt mit der **Entscheidung** des Trägers und der Heimleitung. Die oberste Leitungsebene sollte sich vor dem Einstieg in ein derartiges Projekt – gleich ob selbst- oder fremdgesteuert – über die bevorstehende Aufgabe und die Verantwortung dafür bewusst sein: Nur wer voll dahinter steht und die Konsequenzen bedenkt und berücksichtigt, wird die notwendigen Anpassungen in der komplexen Struktur und in den Abläufen eines Pflegeheims durchführen können.

Genauso wichtig sind die Bereitschaft und der Mut auf allen Leitungsebenen, neue Wege gehen zu wollen und auszuprobieren, was für das jeweilige Bewohnerklientel das Beste ist und wie es sich „Leben“ lässt.

#### Die Bewohner

- fühlen sich „zu Hause“ im eigentlichen Sinn des Wortes,
- es gibt keine Weglauftendenzen mehr,
- die Lebensqualität hat zugenommen,
- teilweise kommen verloren geglaubte Fähigkeiten wieder zutage.

#### Die Angehörigen

- sind sehr zufrieden,
- fühlen sich entlastet und erleichtert,
- die Entscheidung, den demenzkranken Angehörigen ins Pflegeheim zu bringen, fällt wesentlich leichter, sie sehen ihn dort „gut aufgehoben“.

#### Die Mitarbeiter

- alle Mitarbeiter auf allen Wohnbereichen haben profitiert,
- umfassende und intensive externe (MDK Rheinland-Pfalz) und interne (Einrichtung) Fortbildungen für alle Mitarbeiter,
- Aufbau eines hauseigenen Fortbildungskonzepts zu „Demenz“,
- Abschluss-Erhebung (MDK Rheinland-Pfalz):
  - Motivationsschub,
  - hohe Identifikation mit dem Haus („zweite Familie für die Mitarbeiter“),

- Freiräume für neue Wege,
- Mitarbeiter-Ideen („kleine Dinge“) werden aus eigenem Antrieb umgesetzt.
- Bewusstsein zu: Besser hier und jetzt etwas „Kleines“ bewegen mit dem, was man schon hat, als ständig auf irgendwelche Verbesserungen in der Zukunft zu hoffen,
- Bereitschaft zur Ausbildung als „Mapper“ im Rahmen des Dementia Care Mapping: der Mapper selbst profitiert am meisten, weil geschärfte Wahrnehmung.

### Das Haus

- Umbau und Vergrößerung des Gemeinschaftsraums „Gute Stube“ durch Rückbau zweier Einzelzimmer: Investition in das Projekt,
- Umbauphase im laufenden Betrieb wurde überraschend gut von allen Beteiligten verkraftet,
- das großzügige Platzangebot in der „Guten Stube“ fördert die entspannte Atmosphäre.

### Fazit des Modellprojekts

- In unserem Betreuungskonzept, das wir erarbeitet haben, setzen wir uns konsequente Ziele, die zwar leider auf Dauer im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten – insbesondere hinsichtlich des Personalschlüssels - nicht immer umsetzbar sind. Trotzdem ist bei einer durchgehenden Optimierung in allen Arbeitsaufgaben und -abläufen überraschend viel erreichbar!
- Wir sind Mitglied bei der Deutschen Expertengruppe Demenz (DED) und praktizieren die Demenz-Therapie, wie sie bei der DED verstanden wird. Sie umfasst die vier Bereiche
  1. Wissen,
  2. Einstellung, Haltung, Wahrnehmung ist anders als in anderen Bereichen der Medizin – „Pflege der Altersseele“ steht im Vordergrund,
  3. Gestaltung der Arbeitsorganisation,
  4. Sachliche bzw. dingliche Umgebungsgestaltung.
- Pflege und Betreuung sind untrennbar miteinander verbunden. Wichtig ist, dass alle Mitarbeiter des Hauses in das Konzept einbezogen werden und dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen nicht als Schnittstelle, sondern als Nahtstelle, d. h. übergreifend, begriffen und gelebt wird.
- Die komplette Hausorganisation ist in den Optimierungsprozess einzubeziehen, fortlaufende Qualitätsarbeit ist Grundbedingung, um die einmal erreichten (Zwischen-) Ziele nicht wieder zu verlieren.
- Das Personalmanagement als ein Teil der Hausorganisation ist in seinen Bestandteilen ebenfalls anzupassen. Wichtig sind flexible Strukturen, die die Anpassung an Veränderungen (große wie kleine) jederzeit zulassen.
- Die wichtigste Erfahrung ist die Bestätigung unseres Leitbildes, wo Bewohner und Mitarbeiter gleichrangig geachtet werden: Alle sind wichtig und müssen – jeder nach seinen Bedürfnissen – gepflegt werden. (... Wir fühlen uns in einer humanistischen Grundhaltung verwurzelt. Daraus entwickeln wir für unsere Bewohner und Mitarbeiter Räume und Umgebung, die sinnerfülltes Leben und Tun fördern, die Geborgenheit und Sicherheit schaffen und in denen eine Kultur des Alters ihren Platz hat. ...).
- Der Umbau war zwar eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen bzw. die Umsetzung des Betreuungskonzepts, jedoch ist die „Milieugestaltung“ zum größten Teil abhängig von der Haltung der Mitarbeiter gegenüber dem Bewohner. Wir erfuhren gemeinsam, was Dr. Jan Wojnar (Deutsche Expertengruppe Demenz, DED) mit den Worten **„Pfleger sind das wichtigste Medikament für die Demenzkranken“** ausdrückt. Mit Leben erfüllt werden kann das Betreuungskonzept erst mit engagierten, fachlich hochqualifizierten und zuwendungsbereiten Mitarbeitern, die den Alltag tragen und verantworten.
- Die Aufgabenverteilung ist ähnlich wie in der Struktur der Hausgemeinschaft, jeder Wohnbereich bildet eine selbständige, für sich selbst sorgende Einheit. Pflege und

Hauswirtschaft arbeiten Hand in Hand, auch der Reinigungsdienst ist Bestandteil des Wohnbereichs-Teams.

- Hilfreich bei der Umsetzung der besprochenen Einzelschritte waren sicherlich die kurzen Entscheidungswege aufgrund der privaten Trägerschaft sowie der Vereinigung von Heimleitung und Gesellschafter in einer Person.
- Den Erfolg des Modellprojekts in unserem Haus bestätigen unaufgefordert die behandelnden Ärzte, die Angehörigen sowie die externe Praktikanten, deren gerontopsychiatrische Ausbildungsteile im Rahmen ihrer Fachausbildung zum Altenpfleger in unserem Haus stattfinden.
- Angestoßen durch das Modellprojekt entwickelten wir einen weiteren Wohnbereich zum besonderen Bereich für leicht bis mittelgradig demente Menschen. Außerdem planen wir einen Anbau mit drei zusätzlichen kleinen Wohnbereichen, um mehr Plätze und mehr Möglichkeiten zu haben, auf die verschiedenen Bedürfnisse (verschiedene Phasen der Demenzerkrankung) von Demenzkranken eingehen zu können.
- Kurzgefasst war der Verlauf auf allen Ebenen (Leitung, Mitarbeiter, Arbeitsorganisation und –inhalte) lehrreich und anstrengend, aber auch sehr befriedigend.
- Wichtig ist auch, zu wissen, dass es keinen einzigen „Königsweg“ gibt, sondern dass jede Einrichtung für sich Erfahrungen sammeln und daraus zusammen mit ihren Möglichkeiten das Beste machen kann.
- Und: „Der Weg ist und bleibt das Ziel“: So verschieden wie die Menschen sind, so unterschiedlich sind ihre Bedürfnisse und daher auch die erforderliche Betreuung und Pflege der uns anvertrauten Menschen. Immer werden wir auf's Neue zu überlegen haben, wie wir unserer Aufgabe gerecht werden können und was wir dafür anpassen müssen.

**Chronologie** unserer Teilnahme am Modellprojekt „Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz“ (Abbildung 20).

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26.05.2003 | <b>Bewerbung</b> zur Teilnahme am Modellprojekt                                                                                                                                                                                                                       |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 04.07.2003 | <b>Auswahl</b> zur Teilnahme am Modellprojekt                                                                                                                                                                                                                         |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 14.07.2003 | 1. gemeinsames Treffen zum <b>Steuerkreis</b>                                                                                                                                                                                                                         |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 17.10.2003 | „ <b>Runder Tisch</b> “ bei KESSLER-HANDORN: Einladung der beteiligten Behörden zur Besprechung der Umsetzung des Vorhabens                                                                                                                                           |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 24.10.2003 | <b>Gesellschafterbeschluss</b> zum Umbau des WB 3 (Rückbau zweier Einzelzimmer zugunsten eines vergrößerten Gemeinschaftsraumes) sowie des EG (Mehrzweckraum wird zum neuen Gemeinschaftsraum des EG, Umbau des bisherigen Gemeinschaftsraumes EG zum Zweibettzimmer) |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 12.11.2003 | Information des <b>Heimbeirats</b> über das geplante Vorhaben                                                                                                                                                                                                         |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 26.11.2003 | Information der <b>Angehörigen</b> und <b>Bewohner</b> über den Sachstand des Projekts, zusammen mit MDK Rheinland-Pfalz                                                                                                                                              |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 04.12.2003 | Erste <b>Umfrage</b> zur <b>Mitarbeiterzufriedenheit</b>                                                                                                                                                                                                              |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 04.12.2003 | <b>Umfrage</b> unter allen <b>Mitarbeitern</b> zum Interesse zur Teilnahme am Team im Demenzbereich                                                                                                                                                                   |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                   |                                                                                                                                                        |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08.-10.12.2003    | Erstes <b>Dementia-Care-Mapping</b> durch MDK Rheinland-Pfalz                                                                                          |
| 30. 01.2004       | Erster <b>Entwurf</b> zum Umbau (EG und Wohnbereich 3): Vergrößerung des Gemeinschaftsraums auf ca. 100 qm                                             |
| ab Februar 2004   | Beginn der <b>Qualifizierungsmaßnahmen</b> beim MDK Rheinland-Pfalz                                                                                    |
| ab 03.02. 2004    | Beginn des <b>Arbeitskreises „Pflegekonzept“</b> beim MDK Rheinland-Pfalz in Alzey                                                                     |
| 15.04. - 09.06.04 | <b>Umbau EG</b> (Gemeinschaftsraum und neues Zweibettzimmer)                                                                                           |
| 12.05.2004        | Fertigstellung des ersten <b>Entwurfs</b> für das demenzspezifische <b>Pflegekonzept</b>                                                               |
| 18.06.2004        | Vorstellung des Demenz-Konzept-Entwurfs bei den <b>Mitarbeitern</b>                                                                                    |
| 14.06. – 28.07.04 | <b>Umbau WB 3</b> (Rückbau zweier Einzelzimmer, Vergrößerung und Gestaltung des Gemeinschaftsraums)                                                    |
| 29.07.2004        | Einzug in die „ <b>Gute Stube</b> “ des WB 3                                                                                                           |
| 19.10.2004        | Zweites <b>Dementia-Care-Mapping</b> durch MDK Rheinland-Pfalz                                                                                         |
| 30. 11. 2004      | <b>Fachtagung</b> : Vorstellung der Zwischenergebnisse des Modellprojekts                                                                              |
| April 2005        | Fertigstellung des <b>Demenz-Konzepts</b>                                                                                                              |
| 05.07.2005        | Drittes <b>Dementia-Care-Mapping</b> durch MDK Rheinland-Pfalz                                                                                         |
| Juli 2005         | Zweite <b>Mitarbeiter-Umfrage</b>                                                                                                                      |
| Mitte 2006        | <b>Abschluss</b> des Modellprojekts                                                                                                                    |
| ab Mitte 2006     | <i>Fortführung des DCM mit anderen beteiligten Einrichtungen,</i><br>Fortführung der Steuerkreis-Treffen in den beteiligten Einrichtungen, 2x jährlich |

**Abbildung 20:** Chronologie der Teilnahme am Modellprojekt, Wohn- und Pflegeheim „Kessler-Handorn“, Kaiserslautern

*Quelle: Wohn- und Pflegeheim „Kessler-Handorn“, Kaiserslautern*

#### 4.4 Seniorenpflegeheim Bodelschwingh, Koblenz

Volker Stemmler

Mir geht das ewige Rufen wirklich auf die Nerven, höre ich noch heute eine Schwester sagen. Die Bewohnerin ist eine echte Nervensäge. Das macht die doch extra!

Heute hat sich der Blickwinkel in unserer Einrichtung ein gutes Stück verändert. Heute wissen wir, dass „die“ das nicht extra machen und sprechen bei solchen Personen von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten. Heute sind diese Bewohner nicht mehr unbeliebt, sondern man nimmt diese Herausforderung an. Heute wissen wir, dass es gerade die Einsamkeit war, die die Bewohnerin zum permanenten Rufen veranlasst hat. Kontinuierlich rief diese nach den Schwestern um Hilfe. Immer wieder ging die Schwester in das Zimmer der

Bewohnerin um ihr zu erklären, dass es keinen Grund gibt, um Hilfe zu rufen. Erst hört man das Rufen, nach der x-ten Visite wird man zunehmend wütend bis man zuletzt das Rufen nicht mehr hören wollte. Geholfen war mit dieser Vorgehensweise niemandem. Im Zuge der Einführung des ersten Wohnbereiches für Menschen mit Demenz wurde diese rufende Bewohnerin in der Gruppe speziell berücksichtigt. Es war in diesem speziellen Fall fast wie ein Wunder. In der Gruppe wurde das Rufen spürbar weniger, meist sogar völlig eingestellt. Zu Mittag wurden die Bewohner dann zu Bett gebracht. Und siehe da, es ging wieder los. Es ist eine große Herausforderung für das Pflegepersonal, sich mit Bewohnern mit Demenz intensiv zu beschäftigen. Hierzu benötigt es viel Fingerspitzengefühl, eine Gruppe von 15 Personen nicht einfach zu leiten, sondern zu moderieren.

Es gilt nicht einfach das, was die Pflegekraft erwartet, sondern das, was 15 andere Personen erwarten. Hier ist vor allem das Wissen über die jeweilige einzelne Person gefragt, um in entsprechenden Situationen angepasst zu handeln. Heute ist es problemlos möglich, dass eine Bewohnerin um 08:00 Uhr frühstückt und eine andere erst um 11:30 Uhr. Anfangs war es für die Gruppenteilnehmer befremdend anzusehen, dass eine einzelne Person zu Zeiten frühstückt, wenn andere mit dem Mittagessen beginnen. Heute ist es selbstverständlich. Die Akzeptanz hat stark zugenommen. Die Stimmung ist angenehmer. Es wird mehr gesungen und gelacht. Wer hätte gedacht, dass die Qualifikation einer Präsenzkraft zum Beispiel in der Fähigkeit liegt, Witze erzählen zu können oder der Gabe, Mundharmonika zu spielen. Es macht große Freude zu sehen, wie sich Mitarbeiter planend damit auseinandersetzen, wie der Wochenplan ist und welche Themen besprochen, besungen und bebestellt werden.

Ist diese Woche das Thema "Bauernhof"? Da kann man jeden Tag ein anderes Tier malen. Da kann man im Sitzen den Ententanz tanzen. Da kann man in früheren Zeiten schwelgen, als der Vater noch selber geschlachtet hat. Da darf auch mal eine Träne kullern, wenn man sich an die kleinen kuscheligen Hasen erinnert, mit denen man erst spielte und die dann zum nächsten Fest geschlachtet wurden. Gefühle werden gemeinsam erlebt. So wird auch die Dame am Sterbebett besucht, die doch gestern noch am gemeinsamen Tisch saß. Da wird in der Gemeinschaft für genau diese Dame gebetet, die im Sterben liegt. Aber auch zum täglichen Mittagessen weiß eine andere Dame, was ihre Aufgabe ist. Sie steht mir gegenüber und wird mit einem Mal ganz unruhig in unserem Gespräch. Auf meine Frage, was denn los sei, fragt sie mich nach der Uhrzeit. Wissend über die zeitliche Desorientierung sage ich ihr nicht die genaue Zeit, sondern dass es kurz vor dem Mittagessen ist. Sie antwortet mir hektisch, dass sie jetzt aber wirklich los müsse, da sie das Mittagsgebet zu halten habe und die anderen schon auf sie warten würden. Dann geht's los, denn ohne Gebet läuft gar nichts. Erst wird das Essen aufgefüllt, die Getränke eingeschenkt und dann das Gebet. Nach dem Gebet wird mit einem fröhlichen Lied angeproestet und jeder greift sein Glas und trinkt einen tiefen Schluck. Einfuhrplan nicht mehr nötig!

Es ist ganz gleich, wie oft ich meinen Namen nennen muss, oder ob ich für die einen der Fotograf, für die anderen der Doktor oder einfach nur der Mann bin, der immer lacht. Es ist das große Ziel an jedem neuen Tag, diesen Menschen, denen an jedem Tag womöglich ein kleines Stück Erinnerung verloren geht, ein kleines Erlebnis zu schenken, an das sie sich für einige Stunden oder einen ganzen Tag positiv erinnern. Es ist nicht viel, was es zu geben gilt, um das zu erhalten, was nur wenige Menschen zurück geben können - Dankbarkeit!

Für ein kleines Geschenk, einen Witz, einen Stift oder ein Häkeldeckchen sieht man die sonst so trüben Augen leuchten und strahlen vor Dankbarkeit. Und das ist es im Allgemeinen wie Speziellen, was die Arbeit mit dementen Menschen so abwechslungsreich, anspruchsvoll und wertvoll zugleich macht.

Auch wenn wir wissen, dass wir noch lange nicht alles perfekt machen, wissen wir aber auch, dass wir es niemals wieder anders wollen, als es jetzt schon ist!

## 4.5 Caritas-Altenzentrum St. Matthias, Schifferstadt

Werner Braun

In unserer Bewerbung für die Projektteilnahme hatten wir u. a. geschrieben: „Somit erwarten wir von der Teilnahme an dem Projekt Unterstützung bei der fachgerechten Planung der Durchführung unserer Umbaumaßnahme, bei der Erstellung, Einführung und Weiterentwicklung eines Pflege- und Betreuungskonzeptes für demente Bewohner/innen, bei der Qualifizierung und Begleitung von Mitarbeiter/innen und Unterstützung für das künftige Mitarbeiter-team (...) und versprechen uns eine Optimierung der Betreuung für unsere (künftigen) Bewohner/innen bei einer gleichzeitigen Verbesserung der Arbeitssituation unserer Mitarbeiter/innen.“

Wie sehen wir das nach Beendigung des Projekts?

Zunächst möchte ich einige „Meilensteine“ der Projektzeit benennen: Mit dem Startschuss für die Arbeit der Wohngruppe für demenziell erkrankte Menschen wurde ein neues Mitarbeiter-team gebildet, das nach interner Ausschreibung und nachfolgenden Mitarbeitergesprächen zusammengesetzt wurde. Bewohner/innen zogen innerhalb des Hauses nach entsprechender Vorbereitung durch Demenz-Tests und interne Gespräche sowie Gespräche mit Betreuern oder Angehörigen um. Umbauarbeiten in unserer Dementen-Wohngruppe wurden geplant und durchgeführt. Baulich (durch einen vergrößerten Gemeinschaftsbereich), aber auch in ihrem Erscheinungsbild (durch Maßnahmen im Bereich der Milieugestaltung) veränderte sich die Wohngruppe allmählich. Ein eigenes Betreuungskonzept wurde erstellt und mit dessen Umsetzung begonnen. Unsere Mitarbeiter/innen nahmen an vielen Fortbildungen, die der MDK Rheinland-Pfalz anbot, im weiten Bereich des Themas „Demenz“ teil. Während der gesamten Projekt-Zeit wurden wir - bei uns vor Ort und beim MDK Rheinland-Pfalz oder bei Treffen des Steuerkreises in den anderen Projekteinrichtungen - von Mitarbeiterinnen des MDK Rheinland-Pfalz begleitet.

Stimmungsmäßig war die Projekt-Zeit in der Einrichtung sehr unterschiedlich geprägt – bei den verantwortlichen Mitarbeiter/innen in unserer Einrichtung wie auch bei den Mitarbeiter/innen im Wohngruppenteam: Von großer Begeisterung und Euphorie bis hin zu massiver Frustration und Ernüchterung schwankte die Gefühlslage. Insgesamt überwiegt aber eindeutig das Positive, und mit Sicherheit würde niemand mehr den Schritt rückwärts gehen wollen, höchstens um an der einen oder anderen Stelle Korrekturen vorzunehmen, aufgrund der zwischenzeitlich gemachten Erfahrungen, Verschiedenes anders anzugehen oder umzusetzen – auf keinen Fall würden wir allerdings eine andere Grundsatzentscheidung treffen. Nicht nur unsere eigentliche Dementen-Wohngruppe, auch die Bewohner/innen und Mitarbeiter/Innen der anderen Wohngruppen, u. a. einer Wohngruppe, die nun sukzessive als weitere Wohngruppe für demenziell Erkrankte eingerichtet wird, profitieren von der Entscheidung das neue Konzept umzusetzen und von der Begleitung durch den MDK Rheinland-Pfalz während des Projekts.

Ist nun alles anders? Alles besser? Gewiss nicht. Was eindeutig festzustellen ist (auch empirisch bewiesen ist), sind u. a. eine Verbesserung der Befindlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, eine Reduzierung von Konflikten, ein starker Rückgang von „Weglauftendenzen“. Die Belastung der Mitarbeiter/innen hat nicht abgenommen – vielleicht aber haben sich die Möglichkeiten damit umzugehen verbessert.

Was im Rahmen des Projekts – zwischenzeitlich aber auch in der Fachliteratur und in diversen Konzepten, die erstellt und umgesetzt werden – einen hohen Stellenwert eingenommen hat, ist die Tagesbetreuung (konzeptionell und personell). Hier stoßen wir immer wieder an Grenzen, die einerseits auch jetzt noch eine gewisse Frustration auslösen, die wir aber andererseits akzeptieren und mit der wir leben müssen. Vielleicht hängt dies mit (zu) hohen Erwartungen zusammen, vielleicht mit der Tatsache, dass die demenziell erkrankten Menschen nicht in eine bestimmte Schublade zu pressen sind, vielleicht mit „Fehlern“ in unserer

strategischen Planung, dass wir nicht konsequent genug darauf achten, dass nur leicht- und mittelgradige Bewohner mit Demenz in einer Wohngruppe zusammen leben, dass wir noch kein „Patentrezept“ gefunden haben, mit Veränderungen des Gesundheitszustands (geistig und körperlich) umzugehen, bis hin zu der konsequenten Entscheidung, dass betroffene Menschen ggf. von der Wohngruppe wegziehen müssen. Diese Problematik im Zusammenhang mit als sinnvoll und notwendig erachteten Umzügen (in beide Richtungen) wird uns in nächster Zeit noch begleiten.

Es gibt viele Negativ- und viele Positiverfahrungen in unserer Arbeit mit den demenziell erkrankten Menschen. Eines steht jedoch fest: Die Entscheidung für die „segregative Betreuung“ war eine richtige Entscheidung. Und die Begleitung bei der Umsetzung war uns sehr hilfreich. Aber auch das steht fest: Das Projekt ist zwar abgeschlossen, aber die Projekt-Arbeit wird nie abgeschlossen sein - und sie bleibt immer spannend.

#### **4.6 Seniorenzentrum Haus Edelberg, Speyer**

Alle Mitarbeiter des Wohnbereichs 1

Die Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen gehört seit vielen Jahren zu unserem Aufgabenbereich.

Als uns jedoch unsere Pflegedienstleitung mitteilte, dass auf unserem Wohnbereich ein Projekt für demenziell erkrankte Bewohner durchgeführt werden sollte, kam es zu sehr unterschiedlichen Reaktionen der Mitarbeiter. Einerseits freuten wir uns auf diese neue Aufgabe, war es doch eine Möglichkeit, mehr auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner eingehen zu können, was uns allen schon lange am Herzen lag, andererseits zweifelten wir noch, ob dies eigentlich zu machen war.

Nachdem unsere Pflegedienstleitung uns das Projekt vorgestellt hatte, gingen wir sehr motiviert an unsere Aufgabe heran. Allerdings stellten sich uns sehr viele Fragen. In welcher Form sollte das Projekt durchgeführt werden, welche Bewohner sollten daran teilnehmen, welche Mitarbeiter sollten im Projekt arbeiten?

In Zusammenarbeit mit unserer Pflegedienstleitung erstellten wir dazu in kurzer Zeit ein Konzept und konnten so nach allen Vorbereitungen - wie z. B. dem Gestalten des Wohn- und Beschäftigungszimmers sowie sämtlichen Umzügen der Bewohner, die am Projekt teilnahmen - mit unserer Arbeit beginnen.

Einige Mitarbeiter waren am Anfang unsicher und ängstlich, da sie nicht wussten, wie sie mit der neuen Situation umgehen sollten. Andere Mitarbeiter wieder waren sehr motiviert und machten sehr viele gute Vorschläge, wie wir unserer Meinung nach die Bewohner noch besser betreuen und beschäftigen könnten.

Die Bewohner unseres Projekts beobachteten indes ihre neue Situation skeptisch. Jeden Tag gab es neue Beschäftigungsangebote und im Esszimmer saßen die Pflegekräfte mit am Frühstückstisch und unterhielten sich mit ihnen. Es war auch für sie alles neu und ungewohnt, aber sie gewöhnten sich sehr schnell an diese Annehmlichkeiten. Das Personal wurde anfangs immer wieder gefragt, ob es denn jetzt jeden Tag so wäre, dass sie gemeinsam essen oder zusammen singen und Gymnastik machen.

Die regelmäßig angebotenen Fortbildungen des MDK Rheinland-Pfalz, die von den Mitarbeitern rege wahrgenommen wurden, steigerten die Motivation in erheblichem Maße. Die Mitarbeiter, die anfänglich ängstlich und zurückhaltend waren, wollten jetzt auch im Projekt mitarbeiten. Eine Mitarbeiterin, die schon mehrere Jahre in der Pflege tätig war, äußerte, dass sie jetzt besser verstehe, wie sie auf bestimmte Verhaltensweisen demenzkranker Menschen reagieren könne. Zu dieser Zeit waren wir sehr zufrieden mit dem Ablauf des Projekts.

Da wir keine Umbaumaßnahmen vornehmen konnten, bemühte sich unser Heimleiter immer wieder um Veränderungen, die den Bewohnern eine angenehme und gemütliche Atmosphäre schaffen sollten.

Nach allen nötigen Vorbereitungen hatten wir im Mai 2004 mit dem Projekt begonnen. Zu dieser Zeit waren auch alle Bereiche im Haus bereit, sich in das Projekt einzubringen. Viele

ehrenamtliche Mitarbeiter boten ihre Hilfe an. Auf dem Wohnbereich wurde ein Tagesplan erstellt, der sehr vielfältige Aktivitäten und Beschäftigungsangebote enthielt. Diese Strukturen festigten sich so bei unseren Bewohnern, dass sie sich nach dem Frühstück von selbst im Wohnzimmer in den Stuhlkreis setzten und darauf warteten, dass die tägliche Gymnastikrunde begann.

Zu diesem Zeitpunkt waren immer zwei Pflegekräfte im neuen Wohnbereich zuständig. Für die Zukunft war vorgesehen, die neuen Angebote auch regelmäßig am Wochenende durchzuführen, was bis dahin aus personellen Gründen nicht immer möglich war. Bis November 2004 lief das Projekt zu unserer Zufriedenheit und der unserer Bewohner und Angehörigen. Es hatte sich bereits herumgesprochen, dass in unserer Einrichtung sehr viel für Bewohner mit Demenz getan und versucht wird, diese Menschen optimal zu betreuen.

Leider gab es im November 2004 personelle Veränderungen, die dazu führten, dass wir auf unserem Wohnbereich plötzlich mit 3 Planstellen weniger auskommen mussten. Dieser Umstand brachte unser ganzes Konzept durcheinander. Wir mussten in unserer täglichen Arbeit Abstriche machen, die vorwiegend die Beschäftigung im neuen Angebot betrafen. Wir waren an einem Tiefpunkt angelangt, welchen die Bewohner am schmerzhaftesten empfanden. Immer wieder mussten wir ihnen sagen, dass die Gymnastik ausfällt oder dass heute niemand zum Singen kommt. Die Auswirkungen ließen nicht lange auf sich warten, denn die Bewohner waren nach kurzer Zeit noch desorientierter als vor Beginn des Projekts. Die Mitarbeiter zeigten sich enttäuscht und demotiviert. Wie sollte es weitergehen, zumal sich auch die ehrenamtlichen Mitarbeiter angesichts der Überforderung immer mehr zurückzogen?

Kurze Zeit haderten wir mit der Situation, aber nach mehreren Gesprächen mit der Heimleitung und der Pflegedienstleitung und Mitarbeitern des MDK Rheinland-Pfalz wussten wir, dass wir weitermachen wollten. Im Laufe des Projekts und nach vielen Fortbildungen hatten wir erfahren, dass es nicht notwendig und im Sinn des Projekts ist, die Bewohner rund um die Uhr zu beschäftigen. Wir setzten uns also zusammen und überlegten, wie wir es schaffen könnten, die Bewohner weiterhin ihren Bedürfnissen entsprechend zu betreuen.

Dank der guten Organisation der Heimleitung und der Pflegedienstleitung werden unsere Bewohner täglich im Projekt betreut. Alle Wohnbereiche sind an der Arbeit beteiligt. Natürlich ist ein Beschäftigungsplan wie zu Beginn des Projekts nicht mehr möglich, aber aus unseren gewonnenen Erfahrungen wissen wir, dass es am Wichtigsten ist, dass unsere Bewohner immer einen Ansprechpartner haben, jemanden der für ihre Sorgen und Wünsche da ist und ihnen zuhört. Trotz aller Schwierigkeiten, die im Laufe des Projekts aufgetreten sind, sind wir doch froh, es in diesem Rahmen weiterführen zu können.

## **4. Zusammenfassung**

Die Ergebnisse des Projektes belegen, dass es in bestehenden Pflegeeinrichtungen möglich ist, auch unter den gegebenen Bedingungen (gleicher Pflegesatz, gleiches Personal, keine zusätzlichen finanziellen Mittel) und im laufenden Betrieb grundlegende strukturelle und inhaltliche Veränderungen vorzunehmen und einen milieuthérapeutisch ausgerichteten Wohnbereich für Bewohner mit Demenz einzurichten. Sieben der acht Projekteinrichtungen haben dies unter Beweis gestellt und erfolgreich umgesetzt.

In allen Projekteinrichtungen, die das Konzept umsetzten, sind die neuen Strukturen weiterhin vorhanden und die Konzepte werden weiter mit Leben erfüllt. Die Projekteinrichtungen sind vom Konzept überzeugt, sowohl bezüglich der positiven Auswirkungen auf die Bewohner, als auch aufgrund der positiven Resonanz der Mitarbeiter. Keine der Projekteinrichtungen hat es bereut, diesen Weg eingeschlagen zu haben. Sie sehen in der Umsetzung für ihre Pflegeeinrichtung Vorteile, die auch weit über ein besseres Marketing hinausgehen. Sie sind überzeugt, damit die Lebensqualität ihrer Bewohner mit Demenz deutlich verbessert zu haben. Positive Resonanzen, die in die gleiche Richtung gehen, erhalten sie dabei von Hausärzten, Therapeuten, Angehörigen, Besuchern und Schulklassen, die die Pflegeeinrich-

tung besuchen. Sie sind von dem Konzept so überzeugt, dass sie bereits weitere Wohnbereiche umgewidmet und umstrukturiert haben bzw. noch umwidmen werden.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist neben dem Willen zur Veränderung sowohl bei der Leitung als auch den Mitarbeitern die tatkräftige Unterstützung durch den Träger.

Auch die entsprechenden Ressourcen müssen zur Verfügung gestellt werden. Eine Qualifizierung aller Mitarbeiter ist zwingend erforderlich, da bezüglich der Erkrankung Demenz, ihrer Symptome und Auswirkungen sowie des Umgangs mit Personen mit Demenz auch bei Fachkräften erhebliche Wissensdefizite bestehen. Neben der Anpassung der bestehenden Pflegekonzepte müssen die Mitarbeiter bei der Umsetzung in die Praxis unterstützt und begleitet werden. Das Dementia Care Mapping stellt bei der Umsetzung von Konzepten zur Förderung, Pflege und Betreuung ein gutes Instrument zur Qualitätsentwicklung dar und bietet den Pflegekräften eine direkte Rückmeldung zur Qualität von Pflege, Umgang, Kommunikation und Empathie mit den Bewohnern. Es sollte insbesondere in den Pflegeeinrichtungen, die ihren Fokus auf die Förderung, Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz gerichtet haben, Eingang finden.

Die Pflegeeinrichtungen werten die Veränderungen, die sie angestoßen und umgesetzt haben, als einen vollen Erfolg. Sie werden den Bedürfnissen ihrer Bewohner heute viel besser gerecht. Die Lebensqualität der Menschen mit Demenz in ihren Einrichtungen ist entscheidend gestiegen. Gleichzeitig sind ihre Mitarbeiter bei allen nicht zu leugnenden Belastungen mit ihrer Situation zufriedener.

## 5. Literaturverzeichnis

Böhm, E. (2004). Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I Grundlagen. Wien, München, Bern: Maudrich Verlag.

Bradford Dementia Group (Hrsg.) (1997). Demenzpflege evaluieren. Die DCM Methode. Übersetzung: Christian Müller-Hergl. 7. überarbeitete Auflage. Bradford: University of Bradford.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P. (1998). The effects of an enhances environment on nursing home residents who pace. (S. 199 – 208). The Gerontologist 38 (2). Washington, DC: Gerontological Society Of America.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2001). Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Berlin: Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V..

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 10. 07.1995 in der Fassung vom 07.06.2000 der Spitzenverbände der Pflegekassen (1996). Essen: <http://www.mds-ev.org/index2.html>, Zugriff: 01.12.2006.

KDA (2000), Hausgemeinschaften, die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus, Band 8, Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

KDA (2003), Brandschutz in Altenpflegeheimen. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe.

Kitwood, T. (2000). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Übersetzung: Michael Herrmann. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Krebs, E. (1998). Mehr als eine Qualitätskontrolle. (S. 18 – 21). Forum Sozialstation 8. Rhienbach. Forster Tintenfass Verlag.

Lankisch P. G. (2002). Der ungewollte Gewichtsverlust: Diagnostik und Prognose. (S. 1086 – 1094). Deutsches Ärzteblatt 99. Köln: Verlag Deutsches Ärzteblatt.

Lawton, M. P. (1981). Sensory deprivation and the effect of the environment on the management of the patient with senile dementia. (S. 227 – 251). In: Miller, N., Cohen, G. (Hrsg.). Clinical aspects of Alzheimer's disease and senile dementia. New York: Raven Press.

Maciejewski, B. et al. (2001). Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Kuratorium Deutsche Altershilfe. (S.II/7 – 13). Köln: Moeker-Merkur Druck.

MDS (2005). Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Essen: <http://www.mds-ev.org/index2.html>, Zugriff: 01.12.2006.

Ministerium der Finanzen Rheinland-Pfalz (2005). „Brandschutztechnische Anforderungen an Heime. Entwurf eines Rundschreibens des Ministeriums der Finanzen. Stand: 12. April 2005.  
[http://www.fm.rlp.de/bauen/baurecht\\_und\\_bautechnik/baurechtliche\\_vorschriften\\_in\\_rheinlandpfalz/entwurf\\_heimbaurichtlinie.pdf](http://www.fm.rlp.de/bauen/baurecht_und_bautechnik/baurechtliche_vorschriften_in_rheinlandpfalz/entwurf_heimbaurichtlinie.pdf), Zugriff: 23.11.2005.

Moll, D. (2002). Konzepten Raum geben. (S. 102 – 104). Heim und Pflege, 4. München, Jena: Urban & Fischer.

Perrin, T., May, H. (2000). Wellbeing in Dementia. An Occupational Approach for Therapists and Carers. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St. Louis, Sidney, Toronto: Churchill Livingstone.

Riesner, C. (2005). Das neue Verständnis von Demenz im person-zentrierten Ansatz von Tom Kitwood. In: „Wie geht es Ihnen?“ Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Schindler, U. (Hrsg.) (2003). Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag.

Seiler, W. O. (1999). Hohes Vorkommen von Malnutrition bei kranken Betagten. (S. 168 – 172). Ernährungs-Umschau 46. Sulzbach: UMSCHAU ZEITSCHRIFTENVERLAG Breidenstein GmbH

Sheps, C. G. (2006). Center for Health Services Research. Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH). <http://www.unc.edu/depts/tessnh/index.html>, Zugriff: 01.12.2006.

Sloane, P. D. et al. (1998). Environmental correlates of resident agitation in alzheimer's disease special care units. (S. 862 – 869). Journal of the American Geriatric Society, 46. Malden: Blackwell Science.

Sloane, P. D. et al. (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): An Observational Instrument for Assessing the Physical Environment of Institutional Settings for Persons With Dementia. (S. 569 – 578). Journal of Gerontology. Vol 57. Series B. St. Louis: Gerontological Society of America.

Weibler, U. (2005). Ernährungsstörungen bei Demenz – Sondenernährung und alternative Versorgungskonzepte. (S. 71 – 76). In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 81. Jahrgang. Stuttgart, New York: Thieme

Weyerer, S. et al. (2005). Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich. (S.85 – 94). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

Wojnar, J. (2005). Die Welt der Demenzkranken, <http://www.sozialag.de/downloads/de/1046460858.pdf>, Zugriff: 24.07.2006.

Zeisel, J. et al. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. (S. 687 – 711). The Gerontologist 43/5. Washington DC: Gerontological Society Of America.