

# Einrichtungskonzept “Wohnen und Leben mit Demenz“ im Caritas-Altenzentrum St. Maternus des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V. (Stand November 2015)



*Bewohner des Caritas-Altenzentrum St. Maternus, welche im Rahmen einer Fotoausstellung am 10.12.2015 unter dem Titel: „Demenz – die kleinen Dinge im Alltag“ teilgenommen haben*

<b>Inhaltsverzeichnis:</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Demenz</b>	3
1.1. Einleitung	3
1.2. Schnittstellen mit anderen Konzepten und Pflegeleitbild	3
<b>2. Zielsetzung</b>	3
<b>3. Leben im Caritas-Altenzentrum St. Maternus</b>	4
3.1. Haltung gegenüber den Betroffenen	5
3.2. Biografie	6
3.3. Gesamtmilieu	6
3.4. Orientierungshilfen	8
3.5. Bewohnereinzug	8
3.6. Umgang mit herausforderndem Verhalten	9
3.7. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	10
<b>4. Betreuungsorganisation</b>	11
4.1. Bezugspflege/ Pflegesystem	11
4.2. Gerontopsychiatrische Fachkräfte / Pflegeexperten	13
4.3. Soziale Betreuung	13
4.4. Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI	14
4.5. Präsenzkräfte	15
4.6. Rezeption	16
<b>5. Pflege- und Betreuungsdokumentation</b>	17
5.1. Verwendete Screenings und Assessments	18
5.2. Verwendete Standards	18
<b>6. Expertengremien, Informations- und Kommunikationsstrukturen</b>	19
6.1. Übergaben, Teambesprechung und Fallbesprechung	19
6.2. Ethikrat, Supervision und Qualitätszirkel Demenz	20
6.3. Angehörigenabende und Heimbeirat	21
<b>7. Weiterbildung im Schwerpunkt Demenzbetreuung</b>	21
<b>8. Sterben und Demenz</b>	22
<b>9. Qualität</b>	23
<b>10. Glossar</b>	23
<b>11. Quellenverzeichnis</b>	25

## **1. Demenz**

Die Demenz ist eine fortschreitende Erkrankung, die vor allem mit dem Verlust der kognitiven und alltagsrelevanten Fähigkeiten verbunden ist. Sie entwickelt sich über viele Jahre und kann sehr unterschiedliche Ursachen und Verläufe aufweisen. Die Demenz wird nach der internationalen Diagnose-Klassifikation (ICD 10) als psychische Erkrankung definiert. Die Demenz ist gekennzeichnet durch die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten (z.B. Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens). Die Erkrankung dauert mindestens ein halbes Jahr und kann das alltägliche Leben durch Bewusstseinstörung, emotionale Labilität, Reizbarkeit und Apathie (Teilnahmslosigkeit) beeinflussen.

### **1.1. Einleitung**

Das Einrichtungskonzept benennt ergänzend zu der Metaebene des Rahmenkonzeptes „Wohnen und Leben mit Demenz“ in den Caritas-Altenzentren die Umsetzung und Besonderheiten der demenziellen Versorgung im Caritas-Altenzentrum St. Maternus.

Im Zentrum des Konzeptes stehen die erkrankten Bewohner/innen und die Frage, wie in deren persönlichen und allgemeinen Lebensbereichen Orientierungshilfen, Unterstützung und Kontinuität in der Lebensbegleitung im Rahmen von Bezugspflege und multiprofessioneller Betreuung hergestellt wird.

Das Einrichtungskonzept definiert die generelle Grundhaltung gegenüber der Betroffenen und beschreibt den Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Demenz, freiheitsbeschränkende Maßnahmen und die letzte Phase: Sterben mit einer Demenzerkrankung.

Das Controlling im Sinne von Betreuungsdokumentation, Kommunikationsstrukturen und Gremien und das fachliche Profil der Mitarbeiter/innen werden ebenfalls skizziert.

### **1.2. Schnittstellen mit anderen Konzepten**

In dieses Rahmenkonzept fließen inhaltlich das Leitbild des Caritasverbandes Köln, das Pflegeleitbild der Caritas-Altenzentren, das gemeinsame Ziel- und Leitkonzept der Caritas-Altenzentren „Wir pflegen Menschlichkeit“, das Rahmenkonzept „Wohnen und Leben mit Demenz“, das Konzept Zusatzbetreuung nach SGB XI §87b der Caritas-Altenzentren, das Rahmenkonzept „Soziale Betreuung“ der Caritas-Altenzentren, das Rahmenkonzept „Palliative Care“ der Caritas-Altenzentren, das Rahmenkonzept „Seelsorge“ und das Konzept zur Speiserversorgung in den Caritas-Altenzentren mit ein.

## **2. Zielsetzung**

- Aufgabe des Einrichtungskonzeptes ist es, einen dauerhaften Betreuungs- und Pflegeprozess zu initiieren, zu steuern und zu reflektieren. Das Caritas-Altenzentrum St. Maternus verfügt über ein Einrichtungskonzept, das das komplexe Betreuungs- und Versorgungsangebot von dementen Bewoh-

ner/innen in der Einrichtung ergänzend und detailbezogen zum Rahmenkonzept widerspiegelt.

- Ein demenzgerechtes Umfeld und eine ebensolche Atmosphäre werden beschrieben.
- Alle übergeordneten Rahmenkonzepte des Caritasverbandes Köln, die Vorgaben durch den MDK und des WTGs (Wohn- und Teilhabegesetzes) sind in den Qualitätsanforderungen mindestens erfüllt.
- Das Konzept gibt die Haltung zum Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner/innen wieder und beschreibt den Umgang mit herausforderndem Verhalten sowie mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.
- Verständnis für die hohe Bedeutung der Biografiearbeit im Prozess der Betreuung wird geweckt.
- Die Mitarbeiterstruktur und -qualifikation wird den aktuellen Anforderungen an die Pflege demenziell Erkrankter angepasst, hierzu wird die Fortbildungsplanung prospektiv gestaltet.
- Die interne und externe Vernetzung, die Kommunikation und Supervision der Mitarbeiter/innen sowie die Zusammenarbeit mit Angehörigen werden dargestellt.
- Das Einrichtungskonzept beschreibt die spezielle Dokumentation, Planung und Fallbesprechung bei der Betreuung von Menschen mit Demenz.
- Qualitätsentwicklung und -sicherung werden definiert.

### **3. Leben im Caritas-Altenzentrum St. Maternus**

Die Einrichtung St. Maternus ist aufgeteilt auf vier Etagen mit 128 Bewohnerplätzen. Im Untergeschoss, Erdgeschoss, 1. und 2. Obergeschoß befinden sich die vollstationären Wohnbereiche „Trepplchen“, „Kapellchen“, „Alte Liebe“ und „Rodenkirchener Brücke“. Das Caritas-Altenzentrum verfolgt derzeit noch das Prinzip von größeren Wohnbereichen, welche aber in den nächsten Jahren in kleinere Hausgemeinschaften umgewandelt werden. Hierzu liegen schon Planungen vor, welche ab 2016/2017 realisiert werden.

Derzeit hat jeder Wohnbereich 28 bis 36 Plätze, wovon der Großteil Einzelzimmer sind. Grundsätzlich können in allen vollstationären Wohnbereichen Menschen mit demenzieller Erkrankung leben und brauchen nach Einzug innerhalb der Einrichtung auch bei Veränderung des Krankheitsbildes oder Verschlechterung nicht umzuziehen.

Eine Besonderheit stellt der Wohnbereich „Trepplchen“ dar. Dieser widmet sich in besonderer Weise der Betreuung von Menschen mit Demenz, denn dieser verfügt u.a. über einen geschützten Außenbereich und Außentüren mit einer „niederschweligen“ Sicherung durch elektrische Türöffner.

Das Caritas-Altenzentrum St. Maternus hat einen ca. 1500 Quadratmeter großen, geschützten Garten, welcher angeschlossen an den „Wohnbereich Treppchen“ liegt. Somit ist der Garten vom Wohnbereich „Treppchen“ durch zwei Ausgänge kontinuierlich zugänglich. Der Außenbereich ist als Rundlauf angelegt, in dessen Rand sich höher gelegene Blumenbeete befinden bzw. weiterhin noch installiert werden, so dass auch Rollstuhlfahrer/innen oder Bewohner/innen, die sich nicht bücken können, die Bepflanzungen sehen, riechen und berühren können. Ergänzend soll in der Zukunft hier ein Tiergehege mit Kleintieren (z.B. Kaninchen, Meerschweinchen) Platz finden, damit unsere dementen Bewohner/innen die Möglichkeit haben die Tiere zu beobachten, zu streicheln und zu füttern.

Der segregative<sup>1</sup> Wohnbereich „Treppchen“ ist Menschen vorbehalten, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Vorliegen einer mindestens mittelschweren Demenz
- Vorliegen einer detaillierten Diagnose „demenzielle Erkrankung“ des Arztes bzw. Differentialdiagnose des Facharztes

Die Pflege und Begleitung der Bewohner/innen mit Demenz auf den Wohnbereichen orientiert sich am christlichen Menschenbild, so wie es nach unserem Verständnis auch im Leitbild des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V. und dem Pflegekonzept des Caritas-Altenzentrums St. Maternus beschrieben ist.

### **3.1. Haltung gegenüber den Betroffenen**

Wir begreifen Demenz als eine Möglichkeit menschlichen Seins – nicht das Andersartige steht im Vordergrund, sondern die gemeinsamen Möglichkeiten für ein Miteinander und das Mensch-Sein als verbindendes Element. Daraus leiten wir die Grundsätze unseres fachlichen Handelns ab:

Die Anerkennung der Würde der Menschen mit Demenz verpflichtet uns

- zur Beachtung ihrer Wünsche, Interessen, Vorlieben und Gewohnheiten.
- zum Erkennen und Fördern der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie zur Reaktivierung solcher, die verloren gegangen sind.
- zum Schutz der Intim- und Privatsphäre.
- zum Schutz vor Gefahren für Körper und Seele.
- zur Sicherung der Freiheit und Selbstbestimmung.
- zur Ermöglichung sozialer Integration bis in die schwerste Demenzphase.
- zur Sicherstellung des Rechts auf Informationen, Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen).

---

<sup>1</sup> vgl. Dürrmann, Peter ( 2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung. S. 152.

- zur Bereitstellung von Wahl- und Kontrollmöglichkeiten.
- zur Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit.
- zur Unterstützung der allgemeinen Orientierungsfähigkeit.
- zur begleitenden Unterstützung in Krisensituationen.
- ein Wohnumfeld zu gestalten, welches es ihnen ermöglicht, sich trotz ihrer Einschränkungen wohlfühlen.

Es soll für unsere Bewohner/innen spürbar sein, dass sie als Menschen angenommen werden. Ihren Verunsicherungen soll die Sicherheit verlässlicher Strukturen entgegengesetzt werden.

### **3.2. Biografie**

Das Leben und die Betreuung in der Einrichtung, welche sich durch Normalität und Individualisierung auszeichnen soll, orientieren sich an den lebensgeschichtlichen Erfahrungen und jeweiligen Bedürfnislagen der einzelnen Bewohner/innen. Die Biografie ist dabei die elementare Grundlage, auf der die Informationen, die über eine Person gesammelt werden, erst einen Gesamtzusammenhang erkennen lassen.

Bei Menschen mit Demenz wird es manchmal schwierig bis unmöglich sein, die Lebensgeschichte in ihren maßgeblichen Zügen zu ergründen. Wir sind daher auf Angaben von Angehörigen, Freund/innen oder Betreuer/innen angewiesen, welche natürlich freiwillig sind. Sie werden mittels des Biografiebogens, durch Beobachtung und durch Befragung erhoben. Die Biografieerhebung wird als andauernder Prozess wahrgenommen und durchgeführt.

Die Kenntnis der Lebensgeschichte ist gerade deshalb so wichtig, weil sie das aktuelle Erleben und Verhalten des Menschen verstehbar machen kann. Die Kenntnis der Wünsche, Interessen, Vorlieben und Gewohnheiten wird bei allen Aktivitäten und therapeutischen Maßnahmen im Ablauf des täglichen Lebens beachtet. Die Berücksichtigung lebenslanger Gewohnheiten unterstützt das Gefühl, ein Zuhause gefunden zu haben. Das Eingehen auf Interessen und Vorlieben erhält Kenntnisse und Fähigkeiten – stärkt also das Selbstwertgefühl – und beugt Rückzugstendenzen vor, die oftmals bei Menschen mit Demenz vorzufinden sind.

### **3.3. Gesamtmilieu**

Das Gesamtmilieu beschreibt das physische und strukturelle Umfeld der Bewohner/innen. Es soll Orientierung bieten, körperliche Sicherheit gewährleisten, gleichzeitig jedoch ein Zuhause sein, in dem die Betroffenen sich und ihre Geschichte wiederfinden. Eine der wichtigsten Anforderungen an ein gutes Milieu ist die Normalität, die in der Einrichtung jedoch eingeschränkt sein kann. Tagesläufe sollen sich deshalb nach Möglichkeit an den Bedürfnissen der Bewohner/innen orientieren. Es soll ein Milieu gestaltet werden, welches sie Vertrauen fassen lässt – weil es an

Vertrautes anknüpft und erinnert. Hierbei sollen die Prinzipien „Individualisierung“ und „Normalisierung“ zum Tragen kommen: Eine Orientierung an den lebensgeschichtlichen Erfahrungen und jeweiligen Bedürfnislagen der Bewohner/innen, eine lebensnahe Tagesstrukturierung und -gestaltung. Zur Normalität gehört zudem Freiräumigkeit, die sich u.a. in der Nutzung eines zugänglichen und beschützenden Gartens ausdrücken kann. Die Milieus sollen neben den Aspekten Sicherheit und Orientierung vor allem auch emotionale Sicherheit bieten; dies soll durch eigene Möblierung und individuelle Symbole erreicht werden.

Das Gesamtmilieu sollte auch die besonderen Ernährungsansprüche demenziell erkrankter Bewohner/innen aufgreifen, die beispielsweise nicht mehr mit Messer und Gabel essen können oder zu unruhig sind, um sitzenzubleiben.

Bei vielen Menschen mit Demenz kommt es im Verlauf der Erkrankung zudem zu Gewichtsverlusten; diese sind verbunden mit Mangelernährung. Verantwortlich dafür sind Änderungen im Stoffwechsel und kognitive Einbußen. Die Ernährung soll deshalb in Zeit, Ort und Zubereitung den Anforderungen demenziell Erkrankter entsprechen.

Mit folgenden Maßnahmen und Aktionen soll deren Ernährungssituation verbessert werden:

- Spätmahlzeit für alle Bewohner/Innen und wahlweise ein weiterer Imbiss für die, die später in der Nacht nochmal wach werden.
- Getränkespender mit süßen und farbigen Säften
- Unterschiedliche Trinkgefäße werden angeboten.
- Getränke werden nach Vorgaben oder Bedarf angedickt (bei Schluckstörungen u.U. nach Absprache mit einem Logopäden).
- Bei den Speisen können einzelne Komponenten auf Wunsch eingefärbt werden.
- Fingerfood oder andere aktuelle Darreichungsformen von Speisen für demenziell Erkrankte können immer angefordert werden.
- Die Bewohner/innen können nach Wunsch an einem Tisch mit mehreren Personen sitzen und dort z.B. durch das gemeinsame Speisen in Gesellschaft zum Essen animiert werden.
- Obst wird in einer für die Bewohner/innen essbaren Form angeboten, z.B. in kleinen Stücken oder püriert.
- Hochkalorische Kost bei Untergewicht oder bei einem hohen Kalorienverbrauch wird unter ärztlicher Beratung angepasst und angeboten
- Ästhetische Zubereitung pürierter Kost mittels Silikonformen und dekorativer Tellergestaltung
- Eat by walking: Wir bieten vor allem im Wohnbereich „Treppchen“ in jedem Flur kleine Regale mit Fingerfood-Snacks an, damit vor allem Bewoh-

ner/innen mit einem erheblichen Bewegungsdrang und hohem Kalorienverbrauch, jeder Zeit die Möglichkeit der Nahrungsaufnahme haben.

- Um eine möglichst eigenständige Ernährung lange zu erhalten, werden die Bewohner/innen in die Auswahl der Speisen einbezogen und der biografische Kontext wird berücksichtigt.

### **3.4. Orientierungshilfen**

#### **Allgemeine Orientierungshilfen:**

- An allen Bewohnerzimmern befinden sich Namensschilder. Zudem besteht die Möglichkeit, ein Foto oder individuelles Symbol zur Erkennung des Zimmers anzubringen.
- An den Türen der Nasszellen im Zimmer kann ein Schild „WC“ angebracht werden.
- Die Fußböden der Wohnbereiche sind oder werden zukünftig mit unterschiedlichen Bodenbelägen ausgestattet.
- Um innerhalb einer Etage eine bessere Orientierung und Unterscheidung zu haben, sind die Aufenthaltsräume je Etage unterschiedlich farblich gestaltet. Die Möbel, die Gardinen und die Dekoration sind entsprechend farblich angepasst.
- Im Eingangsbereich des Caritas-Altenzentrums sowie im Fahrstuhl sind Wegweiser angebracht.
- Schilder auf dem Flur zeigen den Weg zu den jeweiligen Wohnbereichen.
- Die Etagen sind nach besonderen Plätzen im Stadtteil Köln-Rodenkirchen benannt.
- Der Rezeptionsbereich ist farblich hervorgehoben.

#### **Individuelle Orientierungshilfen:**

- Individuelle und kreative Orientierungshilfen werden auf Wunsch der Bewohner/innen und Angehörigen durch die Soziale Betreuung oder Betreuungskräften nach § 87B SGB XI erstellt.

### **3.5. Bewohnereinzug**

Der Einzug bedeutet für demenziell erkrankte Personen immer eine große Umstellung, da die erlernten Strategien, Orientierungspunkte und Bezugspersonen sich plötzlich verändern.



Der Prozess des Einzugs im Caritas-Altenzentrum St. Maternus gliedert sich grob in drei Phasen: Vorfeldarbeit, Einzugsereignis und Eingewöhnungsphase. Da vor allem die Anfangszeit für die Betroffenen schwierig ist, wird diese Zeit engmaschig von den verschiedenen Berufsgruppen begleitet.

In der Vorfeldarbeit können u.a. durch Vorgespräche oder Besuche im Zuhause der Bewohner/innen schon biografische Daten, Gewohnheiten, pflegerische Daten usw. erfasst werden. Ggf. können Gespräche mit den Angehörigen und/oder Bewohner/innen in der Einrichtung vereinbart werden, um Wünsche und (pflegerische) Ziele zu thematisieren und abzustimmen.

Am Einzugstag ist, sofern möglich, das Zimmer bereits persönlich gestaltet (z.B. mit eigenen Möbeln oder persönlichen Gegenständen etc.), damit die/der Bewohner/in sich leichter eingewöhnen kann. Das Namensschild und ggfls. ein Bild (nach Wunsch, zwecks Orientierungspunkt) wird bereits an der Zimmertür angebracht sein und ein angebotener/fester Platz im Wohnraum besteht. Zur Begrüßung wird dem/der neuen Bewohner/in ein Einzugspräsent überreicht und in den darauffolgenden Tagen wird dem/der Bewohner/in der Wohnbereich in allen Örtlichkeiten intensiv gezeigt.

Um die Eingewöhnungsphase zu erleichtern, ist schon vor Einzug der/s Bewohner/in die Bezugspflegefachkraft bestimmt worden, welche die Kontinuität in der Pflege für die ersten Tage in der pflegerischen Betreuung gewährleistet.

### **3.6. Umgang mit herausforderndem Verhalten**

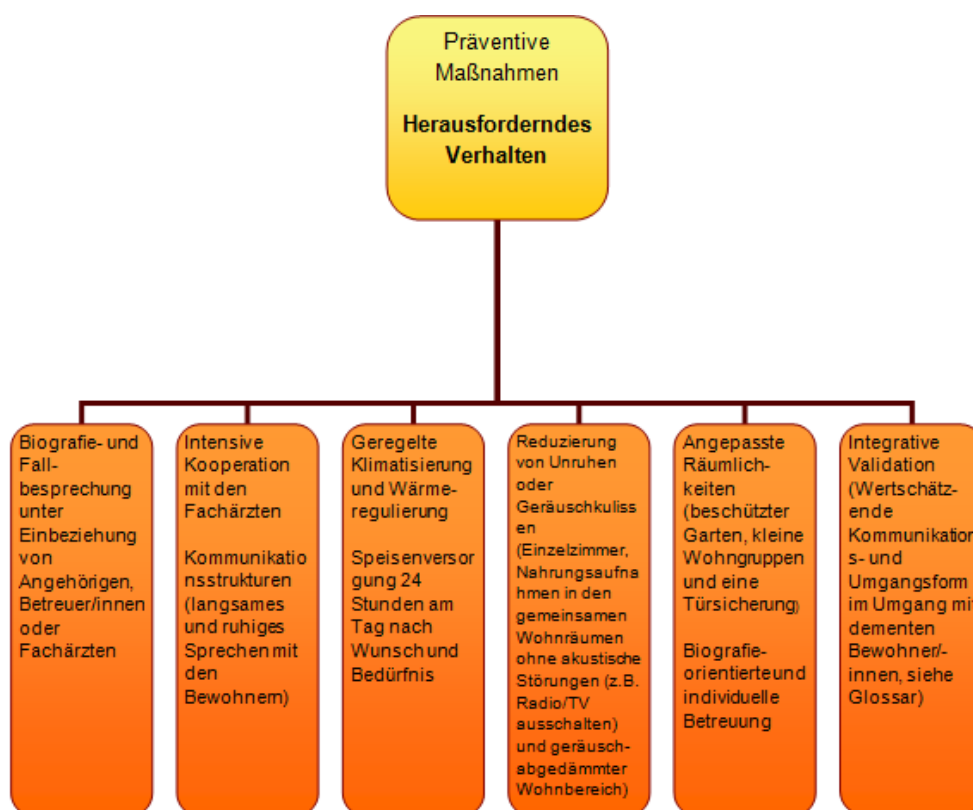
Herausfordernde Verhaltensweisen (siehe auch Glossar) entstehen vermehrt bei demenziell erkrankten Menschen und können bei den Betroffenen, Mitbewohner/innen und Angehörigen zu Hilflosigkeit und Überforderung führen. Herausfordernde Verhaltensweisen können beispielsweise sein:

- Weglauftendenzen
- Fehleinschätzung gefährlicher Situationen
- Unsachgemäßer Umgang mit Aggressivität und Autoaggressivität
- Unerwünschtes Betreten fremder Räume
- Selbstgefährdung bei gestörtem Essverhalten (bis hin zu Schluckstörungen)
- Gedächtnisverlust oder Orientierungsstörungen
- weitere Handlungen, die zu Problemen im Zusammenleben führen können, z.B. inadäquates An- und Ausziehen
- Verstecken, Verlegen und/oder Sammeln von Lebensmitteln, Gegenständen
- Urinieren und Einkoten in Wohnräumen
- Auffälliges sexuelles Verhalten
- Anhaltendes Schreien

Alle an der Betreuung beteiligten Personen suchen nach den Ursachen für dieses Verhalten (verstehende Diagnostik). Hierzu wird als erstes geschaut, ob die Ursache des Verhaltens beispielsweise durch Schmerzen (Einschätzung erfolgt durch

die ECPA (frz. Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes, siehe Glossar) verursacht wird oder durch nicht befriedigte Grundbedürfnisse (Hunger, Durst, Kälteempfinden etc.). Zur Einschätzung von herausforderndem Verhalten wird die Cohen-Mansfield-Skala (CMAI, siehe auch Glossar) verwendet.

Des Weiteren werden präventive Maßnahmen bei herausforderndem Verhalten wie folgt angewendet:



### 3.7. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Ein wesentliches Ziel unserer pflegerischen Betreuung im Caritas-Altenzentrum St. Maternus besteht darin, **freiheitsbeschränkende Maßnahmen** durch Hilfsmittel oder kreative Methoden zu **verhindern**.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden nur nach den gesetzlichen Grundlagen (Antrag beim Amtsgericht) angewendet, wenn eine erkennbare und anhaltende Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Eine Ausnahme besteht dann, wenn der/die Bewohner/in aufgrund eines individuellen Sicherheitsbedürfnisses einschränkende Maßnahmen ausdrücklich wünscht. Hierzu gibt es klare Verhaltensregelungen unter Abstimmung mit dem Amtsgericht, wie mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in den Caritas-Altenzentren umzugehen ist.

Unsere Hilfsmittel wie Hüft- und Gürtelprotektoren, Kopfhelme, Niedrigbetten und Sturzmatten etc. schützen bei Sturzgefahr als präventive Maßnahmen vor Verletzungen und verhindern gezielt freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Unsere ge-

schützten Wohnbereiche und Außentüren mit einer „niederschwelligen“ Sicherung durch elektrische Türöffner reduzieren die Gefahr von Weglauftendenzen.

Kreative Methoden in Form von gezielter Beschäftigung der Demenzerkrankten, Einbindung der Bewohner/innen in das Tagesgeschäft der Mitarbeiter/innen zwecks Beaufsichtigung und ggfls. Einbeziehung/ Coaching durch Angehörige (Ressourcennutzung des Wissenstandes der Angehörigen im Umgang mit ihren dementen Anverwandten) verhindern Sturzgefahr/Weglauftendenzen und fördern neue Wege. Bei den fest terminierten Pflegevisiten werden zudem alle Psychopharmaka darauf überprüft, ob diese noch notwendig sind und ob sie einen freiheitsbeschränkenden Charakter haben.

Für das Thema freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden alle Mitarbeiter/innen sensibilisiert mit dem Ziel, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen die letzte Möglichkeit am Ende einer professionellen Handlungskette darstellen. Das Thema wird fortlaufend für alle Angehörigen öffentlicher gemacht und das Caritas-Altenzentrum St. Maternus ist zum Thema innerhalb des Caritas-Verbandes und in städtischen Gremien vertreten.

#### **4. Betreuungsorganisation**

Die Betreuungsorganisation für unsere dementen Bewohner/innen setzt sich primär aus der Bezugspflege, Gerontopsychiatrischen Fachkräften, Sozialer Betreuung, Zusatzbetreuung, Präsenzkraften und Mitarbeiter/innen an der Rezeption zusammen. Nachfolgend werden alle Bereiche dargestellt.

##### **4.1. Bezugspflege/ Pflegesystem**

Als Pflegesystem wird die Bezugspflege angewendet und vertieft, deren Aufgaben, Ziele und Besonderheiten wie folgend konzipiert und charakterisiert sind:

- Die Bezugspflegekraft übernimmt eine Anwaltschaft für den Bewohner. Beziehungspflege beruht auf Gegenseitigkeit.
- Sie ist im Alltag präsent, stellt Vertrautheit her und sorgt für den Aufbau einer Beziehung.
- Sie für die pflegerische Dokumentation des/der Bewohner/in verantwortlich.
- Sie hilft bei der Versorgung und trägt dafür Sorge.
- Die Bezugspflegefachkraft ist Bindeglied zwischen den verschiedenen Akteuren wie Angehörigen, Ärzten, Therapeut/innen, Sozialer Betreuung und den anderen Kolleg/innen.
- Bezugspflege gestaltet bewohner- und organisationsbezogene Prozesse.
- Bezugspflege bedarf einer beziehungsorientierten Dienstplangestaltung.
- Angehörige sind Teil des Prozesses und der Beziehung.

In der Begleitung demenziell erkrankter Bewohner ist die Bezugspersonenpflege ein Schlüsselement, das nicht nur die Prozesse sichern soll, sondern vor allem Verlässlichkeit für die Bewohner/innen herstellen kann.

Die Begleitung von Menschen in ihrer Demenz bedeutet für die Mitarbeiter/innen, sie im Erhalt des Personseins zu unterstützen, d.h. „Hilfs-Ich“-Funktionen zu übernehmen. Basis für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten ist eine validierende, wertschätzende Grundhaltung, die sich durch Einfühlungsvermögen in die Situation der Betroffenen, einer Akzeptanz der Demenz sowie der hieraus resultierenden Lebensweisen auszeichnet. Zur Umsetzung dieser grundsätzlichen Überlegungen in die professionelle Praxis wird das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel genutzt.<sup>2</sup> In der folgenden Aufzählung werden wesentliche Aspekte der AEDLs (Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens) in Bezug auf demenziell Erkrankte Bewohner/innen benannt:

- kommunizieren können
- sich bewegen können
- vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können
- sich pflegen können
- essen und trinken können
- ausscheiden können
- sich kleiden können
- ruhen, schlafen, entspannen können
- sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können
- die eigene Sexualität leben können
- für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können
- soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können
- mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Die Umsetzung von Bezugspflege im Rahmen des Pflegemodells nach Monika Krohwinkel erfolgt in allen Caritas-Altenzentren. Die 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens sind zentraler Bestandteil der Pflege- und Betreuungsorganisation. Des Weiteren werden zusätzliche Indikatoren wie:

- das Wohnen
- persönlichen Besitz verwalten
- Beziehungen aufnehmen, erhalten und beenden
- mit Problemen und Realitäten umgehen
- sich informieren und orientieren
- seine Rechte wahrnehmen, seine Pflichten erfüllen

(nach Chris Abderhalden) zwecks Integration und Normalisierung des Alltags bei demenziell erkrankten Bewohner/innen berücksichtigt.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> vgl. Löser, Angela (2003): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel.

<sup>3</sup> vgl. Abderhalden, Chris (2011): Lehrbuch psychiatrische Pflege.

## 4.2. Gerontopsychiatrische Fachkräfte / Pflegeexperten

Die Zusatzausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft bzw. Pflegeexperte für Gerontopsychiatrie umfasst ergänzend zur Altenpflege- oder Gesundheitspflegeausbildung psychiatrisch-medizinische Grundlagen, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundlagen, aktuelle pflegerische Erkenntnisse im Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen, spezielle Konzepte und Methoden in der Gerontopsychiatrie (Wahrnehmung/Kommunikation) und rechtliche Grundlagen. Unsere gerontopsychiatrischen Fachkräfte sind vor allem in unserem segregativen Bereich im Einsatz (Wohnbereich „Treppchen“) und runden das multiprofessionelle Team ab. Sie coachen regelmäßig alle Berufsgruppen in Umgang mit und Besonderheiten von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Auffälligkeiten wie z.B. Demenz. Wir haben es uns zum Ziel gemacht, dass zukünftig in jedem Wohnbereich mindestens eine gerontopsychiatrische Fachkraft vorhanden ist, um die integrativen Bereiche, in denen auch Bewohner/innen mit einer Demenz leben, fachlich zu profilieren. Diese Pflegeexperten in der Gerontopsychiatrie nehmen auch an unserem internen Qualitätszirkel Demenz teil (siehe auch Kapitel 6.2.).

## 4.3. Soziale Betreuung

Die Soziale Betreuung im Caritas-Altenzentrum St. Maternus versteht sich als Bestandteil einer wertschätzenden, aktivierenden, ressourcen- und biografieorientierten Betreuung im Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner/innen. Die primären Ziele sind, die Beschäftigung und Tagesstrukturierung zu verfolgen, eine Steigerung des Selbstwertgefühls und des Wohlbefindens der Bewohner/innen zu bewirken, Anerkennung zu vermitteln und ein positives Selbsterleben zu ermöglichen. Vor allem sollen jedoch möglichst lange soziale Kontakte angebahnt und erhalten werden.

Hierzu werden Beschäftigungsangebote und Aktivitäten eingesetzt, die einen Bezug zum bisherigen Lebensstil und Lebensrhythmus besitzen und die Möglichkeit zur Selbstbestätigung im Vollzug alltagsbezogener Tätigkeiten bieten, die dabei mit Humor, Geselligkeit und Erfolg verbunden sind. Unsere Bewohner/innen werden in Form von Einzel- und Gruppenangebote (integrativ) je nach individuellen Möglichkeiten betreut:

- Mit Gruppenangeboten für mobile Bewohner/innen mit einer leichten Demenz werden gezielt die Kommunikation und der Austausch zwischen orientierten und nicht orientierten Bewohner/innen gefördert. Ziel ist eine möglichst normale Teilhabe, um eine möglichst lange Integration demenziell Erkrankter in der Gemeinschaft zu gewährleisten. Beispielangebote wären: Singen, Film- oder Tanzabende, Sitztanz, Gymnastik, Kraft-Balance-Training, Bingo oder Kegeln etc.
- Einzelangebote: Bei weit fortgeschrittener Demenz werden die Bewohner/innen zunehmend immobiler, womit sich die Möglichkeit, am Leben und an Aktivitäten teilzunehmen, immer weiter reduziert. Für diese Personengruppen und auch für bettlägerige Bewohner/innen werden Angebote bereitgestellt, die das Wohlfühlen und eine verbesserte Selbstwahrnehmung unterstützen sollen. Beispielangebote wären: Kochen am Bett, Basale Stimula-

tion, Singen, Musik hören, Gespräche führen und Nähe vermitteln, Biografiearbeit etc. Weitere Informationen über die Soziale Betreuung finden Sie in unserem Einrichtungskonzept „Soziale Betreuung“ im Caritas-Altenzentrum St. Maternus.

#### 4.4. Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2013) wurden die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen eingeführt. Beschlossen wurde u. a., dass Einrichtungen für Personen, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf im Sinne des § 45a SGB XI aufweisen, zur Betreuung und Aktivierung Zusatzbetreuungskräfte einstellen können und dies durch leistungsgerechte Zuschläge nach § 87b SGB XI honoriert wird.

Im anschließenden ersten Pflegestärkungsgesetzes vom 01.01.2015 wurde der Schlüssel von einer Betreuungskraft für 24 Bewohner auf eine Betreuungskraft für 20 Bewohner geändert. Hinzu haben jetzt alle Bewohner mit einer Pflegestufe die Möglichkeit, die Betreuungsleistungen nach §87b SGB XII in Anspruch zu nehmen.<sup>4</sup> Aufgaben der Zusatzbetreuungen in Abstimmung mit der Sozialen Betreuung sind es in unserer Einrichtung u.a., den demenzerkrankten Bewohner/innen in enger Kooperation mit den Pflegekräften bei alltäglichen Aktivitäten wie Spaziergängen, Kochen/Backen, zusätzlichen Gesprächen, Trauerbegleitung etc. zu begleiten und zu unterstützen. Des Weiteren werden unseren dementen Bewohner/innen in Gruppen- oder Einzelangeboten individuelle und biografieorientierte Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten:

- **Kreative Aktivitäten:** Z.B. Malen als eine nonverbale Ausdrucksform ermöglicht Menschen, denen die verbale Kommunikation schwer fällt, die direkte Äußerung von Gefühlen und momentanen Befindlichkeiten; oder jahreszeitlich orientierte handwerkliche Betätigungen unterstützen die zeitliche Orientierung und wecken Erinnerungen. Das Hantieren mit unterschiedlichen Materialien regt die Sinne an, das Aufstellen und Anschauen selbst gemachter Werke fördert das Selbstwertgefühl.
- **Bewegung:** Da pflegebedürftige und demente Bewohner/innen zu sozialem Rückzug und zur körperlichen Versteifung neigen, sind körperliche Aktivitäten wie Bewegungsspiele sowie eine kontinuierliche und konsequente Anleitung zur Mobilität für sie besonders wichtig. Dabei hilft Bewegung nicht nur, mobil zu bleiben und Energien zu lenken. Da Wahrnehmung und Bewegung voneinander abhängig sind, fördert Bewegung die Wahrnehmung sowie den Kontakt zur Umwelt und vermindert damit Anspannung, Angst und Aggression.
- **Singen und/oder Tanzen:** Gemeinsames Singen, Musizieren oder Hören bekannter Lieder weckt Erinnerungen an die eigene Kindheit und Jugend, an

<sup>4</sup> vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2015)

bestimmte Ereignisse oder Emotionen und hilft Menschen, eigene Gefühle ohne Worte auszudrücken. Musik und Rhythmus wirken außerdem motivierend und ermuntern, aktiv zu werden. Beim Tanzen lassen sich viele Elemente gut vereinen. Rhythmische Bewegung, musikalische Erinnerungen und haptische Erfahrungen sind nur einige Aspekte, die sich im Tanzen wirksam verknüpfen.

- 
- **Lesen:** Vorlesen oder gemeinsames Lesen bekannter Geschichten, Gedichte oder Sprichwörter weckt Erinnerungen und erhält damit das Wissen um die eigene Persönlichkeit. Vorhandenes Können wird aktiviert und gefestigt. Unsere Zusatzbetreuungen sind vorwiegend in den Nachmittagsbereichen und am Wochenende im Einsatz, um den Bewohner/innen in diesen Zeiten Beschäftigungsmöglichkeiten und zusätzliche Unterstützung im Alltag zu bieten. Unsere Zusatzbetreuungen arbeiten sehr eng mit der Sozialen Betreuung unserer Einrichtung zusammen und bilden zusammen eine Einheit für die Versorgung im Bereich der Beschäftigung, Tagesstrukturierung und therapeutischen Angebote der dementen Bewohner/innen der Einrichtung.
- **Spielen:** Sowohl nonverbale als auch verbale Kommunikationsstrukturen können beim Spielen gefördert werden. Spiele eignen sich besonders für Biografiearbeit und Gedächtnistraining bei unseren dementen Bewohner/innen.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Rahmenkonzept „Zusatzbetreuung nach SGB XI §87b“ der Caritas Altenzentren.

#### 4.5. Präsenzkräfte

Unsere Präsenzkräfte sind Mitarbeiter/innen mit Erfahrung in der hauswirtschaftlichen Betreuung und Alltagsbegleitung aber ohne gesetzlich geregelte Ausbildung. Die Aufgabe der Präsenzkräfte besteht in der alltäglichen Begleitung von Alltagsaktivitäten, wie z.B. der Mahlzeitenvorbereitung, Unterstützung in der Nahrungsaufnahme, Umfeldgestaltung und Haushaltsführung. Hinzu werden unsere Präsenzkräfte zukünftig ab 2016 einfache Pflegetätigkeiten (z.B. Teilwäsche nach einer Mahlzeit, Kämmen oder Transfer) zur Unterstützung unserer Pflegekräfte übernehmen. Der Hauptarbeitsplatz der Präsenzkraft ist die Wohnküche in den Wohnbereichen, in der die Mitarbeitergruppe eine kontinuierliche Anwesenheit in den Hausgemeinschaften vormittags, mittags und gegen Abend übernimmt. Hier bereiten sie die Mahlzeiten vor, begleiten die Bewohner/innen und fungieren als Ansprechpartner und Servicekräfte für die dementen Bewohner/innen.

Wenn die Bewohner/innen im Sinne einer Alltags- und Tagesstruktur es wünschen, bieten unsere Präsenzkräfte zukünftig u.a. auch (ab 2016) folgende Angebote in Form von hauswirtschaftlichen Arbeiten und Beteiligung an:

- Frühstück und alle anderen Mahlzeiten vorbereiten
- Tischeindecken

- Wäsche einräumen und ggf. bügeln
- Nähen, backen, putzen oder fegen
- Aufräumen des persönlichen Umfelds
- Blumen und Pflanzen in den Zimmern versorgen
- Beteiligung am Menüplan
- Jahreszeitliche Dekoration
- Gartenarbeiten
- Gemeinsam lesen und Radio hören

#### 4.6. Rezeption

Der Umgang mit desorientierten Bewohner/innen im Bereich der Rezeption stellt eine besondere Herausforderung dar. Oftmals möchten auch desorientierte Bewohner das Haus verlassen. Mitarbeiter/innen reagieren unsicher, ob sie dies verhindern sollen oder „zulassen“ können.

Grundsätzlich gilt für jeden Menschen ein verfassungsmäßig geschütztes Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Gleichwohl hat eine Pflege- und Betreuungseinrichtung mit ihren Mitarbeitern eine Pflicht zur Fürsorge für Menschen, die sich aufgrund einer geistigen Erkrankung oder psychischen Veränderung selbst gefährden, ob wissentlich oder in Verwirrtheit.

Diese Abwägung zwischen Freiheit/Autonomie der Person einerseits und Sicherheit/Fürsorge der Betreuenden in der Einrichtung andererseits ist eine stetige Herausforderung für alle Beteiligten.

*Freiheit bedeutet, dass man nicht unbedingt alles so machen muss wie andere Menschen. (Astrid Lindgren)*

Wichtig ist für die Mitarbeitenden der Rezeption, eine Übersicht und Information zu besitzen, bei welchen Bewohner/innen aufgrund einer einzelnen betreuungsrechtlichen Verfügung ggf. in welchem Umfang Freiheitsbeschränkungen zulässig und erforderlich sind. Auch für Bewohner/innen, für die keine rechtlich legitimierte Freiheitsbeschränkung vorliegt, bei denen aber ggf. zur Sicherheit abgestimmte Interventionen erforderlich sein können, ist es erforderlich, hier eine Übersicht zu erstellen:

- Wenn zum Zeitpunkt des Einzugs der Bewohner/innen schon eine Hinlauftendenz<sup>5</sup> bekannt ist, soll dies auf der Einzugsmitteilung vermerkt werden.
- Einmal pro Monat kontrollieren die leitenden Pflegefachkräfte an der Rezeption die Aktualität der Fotos der Bewohner/innen, die außerhalb des Hauses gefährdet sind.
- Wenn Mitarbeiter/innen der Rezeption eine Hinlauftendenz bei Bewohner/innen feststellen, sollen sie dies dem Wohnbereich telefonisch und kurz schriftlich mitteilen.

<sup>5</sup> vgl. James, Ian Andrew (2012): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. S.45



- Die Mitarbeiter/innen stellen die Weiterleitung dieser Hinweise an die Kollegen/innen in der Übergabe und durch entsprechende Vermerke in der Dokumentation sicher. Darüber hinaus leiten die Mitarbeiter/innen ein aktuelles Foto des/der betreffenden Bewohner/in an die Rezeption weiter.
- Die Mitarbeiter/innen an der Rezeption/ Verwaltung informieren sich gegenseitig.
- Darüber hinaus erfolgt für die Mitarbeiter/innen der Rezeption eine Fortbildung zur Kommunikation (z.B. Integrative Validation) mit demenziell erkrankten Bewohner/innen.
- Auch die Regelungen zum Verhalten beim Vermissten eines Bewohners sind zu beachten (siehe Qualitätsmanagementrichtlinien).

## 5. Pflege- und Betreuungsdokumentation

Die Darstellung des Pflege- und Betreuungsprozesses von dementen Bewohner/innen erfolgt in der Pflegedokumentation. Diese richtet sich nach dem Handlungsmodell des Pflegeprozesses, der in sechs aufeinander abgestimmten Schritten vollzogen wird und an den AEDLs (Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens) orientiert ist:

1. Informationssammlung (Ist-Zustand, Anamnese und Biografie)
2. Problem / Ressource
3. Ziel
4. Maßnahme
5. Durchführung
6. Evaluation

In allen Prozessschritten werden die Besonderheiten, die durch die Demenz entstehen oder entstanden sind, differenziert dargestellt. Die psychische Verfassung und fortlaufende Beobachtung findet primär in unserer Pflegedokumentation in den Pflegeberichten und Evaluationen ihren Schwerpunkt.

Des Weiteren ist die Kenntnis über die Vergangenheit der Bewohner/innen notwendig, um ihnen im Alltag Konstanten ihres bisherigen Lebens bieten zu können. Diese biografischen Informationen werden erfasst und in den Pflegeprozess implementiert. Beispielsweise wird ermittelt, welche Rituale die Bewohner/innen nach dem Essen oder vor dem Schlafengehen in der Vergangenheit gehabt haben oder was ihr Lieblingsgetränk war. Können Bewohner/innen Wünsche nicht mehr äußern, können mit den biografischen Kenntnissen Verbindungen zu ihrer Vergangenheit hergestellt werden. Auch das „So geworden sein“ soll deutlich sichtbar gemacht werden. Eine Beschreibung des Umgangs mit persönlichem Wissen und „Was ist wichtig in einem Leben?“ soll situationsadäquat dargestellt werden.

Über diese sehr individuellen Vorgehensweisen hinaus wird die Pflegedokumentation bei demenziell Erkrankten dazu verwendet, den Alltag zu strukturieren, Kompetenzen herauszustellen und zu fördern. Ein wesentliches Ziel ist es, Unter- oder Überforderung zu vermeiden. Aus diesem Grund arbeiten alle in Pflege und Betreu-

ung tätigen Mitarbeiter/innen mit dem gleichen System. Dies fördert eine bessere Koordination der Angebote und sorgt für mehr Transparenz bei den Angeboten.

### **5.1. Verwendete Screenings und Assessments**

- Eine besondere Aufmerksamkeit in der Dokumentation gilt dem Darstellen des Befindens der demenziell erkrankten Bewohner/innen. Dies wird mit Hilfe eines Screeningverfahrens „Erfassung des Wohlbefindens“ (siehe auch Glossar) bei Einzug, bei Veränderung im Verhalten sowie regelmäßig alle drei Monate im Caritas-Altenzentrum St. Maternus bewerkstelligt.
- Der Mini Mental Status Test (MMST, siehe auch Glossar) wird bei Einzug und mindestens alle sechs Monate bei unseren dementen Bewohner/innen angewendet. Dieses Screening liefert Informationen, um das Stadium der Demenz (keine, leichte, mittelschwere und schwere Demenz) einschätzen zu können.
- ECPA (frz. Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes, siehe auch Glossar) dient der Schmerzeinschätzung bei Bewohner/innen, welche sich nicht mehr verbal adäquat äußern können (Terminierung: bei Einzug, Veränderungen im Verhalten und alle drei Monate).
- Die Cohen-Mansfield-Scala (CMAI, siehe auch Glossar) wird zwecks Quantifizierung und Beschreibung von „herausforderndem Verhalten“ bei Veränderungen wie z.B. Aggressionen, verbalen Ausbrüchen oder übergriffigem Verhalten in unseren Wohnbereichen eingesetzt.<sup>6</sup>
- Die gerontopsychiatrische Einschätzung des Pflegebedarfes wird explizit bei demenziell erkrankten Bewohner/innen in unserer Einrichtung bei Einzug und gravierenden Veränderungen im Pflegebedarf von den Bezugspfleger/innen erstellt.

### **5.2. Verwendete Standards**

In unserem Qualitätsmanagementhandbuch sind verschiedene Standards und Verfahrensanweisungen mit Anwendungsschwerpunkt „Demenz“ hinterlegt:

- Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Kapitel C.3.3.A.)
- Umgang mit dem Eigentum der Bewohner/innen (Kapitel C.3.2.A.)
- Verhaltensregelung bei vermissten Personen (Kapitel C.1.3.B.)
- Konzept zur Speisenversorgung (Kapitel C.2.4.B.)

---

<sup>6</sup> ebenda, S.47

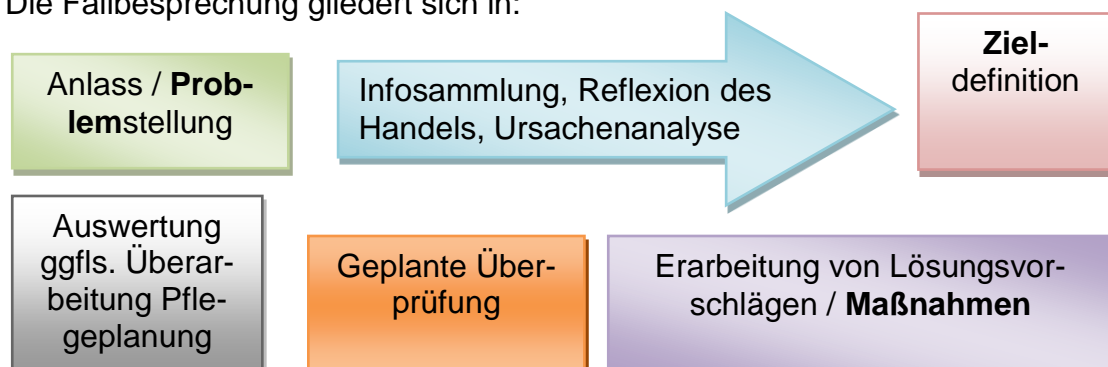
## 6. Expertengremien, Informations- und Kommunikationsstrukturen

Unsere Expertengremien im Umgang mit Demenz sind gegliedert in Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Supervisionen, Ethikrat, Qualitätszirkel Demenz und ggfls. Heimbeirat. Die Informations- und Kommunikationsstruktur verläuft über die mehrfach täglichen Übergaben. Angehörigenabende bieten zum Thema Demenz Foren zum gemeinsamen Informationsaustausch. Nachfolgend werden alle Gremien und Foren skizziert.

### 6.1. Fallbesprechung, Teambesprechung und Übergaben

- **Teambesprechung:** Ein wichtiges Element zur Sicherstellung einer qualitätsorientierten Zusammenarbeit und Reflexion bei dementen Bewohner/innen sind regelmäßige Teambesprechungen. Teilnehmer/innen unserer Teambesprechungen sind alle zuständigen Bezugspflegekräfte, gerontopsychiatrische Pflegefachkräfte, Mitarbeiter/innen in der Pflege, Präsenzkräfte, Zusatzbetreuungen, Soziale Betreuung, Schüler/innen und Leitungen des Wohnbereiches. Unsere Teambesprechungen der Wohnbereiche finden einmal pro Monat statt und sind gegliedert in organisatorische und bewohnerbezogene Anteile. Die bewohnerbezogenen Anteile können z.B. die Tagstruktur, den Alltag, die Körperpflege, die psychiatrische Befindlichkeit oder das Wohlbefinden etc. der Bewohner/innen betreffen. Die Teambesprechungen liefern einen Überblick aller Fachbereiche über die Bewohner/innen, um Beobachtungen auszutauschen und bei Problemen ggfls. Maßnahmen aus multiprofessioneller Sicht einleiten zu können. Alternativ setzen wir hierzu auch die Fallbesprechung ein.
- **Fallbesprechung:** Die Fallbesprechung ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in gerontopsychiatrischen Arbeitsfeldern, um bei einem konkreten Problem oder Anlass eine systematische Vorgehensweise zur Verbesserung der Situation oder Lösung des Problems, mittels eines hierzu gebildeten Gremiums zu erreichen. Mitglieder dieses Gremiums sind mindestens die Bezugspflegefachkraft und Mitarbeiter/innen der Bezugspflegegruppe (Pflegekräfte, Präsenzkräfte, Zusatzbetreuungen und Soziale Betreuung). Hinzu können Angehörige, Ärzte oder die Betreuer/innen eingeladen und beteiligt werden.

Die Fallbesprechung gliedert sich in:



- **Übergaben:** In den Wohnbereichen finden dreimal täglich zwischen den Schichtdiensten (Nacht- auf Frühschicht, Früh- auf Spätschicht und von Spät- auf Nachtschicht) Informationsweitergaben über die Bewohner/innen statt. Ziel ist es, sämtliche bewohnerrelevanten Beobachtungen sowie Pflege- und Betreuungshandlungen zu kommunizieren. Dabei machen wir es uns zur Regel, zu allen Bewohner/innen körperliche, psychische und soziale Aspekte zu berichten und zu dokumentieren.

## 6.2. Ethikrat, Supervision und Qualitätszirkel Demenz

- **Ethikrat:** Der Ethikrat ist ein Gremium, das bei Anlässen/ Problemen eines/r Bewohner/in mit demenzieller Erkrankung und Verbalisierungseinschränkung gebildet werden kann. Zum Ethikrat gehören die Bezugspflegefachkraft, der gesetzliche Betreuer oder Angehörige, die leitende Pflegefachkraft oder Fachdienstleitung, ggfls. ein Seelsorger, ggfls. der Heimbeirat und ggfls. ein Mitarbeiter des Ehrenamtes. Sinn des Ethikrates ist es, nach menschlichem Ermessen Probleme der Bewohner/innen zu analysieren und Maßnahmen einzuleiten, damit die Situation für den/die Bewohner/in verbessert werden kann. Die Intention zur Bildung des Ethikrates ergibt sich aus den Fallbesprechungen, Teambesprechungen oder Supervision.
- **Supervision** (lateinisch für *Überblick*): kann in unseren Wohnbereichen als Beratung für unsere Mitarbeiter/innen zu bewohnerorientierten Themen (ergänzend zu den Fallbesprechungen) und zum Reflektieren der Arbeitsbelastung bzw. Coaching der Arbeitsstrukturierung im Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner/innen zur Verfügung gestellt werden. Supervision mit Schwerpunkt Demenz wird von einem Supervisor, der eine entsprechende Erfahrung/Qualifikation im gerontopsychiatrischen Bereich hat, moderiert und begleitet. Die Supervisionsinhalte ergeben sich in der Regel aus den vorab gefertigten Fallbesprechungen. Ziele sind unter anderem:
  - unterschiedliche Wahrnehmungen der Bewohner/innen durch die Pflegenden und Betreuenden zusammenzutragen und abzugleichen.
  - den Sinn von auffälligen Verhaltensweisen eines Menschen mit Demenz zu ergründen.
  - die Beziehungsdynamik zwischen Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen zu beleuchten.
  - aus dem Verstehensprozess heraus verbindliches Handeln abzuleiten.
- **Qualitätszirkel Demenz:** Unser Qualitätszirkel Demenz findet mindestens viermal im Jahr statt. Teilnehmer sind die gerontopsychiatrischen Fachkräfte, die leitenden Pflegefachkräfte, die Fachdienstleitung Pflege- und Soziale Betreuung und mindestens ein Mitarbeiter aus jedem Wohnbereich, insbeson-

dere aus dem Wohnbereich „Treppe“ (segregativer Bereich). Ziele sind unter anderem:

- Regelmäßige Evaluierung und Überprüfung des Demenzkonzeptes
- Profilschärfung der Wohnbereiche, insbesondere des segregativen Bereiches und Anpassung der Angebotsstruktur
- Festlegung und Schärfung des Fortbildungsbedarfes in den Wohnbereichen in Bezug auf die Betreuung von demenzkranken Bewohner/innen
- Überprüfung, Auswertung und Reflektierung der eingesetzten Assessments und Screenings.

### 6.3. Angehörigenabende und Heimbeirat

- **Angehörigenabende:** Unsere Angehörigenabende finden sowohl wohnbereichsübergreifend als auch wohnbereichsbezogen mehrfach im Jahr statt. Wir bieten bei diesen Veranstaltungen die Möglichkeit, sich zu verschiedenen Themen zu informieren und in den gegenseitigen Austausch zu gehen. Regelmäßige Themen sind u.a.: Formen der Demenz, Umgang mit herausforderndem Verhalten oder rechtliche Komponenten (Gesetzliche Betreuung, Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung).
- **Heimbeirat:** Der Heimbeirat besteht aus verschiedenen Mitgliedern des Caritas-Altenzentrums St. Maternus (Mitgliedergröße richtet sich nach Bewohnerplätzen der Einrichtung). Er wird alle zwei Jahre nach dem Wohn- und Teilhabegesetz NRW gebildet. Wahlberechtigt sind alle Bewohner/innen der Einrichtung, aber auch Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen, etwa Mitglieder von örtlichen Seniorenvertretungen. Der Heimbeirat hat verschiedene Aufgaben, Mitbestimmungs- und Mitwirkungspflichten (weitere Informationen im Wohn- und Teilhabegesetz NRW) und übernimmt besonders für die Gruppe der demenziell erkrankten Bewohner/innen eine große Verantwortung, da diese aufgrund der Erkrankung in der Kommunikation eingeschränkt sind.

## 7. Weiterbildung im Schwerpunkt Demenzbetreuung

Die Fortbildungsangebote für unsere Mitarbeiter/innen sind orientiert an dem aktuellen Stand des Fachwissens. Hierfür werden spezialisierte Referent/innen für die verschiedenen Themen gewonnen, damit eine möglichst hohe Qualität und Aktualität durch die Fortbildungen erreicht werden kann.

Inhalte von regelmäßigen Fortbildungen:

- Grundlagenausbildung zum Thema (Formen der Demenz, Umgang, Umfeld, Rechtliche Aspekte, Psychopharmaka u.a.)

- Umgang mit den spezifischen Assessments (MMST oder CMAI)
- Schmerzerfassung und Demenz (Einschätzung ECPA)
- Integrative Validation (Kommunikationsformen bei Demenz)
- Sterbebegleitung bei Demenz
- Beschäftigungsangebote bei Demenz
- De-Eskalation und Umgang mit herausforderndem Verhalten
- Weitere gerontopsychiatrische Krankheitsformen (Schizophrenie oder Psychose u.a.)

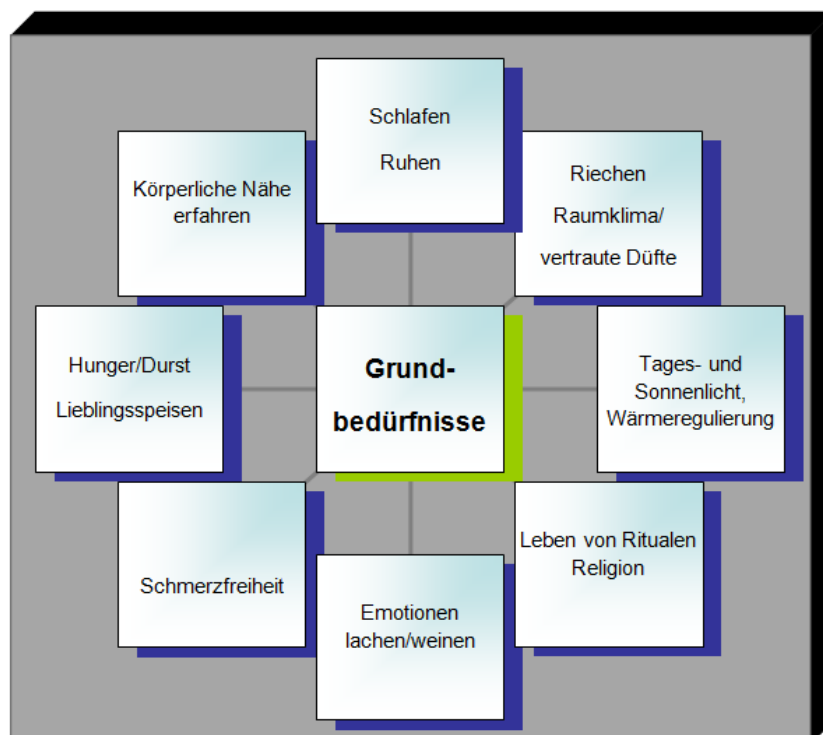
Hinzu haben wir es uns zum eigenen Anspruch gemacht, jedes Jahr Pflegefachkräfte als Gerontopsychiatrische Fachkräfte bzw. Pflegeexperten in Gerontopsychiatrie ausbilden zu lassen. Hierzu arbeiten wir ab 2016 mit einer Fortbildungsakademie zusammen und führen Inhouse-Schulungen durch.

## 8 Sterben und Demenz

In der letzten Lebensphase von Bewohner/innen mit Demenz steht die palliative Versorgung (siehe auch Einrichtungskonzept „Palliative Care“) im Vordergrund. Da bei demenziell erkrankten Bewohner/innen die kognitive Auseinandersetzung mit dem Sterben und das verbalisieren von Entscheidungen ggfls. nicht mehr möglich ist, kann das Zentrum auf die Begleitung und Betreuung von Grundbedürfnissen (siehe Abbildung 8.1.) der Bewohner/innen gerichtet werden.

Können wichtige Entscheidungen in dieser Phase nicht eindeutig möglich sein, kann ein Ethikrat zur Entscheidungsfindung gebildet und hinzugezogen werden.

Der Leitfaden zur Sterbe, Abschieds- und Trauerbegleitung in den Caritas-Altenzentren enthält und berücksichtigt detaillierte, weiterführende Vorgehensweisen.



## 9. Qualität

Das Einrichtungskonzept „Wohnen und Leben mit Demenz“ unterliegt einer ständigen Kontrolle und Erweiterung der Arbeit. Das Konzept wird unter Berücksichtigung des Bedarfs der pflegerischen Betreuung laufend überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben.

Es finden regelmäßige interne Maßnahmen der Qualitätssicherung (Audits) und Pflegevisiten, jährliche Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Pflegekasse und die Heimaufsichtsbehörde statt.

Im Rahmen des Beschwerdemanagements der Einrichtung, durch jährliche Kundenzufriedenheitsbefragungen und die Acht-Wochen-Befragung nach Einzug, werden Verbesserungen unmittelbar umgesetzt. Die Prüfberichte und Kundenbefragungsauswertungen werden stets geprüft.

## 10. Glossar

### **Cohen Mansfield Skala (CMAI)**

Die CMAI beschränkt sich auf die Darstellung spezifischer Verhaltensweisen, die verstärkt in bestimmten Umgebungen auftreten, wie besondere Agitiertheit in Pflegeeinrichtungen. Sie wird angewendet, um spezielle Bewohnergruppen im Verhalten zu identifizieren und um die Behandlung von agitiertem Verhalten zu bewerten. Die CMAI misst:

- Verbal nicht aggressives, aber agitiertes Verhalten
- Verbal und physisch aggressives Verhalten

Die 25 Items der CMAI müssen in einer Häufigkeitsskala eingeschätzt werden; diese reicht von „nie“ bis zu „mehrmals in der Stunde“. Beispielsweise soll von den Pflegekräften eingeschätzt werden, wie häufig der/die Bewohner/in mit harten Gegenständen wirft. Je nach Ausprägung könnte hier die Einschätzung „nie“ oder mehrmals wöchentlich oder eben mehrmals in der Stunde abgegeben werden.

Auswertung: Es wird die Erkenntnis über die Zu- oder Abnahme von Verhaltensauffälligkeiten ermittelt und ob Agitiertheit vermehrt im physischen oder verbalen Bereich auftritt. Hieraus folgen die Maßnahmen und ggfls. die Evaluierung der Pflegeplanung.

### **ECPA-Schmerzskala**

Eine ECPA-Schmerzskala (frz.: ECPA - Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) ist ein Pflegeinstrument zur Erfassung von Schmerzen und Beurteilung der Wirksamkeit einer Schmerztherapie bei Bewohner/innen, welche sich nicht verbal adäquat äußern können. Dies betrifft insbesondere Bewohner/innen mit einer Demenzerkrankung, welche die Schmerzen aufgrund ihrer kognitiven und kommunikativen Einschränkung entweder nicht adäquat

kommunizieren können oder aber den Schmerz einem falschen Körperteil zuordnen. Die Beurteilung und Anwendung von ECPA-Schmerzskalen wird vor allem durch die Bezugspflegefachkraft durchgeführt, da diese durch die Nähe zum und durch konstante Beobachtung des Betroffenen auch kleinste Veränderungen in den einzelnen Items wahrnehmen können. Auch die Beobachtungen durch behandelnde Ärzte, andere Therapeuten und die Angehörigen fließen im Idealfall in die Schmerzerfassung mit ein.

### **Herausforderndes Verhalten**

Aus dem angelsächsischen Sprachäquivalent (*conduct disorder*) entstanden, bezeichnet der Begriff unspezifische Störungen des Sozialverhaltens. Eine Definition von problematischem Verhalten fällt schwer, da es fließende Übergänge zum Normbereich von Verhalten gibt.

Leitner (2007) schlägt Folgendes vor: Herausforderndes Verhalten lässt sich als Verhalten beschreiben, das auf den sich verhaltenden Menschen selbst und/oder seine Umwelt und

Mitwelt über einen längeren Zeitraum belastend und verunsichernd wirkt und das in der Auswahl und Intensität nicht der Situation angepasst erscheint.

Nach Kohlhammer (Stuttgart, 2008) gibt es für das Phänomen keine eindeutige Definition. Es kommt darauf an, ob das Phänomen aus einem medizinischen, psychologischen oder pflegerischen Blickwinkel betrachtet wird, und mit welchen Begriffen welche Wirklichkeit eingefangen werden soll.

### **Mini-Mental-Status-Test (MMST)**

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) nach Folstein et al. ist zurzeit der wahrscheinlich bekannteste Test zu Erfassung geistiger (kognitiver) Störungen bei älteren Menschen.

Es handelt sich hierbei um ein Interview, das vor allem alltagsnahe Fragen beinhaltet.

Der Test erfasst Fragen zur Orientierung, zum Gedächtnis, zu Wortfindung, Lesen und Schreiben sowie zur Aufmerksamkeit. Der MMST besteht aus 30 Fragen und fünf Kategorien, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. 0 Punkte stehen für eine massive kognitive Einschränkung und die Höchstzahl von 30 Punkten für uneingeschränkte kognitive Funktionen.

### **Validation**

Validation ist eine Methode, um mit demenzerkrankten Bewohnern zu kommunizieren. Validation bedeutet, den Menschen wertzuschätzen, anzunehmen, zu akzeptieren, die Gefühle anzuerkennen, sich auf die innere Erlebnis- und Gefühlswelt des demenzerkrankten Menschen einzulassen. Die Person, die validiert, „geht in den Schuhen des anderen“ und versucht, mit seinen Augen zu sehen. So kann man in die Welt des demenzerkrankten Bewohners vordringen und sein Verhalten enträtseln.



## **Wohlbefinden**

Durch die Nutzung der Erfassung des Wohlbefindens können Veränderungen ausgemacht und gesteuert werden. Die Erhebung dient dazu, die Lebensqualität der Bewohner/innen, welche in unseren Einrichtungen leben und sich nicht mehr verbal adäquat äußern können, zu verbessern und den Erhalt des Selbstwertgefühls, Vertrautheit und die Sicherheit im Umfeld zu gewährleisten. Das Verschwinden der normalen Indikatoren des Wohlbefindens bei einem Menschen kann sich als langsamer Prozess gestalten, der für das Bezugspflegeteam im täglichen Umgang nicht gleich ersichtlich ist. Regelmäßige Profile des Wohlbefindens können dabei helfen, Veränderungen möglichst frühzeitig zu erkennen und Wege zu finden, das Wohlbefinden des Menschen zu steigern. Hierzu werden Indikatoren vorwiegend im Rahmen der 13 AEDLs für Wohlbefinden und Zufriedenheit erkannt und erfasst. Ein bestehendes Gesamtmilieu wird durch die Bezugspflegefachkraft überprüft, Maßnahmen werden benannt und ergriffen. Die Ergebnisse werden in die Pflegeplanung und Dokumentation integriert und regelmäßig evaluiert.

## **12. Quellenverzeichnis**

Aberhalden, Chris (2011): Lehrbuch psychiatrische Pflege. Verlag Hans Huber: Bern.

Bartholomeyczik S., Halek M. (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen, Pflegebibliothek Wittener Schriften. Universität Witten/Herdecke: Schlütersche.

Bundesministerium für Gesundheit (2006): Forschungsbericht 007. Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe.

Bundesministerium für Gesundheit (2015):  
<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/zusaetzliche-betreuungskraft.html>

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Letzter Aufruf 18.10.2009.

Dilling, H., Mombour W., Schmidt M.H., (2013): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien, Huber-Verlag: Bern.

Dürmann, Peter ( 2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Vicentz Verlag: Hannover.

Hampel, Padberg, Möller, (2003): Alzheimer Demenz Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapiestrategien, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH: Stuttgart.

Höwler, Elisabeth (2008): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

- James, Ian Andrew, (2011), Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Verlag Hans Huber: Bern.
- Kitwood Tom (2013): Demenz, der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Huber-Verlag: Bern.
- Lamp, Ida (2009): Umsorgt Sterben: Menschen mit Demenz in Ihrer letzten Lebensphase begleiten. Kohlhammer Verlag: Solingen.
- Leitner, Karl (2013): Sehnsucht nach Sicherheit. Bundesverband Düsseldorf: Düsseldorf.
- Löser, Angela (2003): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Schlütersche Verlag: Hannover.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI Buch des Sozialgesetzbuches. Essen (2015), Verlag Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).
- Perrar, K. M., Sirsch E., Kutschke, A. (2006): Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Georg Thieme: Stuttgart.
- Sozialgesetzbuch, (2010), Walhalla Fachverlag, Regensburg.
- Ivermeyer D., Zerfaß R. (2002): Demenztests in der Praxis. Ein Wegweiser. Urban & Fischer: München.
- Wallesch, Claus-Werner, Förstl, Hans (2005): Demenzen. Thieme: Stuttgart.
- Wächtler, Claus (2002): Demenzen, Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen, Thieme: Stuttgart.