

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung: Ausgangssituation des APH „Waldesruh“</b>	<b>2</b>
<b>2. Ausgewählte Aspekte der Umsetzung des milieutherapeutischen Konzepts</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Das milieutherapeutische Konzept</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Umsetzung des milieutherapeutischen Konzeptes am Beispiel des APH „Waldesruh“</b>	<b>5</b>
<b>2.2.1 Ausgewählte Aspekte des baulichen Milieus</b>	<b>5</b>
<b>2.2.2 Ausgewählte Aspekte des organisatorischen Milieus</b>	<b>8</b>
<b>2.2.3 Aspekte des sozialen Milieus</b>	<b>11</b>
<b>2.3 Aspekte der Personalentwicklung</b>	<b>13</b>
<b>2.3.1 Mitarbeiterauswahl</b>	<b>15</b>
<b>2.3.2 Personenentwicklung</b>	<b>16</b>
<b>3. Fazit</b>	<b>20</b>
<b>4. Literaturverzeichnis</b>	<b>22</b>
<b>5. Anhang</b>	<b>24</b>

## **1. Einleitung: Ausgangssituation des APH „Waldesruh“**

Drei wesentliche Problemstellungen haben dazu geführt, dass wir uns in der Geschäftsführung entschieden haben, die Einrichtung um- bzw. neuzubauen und uns einer neuen Konzeption der Dementenbetreuung zuzuwenden.

Vor zwei Jahren übernahmen wir diese Alteneinrichtung aus kommunaler Hand als Betreiber, da die Kommune auf dem freien Markt dringend einen Investor bzw. Betreiber suchte, um die Existenz der Einrichtung und der Arbeitsplätze zu sichern. Dies hatte für die Mitarbeiter Einkommenseinbußen zur Folge, da der damals noch existierende BAT nicht mehr zur Anwendung kam. Letztendlich haben nahezu alle Mitarbeiter die neuen Vertragsbedingungen nach Betriebsübergang akzeptiert, die Frustration war jedoch sehr ausgeprägt. Zusätzlich entstanden Existenzängste, da auch die Schließung der Einrichtung im Raume stand, erschwerten die Situation. Nachdem wir als Privatinvestor die Einrichtung übernommen hatten, wurde das Pflegeheim seitens der Heimaufsicht und später durch den MDK einer Vielzahl von Prüfungen unterzogen, die sehr deutlich machten, dass neben der maroden baulichen Substanz, der nicht mehr angemessenen Zimmerausstattung auch die Qualität der Pflege indiskutabel war. So ergab eine Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI der drei Bereiche Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität 40 Kritikpunkte, die im unmittelbaren Handlungsbedarf lagen. Da die Prüfungen zeitnah nach der Übernahme erfolgten, war unbestreitbar, dass dies kein Resultat des Betreiberwechsels sein konnte, sondern Ergebnis einer langjährigen Vernachlässigung der Qualitätssicherung sein musste. Bei den Mitarbeitern führte dies zu einer weiteren Verunsicherung und Demotivation, da ihnen rückwirkend jegliche fachliche Kompetenz abgesprochen wurde. Mit der damaligen Leitungsebene war keine Veränderung, vor allem nicht kurzfristig, zu erreichen, da sie die berechtigte Kritik weder akzeptieren noch in entsprechende Handlungen umsetzen konnte, so dass diese Ebene vollständig ausgetauscht werden musste. Dies und weitere personelle Konsequenzen führten zu weiteren Irritationen auf der Beziehungsebene. Neue Vertrautheiten, neue Sicherheiten, neue Beziehungen mussten und müssen sich erst bilden, was zu einer weiteren Destabilisierung führte und führt.

Ich habe dies so ausführlich beschrieben, um deutlich zu machen, dass unsere Mitarbeiter im höchsten Maße demotiviert, frustriert und verunsichert sind. Durch eine neue Konzeption der Betreuung, an deren Entwicklung die Mitarbeiter kreativ beteiligt werden, versuchen wir neue Motivation zu wecken. Ein neuer Zugang, eine neue Sichtweise der Pflege von Dementen und Pflegebedürftigen gibt den Mitarbeitern neue Kraft und Energie für ihre weitere Tätigkeit in der Pflege, und vermittelt ihnen

Kompetenz, die in den letzten Monaten in Frage gestellt wurde. In der Beteiligung an konzeptioneller Arbeit wird ihnen Wertschätzung entgegengebracht. Sie erleben, dass auf ihr Wissen, ihre Erfahrung und ihre Kreativität wert gelegt wird, dass sie Einfluss nehmen können, dass sie ihren Arbeitsalltag kreativ mitgestalten können und die Arbeitsbelastungen beeinflussbar sind.

Weitere Gründe für die Notwendigkeit der Neugestaltung sind die marode Bausubstanz und die nicht mehr dem Standard entsprechende Raumgestaltung der Pflegeeinrichtung, so dass im letzten Jahr ein gravierender Belegungseinbruch zu verzeichnen war. Diese Form der Unterbringung ist selbst auf dem Lande nicht mehr akzeptabel. Der Neu- und Umbau gibt uns die Chance gerade neue Ansätze der Dementenbetreuung mit dem milieutherapeutischen Konzept auch baulich umzusetzen.

Die Einrichtung liegt „versteckt“ in einem Waldgebiet und ist somit in der Gemeinde, dem Einzugsgebiet, als Pflegeeinrichtung nicht wirklich präsent. Lange Anfahrtswege und die Abgeschlossenheit schrecken zusätzlich die Angehörigen ab, ihre Pflegebedürftigen in unsere Einrichtung unterzubringen. Da die Zahl der Demenzpatienten jedoch steigt und die Familien aus den verschiedensten Gründen zunehmend die 24stündige Betreuung von demenziell veränderten Angehörigen nicht mehr leisten können oder wollen, wird sich der Anteil der dementen Pflegebedürftigen in stationären Altenpflegeeinrichtung, der heute schon ein Anteil von ca. 60 % einnimmt, noch steigern.<sup>1</sup> Für eine Dementenbetreuung, die Reizüberflutung vermeiden will, ist diese abgeschiedene Lage ideal. Wir möchten mit unserem Ansatz eine Lücke im Betreuungsangebot des Landkreises Oldenburg schließen und unsere Einrichtung zu einem stabilen wirtschaftlichen Erfolg führen.

## **2. Ausgewählt Aspekte der Umsetzung des milieutherapeutische Konzeptes**

### **2.1 Das milieutherapeutische Konzept**

Bei der Milieuthérapie handelt es sich nicht um ein klar ausformuliertes Konzept. Begriffe wie milieutherapeutischer Ansatz, therapeutische Milieugestaltung, Sozialmilieu werden z. T. gleichwertig benutzt und lassen sich nur schwer voneinander abgrenzen.<sup>2</sup> Ab den 90er Jahren erscheint der Begriff Milieuthérapie jedoch in den Konzepten der stationären Dementenbetreuung, und es kristallisieren sich einige grundsätzliche Gemeinsamkeiten heraus, die ich in diesem Abschnitt der Arbeit darlegen möchte.

---

<sup>1</sup> Vgl. Wolf, Kirsten (2004): Gemeinsam hilflos in einer verlorenen Welt, in: Tackenberg, Peter, Abt-Zeglin, Angelika (2004): Demenz und Pflege, Frankfurt a.M.

<sup>2</sup> „Der Begriff „Milieuthérapie“ wird vielschichtig verwandt; es fehlt sowohl an einer einheitlichen Definition und Terminologie, als auch an einem ausreichend fundierten theoretischen Unterbau.“ aus: Graber-Dünow, M. (2003): Milieuthérapie in der stationären Altenhilfe, Hannover 2003, S. 12

Das erste Modell einer Milieuthherapie lässt sich auf den französischen Psychiater Philippe Pinél (1745- 1826) zurückführen, der als Leiter einer Anstalt für „Irrsinnige“ erkannte, „dass Geisteskrankheit ausschließlich durch Milde in der Behandlung und Zuwendung zum Geiste in vielen Fällen heilbar war.“<sup>3</sup> Durch die Anpassung des sozialen Milieus beobachtete Pinél also eine heilende therapeutische Wirkung. Dies stellt die Basis eines Milieutheraeutischen Konzeptes dar. Pinél wurde zum Begründer des „traitement moral“, das den psychisch Kranken mit Milde, Geduld und Zuwendung begegnete. Mit der Entwicklung der Sozialpsychiatrie, die das soziale Milieu als stets wirksam begriff, entwickelten sich neue Konzepte. 1947 arbeitete der britische Psychiater Maxwell Jones erstmalig nach dem Prinzip der „Therapeutischen Gemeinschaften“. Mit den vier von ihm entwickelten Grundprinzipien im Umgang mit psychisch Kranken, die vor allem durch eine demokratische Grundhaltung, der Toleranz gegenüber verändertem Verhalten und des partnerschaftlichen Umgangs mit dem Erkrankten gekennzeichnet waren, legte er den Grundstein für eine Milieuthherapie. Auf Grundlage dieser Konzeption entwickelte der Psychiater Edgar Hein seine Idee vom therapeutischen Milieu. Es ging ihm vor allem um die bewusste Gestaltung des Milieus und die Entwicklung einer individuellen Behandlungsform. Alles, was den Kranken umgibt, wird dabei als therapeutisch wirksam betrachtet, also als heilend/lindernd oder krankheitsauslösend. Daraus folgt, dass das gesamte Umfeld/Milieu sich dem Patienten anpassen muss und nicht umgekehrt.

Die Gerontopsychiater Bruder und Wojnar entwickelten für Hamburger Modellstationen in den 90er Jahren milieutheraeutische Konzepte für die stationäre Dementenbetreuung. Ihre Definition der Milieuthherapie stellt eine konsensfähige Grundlage dar. „Unter Milieuthherapie wird bewusstes therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Demenzkranken verstanden. Die Milieuthherapie soll den Demenzkranken trotz der zunehmenden Adaptionsstörungen an die Umwelt ein menschenwürdiges, ihrer persönlichen Lebensgeschichte angepasstes und möglichst spannungs- und stressfreies Leben ermöglichen.“<sup>4</sup> Milieu bezeichnet somit die Gesamtheit der natürlichen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Elemente, die auf einen Menschen einwirken und ihn beeinflussen. Ausgangspunkt des milieutheraeutischen Ansatzes in der stationären Dementenbetreuung ist die abnehmende Anpassungsfähigkeit des Dementen an seine Umwelt, in der stationären Versorgung also die neuen sozialen, baulichen und organisatorischen Bedingungen. Die Arbeit nach einem milieutheraeutischen Ansatz bedeutet also die konsequente

---

<sup>3</sup> Pinél, Ph. (o. J.) zit. n. .Staack, S. (2004): Milieuthherapie, Ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter, Hannover, Vincentz Verlag, S. 9

<sup>4</sup> Bruder, J., Wojnar, J.(1994), Milieuthherapie, Hamburger Ärzteblatt 52, Hamburg, S. 234

Anpassung des Umfeldes an die Bedürfnisse, die Fähigkeiten und die Lebensgeschichte des Demenzen. Das räumliche, soziale und organisatorische Umfeld muss zum „prothetischen“ und „kompensatorischen“ Milieu werden, in dem das subjektive Wohlbefinden des Demenzen das oberste Ziel ist. Dabei bleibt das milieutheraeutische Konzept offen für die verschiedenen therapeutische Behandlungsmöglichkeiten und Methoden, da der Demente über sein Verhalten uns zeigt, was für ihn richtig ist.

## **2.2 Umsetzung des milieutheraeutischen Konzeptes am Beispiel des APH „Waldesruh“**

### **2.2.1 Ausgewählte Aspekte des baulichen Milieus**

Ausgangspunkt der baulichen und räumlichen Gestaltung nach dem milieutheraeutischen Konzept ist die bewusste und geplante Anpassung der materiellen Umwelt an die Veränderungen der Wahrnehmung des Verhaltens, der (kognitiven) Fähigkeiten und des Empfindens des Demenzen. Dabei wird die materielle Umwelt ein Teil des therapeutischen Konzeptes und ist als solches therapeutisch wirksam, indem verlorenen Fähigkeiten ausgeglichen also kompensiert werden (kompensatorisches Milieu).

Das neu errichtete Altenpflegeheim „Waldesruh“ wird bei Fertigstellung in zwei Wohngruppen 10 bzw. 17 mobile Pflegebedürftige mit schwerer und mittelschwerer Demenz betreuen. Wir haben uns hier für einen segregativen Ansatz entschieden, da wir einen beschützenden Rahmen für unsere demenzen Bewohner schaffen wollen, in dem sie die - von den nicht kognitiven eingeschränkten Bewohner oft als störend empfundene - Verhaltensauffälligkeiten ausleben können, ohne permanent reglementiert zu werden. Für ein kompensatorisches und prothetisches Milieu ist eine hinsichtlich des Krankheitsbildes und Schweregrades homogene Bewohnergruppe notwendige Voraussetzung. „Was die Wohnkonzepte betrifft, so hat sich in den letzten Jahren eher die Tendenz zur segregativen Betreuung dementer Menschen entwickelt. Der Grund dafür liegt in der Erfahrung, dass die integrative Betreuung negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden sowohl der psychisch erkrankten als auch der psychisch gesunden Bewohner hat. Überwiegend sind es allerdings die demenzen Menschen, die durch Ablehnung, verbale Anfeindungen oder tätliche Angriffe in einer integrativen Situation die Leidtragenden sind“<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Wächtershäuser, A. (2002): Konzepte für die Betreuung dementer Menschen, Theoretische Modelle und ihre Umsetzung in der Praxis am Beispiel von Altenheimen in Marburg, Diplomarbeit, Intemetausdruck: <http://www.we-serve-you.de/anne/pflegewandel.htm> (Stand 14.05.2007)

Durch die abgeschiedene Lage im „Stürer Forst“ ist eine Reizüberflutung durch Straßenlärm und Durchgangsverkehr vermieden. Zusätzlich sind beide Wohngruppen ebenerdig im hinteren Bauabschnitt des Gebäudes untergebracht und somit vom Lieferverkehr abgeschirmt. Umweltreize können damit beeinflusst und gesteuert werden.

Die Bewohner werden in Einzel- und Doppelzimmer mit einem direkten Zugang zu einer Nasszelle wohnen, die bis auf das Pflegebett, einen Nachttisch und den eingebauten Schrank mit eigenen Möbeln und bekannten Dekorationsgegenständen eingerichtet werden können und sollen. Eine enge Zusammenarbeit und Absprache mit den Angehörigen ist hier von besonderer Bedeutung, weil diese am ehesten einschätzen können, was für den Bewohner eine besondere Bedeutung hat. Der Wiedererkennungswert schafft für den Demenzen Vertrauen und im Idealfall eine angst- und stressfreie Umgebung. „Der Mensch mit Demenz in einer stationären Einrichtung ist besonders gefährdet, die Kontrolle über sein Leben und seine Ich-Identität zu verlieren. Der Einzug in eine stationäre Einrichtung erfolgt häufig in einem Stadium der Demenz, in der diese Umgebungsveränderung kaum noch bewältigt werden kann, wodurch eine zusätzlich Destabilisierung der Person erfolgt.“<sup>6</sup>

Erfahrungsgemäß suchen viele mobile demente Bewohner dieser Schweregrade nicht mehr eigenständig ihre „Privaträume“ auf, vielmehr suchen sie die Gemeinschaft und den Kontakt zu anderen. Eine Ausnahme bilden Bewohner, die Symptome einer Depression entwickelt haben, die sich entweder in der Gemeinschaft zurückziehen oder ihr Zimmer nicht verlassen wollen. In der Fachliteratur jedoch wird davon ausgegangen, dass sich eine – beschützende – Gemeinschaft positiv auf die Gefühlswelt auswirkt. „Aus Sicht der Verhaltensforschung steigert sich das menschliche Wohlbefinden in kleinen geschlossenen Gruppen. (Mann Leon 1987) Hier können Vertrauensbeziehungen entstehen, weil alle einander kennen (...), dies gewährt Sicherheit (Eib-Eisfed Irenäus 1989)“<sup>7</sup> Für die räumliche Gestaltung der Demenzenwohnbereiche ist daher die Vorhaltung von großzügigen Gemeinschaftsräumen und deren Gestaltung von zentraler Bedeutung. In der entsprechenden Fachliteratur wird von 4 – 5 qm pro Bewohner ausgegangen. In unserer Planung wird dies durch großzügige „Wohnküchen“ mit integrierten Küchen und Rückzugszimmer (Erinnerungszimmern und Wohlfühlzimmer), die auch für besondere therapeutische Maßnahmen nutzbar wären, umgesetzt. Dabei wird Jeder Wohnbereich über eine eigene „Wohnküche“ verfügen. Die Rückzugszimmer sind für beide Wohnbereiche nutzbar und liegen räumlich zwischen den Wohnbereichen.

---

<sup>6</sup> Bartholomeyczik, S. (u. a.): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Witten, August 2006, S.27 f.

<sup>7</sup> Ebenda, S. 28

In der Lebensgeschichte unserer Bewohner war die Wohnküche der Mittelpunkt des familiären Lebens, hier wurden alle Mahlzeiten gemeinsam eingenommen, hier spielte sich der Alltag ab. Es ist zu erwarten, dass dieser Raum mit positiven Gefühlen der Vertrautheit, Sicherheit und des Wiedererkennens verbunden ist. Hier knüpfen wir an, ohne dass wir in „Sozialromantik“ verfallen. Über den Einsatzrahmen der funktionsfähigen Küche wird konkret bei Fertigstellung und Belegung entschieden. Sie wird jedoch planerisch so ausgestattet sein, dass eine Küchenkraft die Kaltversorgung von hier aus leisten kann. Inwieweit Bewohner bei der Produktion der Mahlzeiten beteiligt werden, oder ob diese besonderen Anlässen vorbehalten sein soll, hängt konkret von den Bedürfnissen der Bewohner ab.

Flexible Sichtschutzwände können den Raum in kleiner Einheiten unterteilen, so dass kleiner Tischgruppen entstehen können, die möglicherweise Themenschwerpunkte haben, wie z. B. Kneipenrund, Kaffeeklatsch. Außerdem entsprechen kleinere Tischgruppen während der Mahlzeiten einer hoffentlich positiv erinnerbaren Familiensituation. Da häufig die ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit zunehmender Demenz problematisch wird, sollten alle Stressfaktoren unbedingt vermieden werden und die Zeiten der Mahlzeiten positiv eingebettet werden.

Im Erinnerungszimmer werden Gebrauchsgegenstände des lebenspraktischen Alltags des Bewohners vorhalten. Hier kann geräumt, geordnet und neu zusammengesetzt werden, ohne dass in die für den Bewohner sinnvolle Handlung ordnend eingegriffen werden muss. Klein überschaubare Bereiche, in denen Alltagsaktivitäten ausgeübt werden können, unterstützen die kompensatorische Wirkung des Milieus und steigern die Lebensqualität. „Beschäftigung bedeutet, etwas in dieser Welt zu bewegen, als Gegenteil von Beschäftigung ist Langeweile, Apathie und Bedeutungslosigkeit. Sich beschäftigen heißt auch, sich zu bestätigen, dem eigenen Sein eine Bedeutung geben. Der Beschäftigung von Personen mit Demenz liegen zwei Aspekte zu Grunde. Erstens kann an vielfältigen Alltagskompetenzen aus dem bisherigen Leben angeknüpft werden und zweitens braucht der Mensch mit Demenz ein akzeptierendes Umfeld, welches seine Beschäftigung kreativ unterstützt, ohne Lösungen vorzugeben oder durch Sanktionen oder Verhinderung bestimmte Beschäftigungen unterbindet“<sup>8</sup> Dieser Ansatz wird auch durch den Dementengarten unterstützt, zu dem jede Wohngruppe einen barrierefreien Zugang haben wird. Auch hier wird der Bewohner Gebrauchsgegenstände aus Lebensgeschichte vorfinden, wie z. B. einen Besen und eine Schubkarre, die gegebenenfalls an seine früheren Alltagserfahrungen der Gartenarbeit anknüpfen und eine sinnhafte Beschäftigung ermöglichen, zumal das zu erwartende Klientel aus dem

---

<sup>8</sup> Bartho lomeyczik, S. (2006): Rahmenempfehlungen ... a. a. O. S. 30

ländlichen Bereich stammen wird. Verhaltensauffälligkeiten, wie motorische Unruhe mit Weglauftendenzen können in diesem geschützten Rahmen ausgelebt werden. Es wird sogar diskutiert, dass es sich bei der Entwicklung von sogenanntem „Herausforderndem Verhalten“ um eine Bewältigungsstrategie des Demenzten handeln könnte. Der Garten selbst ist wiederum ein Therapieraum und bietet dem Bewegungsdrang und der Beschäftigung einen Rahmen. Entsprechend der Herkunftsmilieus wird sich die Bepflanzung der natürlichen Fauna und der Nutzpflanzung der Umgebung anpassen. Die Sinne Fühlen, Tasten, Sehen, Riechen, Schmecken und Hören werden über die verschiedensten Themenschwerpunkte des Gartens angesprochen. So können am Kräuterbeet die unterschiedlichsten Düfte und Geschmacksrichtungen wahrgenommen werden. In anderen Bereichen können verschiedene Früchte ungefährdet gepflückt und genascht werden. Dabei sollte der Garten in den Themenschwerpunkten nur eine begrenzte Anzahl von Sinnen ansprechen, um eine Reizüberflutung zu vermeiden. Ein wesentlicher Gestaltungsschwerpunkt ist der Rundweg, der die Bewohner immer wieder sicher zum Ausgangspunkt zurückführt. In einem solchen Rahmen können die Bewohner sich wieder als selbstständig und kompetent erfahren.<sup>9</sup>

### **2.2.2 Ausgewählte Aspekte des organisatorischen Milieus**

Das ganzheitliche Konzept der Milieuthherapie bedingt, dass sich auch die Organisation der Einrichtung sowie die Organisation des Wohnbereichs (der Wohngruppe) an die Fähigkeiten und Bedürfnisse des demenzten Bewohners anzupassen hat. Bei der Heimaufnahme entscheidet sich, ob der demente Bewohner der integrativen (im Haupthaus) oder der segregativen zugeführt werden soll. Von entscheidender Bedeutung sind hier verschiedene Parameter:

Vorliegende Diagnose des Neurologen<sup>10</sup>

Wünsche der Angehörigen (Bewohner)

Aktuelle Betreuungsproblematik/Heimaufnahmegrund

Einschätzung der aufnehmenden Pflegekraft (Bezugspflegekraft) mittels

Testverfahren, z. B. Mini-Mental-Status-Test (MMST)<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Bauplan im Anhang, S. 35

<sup>10</sup> Eine differenzierte Diagnose, die Überlappung psychische und somatische Erkrankungen ausschließt wäre wünschenswert, jedoch in der Praxis nicht durchgängig vorhanden. Aufnahmen aus Fachkrankenhäuser oder –stationen werden diese Kriterien erfüllen, Aufnahmen aus dem häuslichen Bereich werden nur selten neurologisch abgesicherte Diagnosen mitbringen, so dass die Einschätzung der aufnehmenden Pflegekraft eine entscheidende Bedeutung hat. Sie kann sich verschiedener Tests bedienen. Wichtig sind auch die Angaben der betreuenden Angehörigen. Wir streben eine Versorgung der Heimbewohner durch einen Neurologen (Kooperationsvertrag) an, uns sind jedoch aus betreuungsrechtlichen Fragen Grenzen gesetzt und wir sind auf die Kooperation der Betreuer angewiesen.

<sup>11</sup> MMST-Testbogen und Pflegebedarfseinschätzung nach dem Barthel-Index im Anhang, S. 24



## Einschätzung aufgrund von Erfahrungswerten Einstufung nach Barthel-Index

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen hat, wie schon erwähnt, beim milieuthérapeutischen Ansatz einen herausragenden Stellenwert. Über die Schaffung eines vertrauensfördernden Privattraums hinaus können Angehörige uns Auskunft über die Geschichte des Bewohners (Biografiearbeit) geben. Aktuelles Verhalten des Demenzen kann möglicherweise einen Ausgangspunkt in der Vergangenheit des Bewohners haben. Der demente Bewohner lebt in seiner eigenen Welt, in der die Vergangenheit Ausdruck findet. „Erinnerte Ereignisse werden nicht mehr als vergangen und abgeschlossen erlebt, sondern Erinnertes und Gegenwärtiges wird auf der Gegenwartsebene erlebt. Damit wird die Ich-Identität der Person mit Demenz brüchig, die persönliche Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft kann nicht mehr als geschlossen empfunden werden, Diese Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten können verallgemeinernd beschrieben werden, werden jedoch durch die Persönlichkeit und die Lebensgeschichte der Person mit Demenz in ihrer Ausprägung beeinflusst.“<sup>12</sup> Betreuungskräfte können Informationen über die Vergangenheit mit gesichertem Realitätsbezug nur von den Angehörigen und Bezugspersonen erhalten. Hier setzt die Biografiearbeit ein. Gemeinsam mit den Betreuern werden die Angaben gesammelt und auf ihre heutige Relevanz geprüft.<sup>13</sup> So könnte möglicherweise ein den Demenzen negativ beeinflussendes überschießendes Gefühl kanalisiert werden. Trauerarbeit bei der Erinnerung an das zu früh verlorene Kind wäre dann eine Interventionsmöglichkeit, die man ohne Kenntnisse der Biografie nicht leisten könnte.

Die Ablauforganisation der Wohngruppen wird sich flexibel gestalten und von der traditionellen Organisation entscheidend abweichen. So wird es keine festen, starren Aufsteh- oder Zu-Bett-Geh-Zeiten geben. Auch die Zeiten für die Hauptmahlzeiten werden sich an die Entwicklung der Wohngruppe anpassen. Feste und starre Zeitabläufe sind bei diesem Konzept kontraindiziert. Bei gesicherter ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden die Bewohner die Mahlzeiten gemeinsam mit den Betreuungskräften einnehmen. Bis auf die Mittagsmahlzeit wird die Mahlzeit am Tisch mit den Bewohnern fertig gestellt. Die Esskultur wird sich dem Normalisierungsprozess folgend wie im häuslichen Bereich gestalten. Das zeitintensive und stressbelastete Reichen von Flüssigkeit und Nahrung tritt idealerweise in den Hintergrund, weil der Bewohner zum Einen, in einer stressfreien Situation Mahlzeiten zu sich nehmen kann,

---

<sup>12</sup> Bartholomeyczik, S. (2006): Rahmenempfehlungen ... a. a. O. S. 27

<sup>13</sup> Biografieerhebungsbogen im Anhang, S. 30

und zum Anderen permanent Nahrung durch Betreuungskräfte angeboten wird.<sup>14</sup> Dabei sollten sich flexible Zeitabläufe in einem bestimmten verlässlichen Rahmen bewegen. Flexibilität und Kontinuität müssen sorgfältig abgewogen werden. Ein Nachtcafé halten wir für keine sinnvolle Einrichtung, da die Umkehrung des Tag-Nachtrhythmus unterstützt und gefördert wird.

Alle diese Elemente, die eine Aufweichung der alten Betreuungsstrukturen, der tradierten Arbeitsabläufe bewirken, müssen Niederschlag in der Personaleinsatzplanung mit völlig anders strukturierten Dienstplänen und in der Personalauswahl finden.

Neben den Fach- und Hilfskräften wird es sogenannte Präsenzkkräfte oder auch Alltagsbegleiter geben, die den dementen Bewohner tagsüber permanent begleiten und von denen immer mindestens eine/r im Wohnbereich präsent sein wird. Ehrenamtliche Kräfte, die schon sehr engagiert in unserer Einrichtung tätig sind, werden in diesen Bereich zusätzlich eingebunden. Externe Therapeuten, wie Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, die gezielt therapeutisch am Bewohner arbeiten werden, werden durch eine interne ergotherapeutische Fachkraft mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie ergänzt. Angestrebt ist, dass die die Wohngruppen leitende Altenpflegerin eine Zusatzausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft absolviert.

Das klassische Drei-Schicht-System wird es nicht mehr geben. Die Präsenzkkräfte werden den gesamten Tag abdecken, also die Aktivitätsphase der Dementen. Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte werden versetzt die morgendliche Grundpflege bzw. das Aufstehen der Dementen begleiten und unterstützen. Ein versetzter später Spätdienst wird in die Nachtstunden hinein Bewohner unterstützen und betreuen. Arbeitsspitzen, wie in der traditionellen stationären Altenpflege in den Morgen- und Abendstunden wird es nicht geben. Es wird zwar weiterhin morgens aufgestanden und abends ins Bett gegangen, aber eine Station ist nicht mehr um 9.00 Uhr morgens oder 20.00 Uhr abends „fertig“. Präsenzkkräfte, die über eine Basisausbildung in der gerontopsychiatrischen Betreuung verfügen, werden den Alltag der Dementen begleiten und beständig im „Wohnzimmer“ präsent sein. Sie begleiten die Bewohner bei Spaziergängen, geben Orientierung und geben Hilfestellung bei allen Aktivitäten. Sie werden für die Bewohner zu wichtigen Bezugspersonen werden. Es bleiben für die Pflegekräfte somit Phasen relativer

---

<sup>14</sup> Äußerungen, dass eine Bewohnerin schon gegessen habe, sie dieses nur vergessen hätte, wird es insbesondere bei einem BMI von 16 so nicht mehr geben, weil die Betreuungskräfte im höchsten Maße sensibilisiert sind.

„Ruhe“, in denen sie ausgewählte Bewohner beobachten können, die bei der wöchentlichen Fallbesprechung besprochen werden sollen.<sup>15</sup>

Die Einbindung der Wohngruppen in die Gesamtkonzeption des Hauses erfolgt durch regelmäßige (monatliche) Dienstbesprechungen, in denen beide Bereiche von den Ergebnissen ihrer Arbeit berichten können und neue Methoden/Erkenntnisse allen vermittelt werden können. Naturgemäß wird der Kontakt bei den dicht nebeneinander liegenden Dementenwohnbereichen intensiver sein, da man auch davon ausgehen kann, dass bei personellen Engpässen untereinander kompensiert werden muss. Aber der Kontakt zum „Haupthaus“ ist wichtig, weil beide Bereiche sowohl aufnehmende wie auch abgebende Station sein können. Schwerstdemente, die durch Multimorbidität bettlägerig geworden sind, vielleicht auch durch Sonde ernährt werden müssen, die also einer besonderen intensiven Pflege bedürfen, können nur über eine begrenzte Zeit in den Dementenwohngruppen versorgt werden, da sie die Pflegekräfte zeitlich zu sehr in die Bewohnerzimmer binden. Möglicherweise muss man solche betroffene Bewohner ins Haupthaus geben. Es wird jedoch auch demente Bewohner geben, deren Demenz soweit fortgeschritten ist, dass eine Betreuung in den Wohngruppen notwendig wird. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit der störungsfreien Informationsübermittlung und der gleichberechtigten Planung/Diskussion ohne Eitelkeiten.

### **2.2.3 Aspekte des sozialen Milieus**

Die Gestaltung des sozialen Milieus ist vielleicht der wichtigste und konzeptionell entscheidende Faktor bei der Umsetzung des milieuthérapeutischen Ansatzes. Es umfasst sowohl den Aufbau einer funktionierenden und angstfreien Gemeinschaft der Bewohner gemeinsam mit den Mitarbeitern als auch die Entwicklung einer Pflegephilosophie, bei der alle Mitarbeiter den Dementen mit Wertschätzung begegnen.

Dass die Homogenität der Wohngruppe hinsichtlich des Krankheitsbildes und des Ausprägungsgrades wichtig ist, wurde schon erwähnt, muss hier jedoch nochmal vertieft werden. Insbesondere bei der Betreuung von Dementen mit „herausforderndem Verhalten“ hat diese Homogenität eine entscheidende Bedeutung. Aufgrund der großzügigen Raumgestaltung sind Freiräume vorhanden, die besonders für Demente mit

---

<sup>15</sup> Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, auf Beobachtungsinstrumente wie das „Dementia Care Mapping“ von Tom Kitwood einzugehen. Überlegenswert wäre jedoch auch, einen eigenen Beobachtungsbogen zu entwickeln, der sich an Symptome des subjektiven Wohlbefindens, wie das Lachen, Kontaktaufnahme zu anderen Bewohner, Entwicklung der Nahrungsaufnahme, Schlafverhalten usw. orientiert. Ein solches Verfahren wäre schnellumsetzbar, für alle nachvollziehbar und ohne zeitaufwendige Weiterbildung anwendbar. Einer wissenschaftlichen Überprüfung würde dies natürlich nicht standhalten, aber für eine Evaluation der entwickelten Maßnahmen der Pflegeplanung wäre dies vielleicht das ausreichende Messinstrument.

motorischer Unruhe frei genutzt werden können. Reglementierendes Eingreifen seitens der Betreuungskräfte findet erst bei Eigen- oder Fremdgefährdung statt. Indem die Räumlichkeiten eigenständig genutzt werden können, erfährt der demente Bewohner die eigene Kompetenz. „ Herausforderndes Verhalten bei Demenz kann selbst auch Ausdruck von Wohlbefinden sein. Es geht also darum, Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz adäquat zu interpretieren und nicht prinzipiell zu vermeiden bzw. abzuschalten.“<sup>16</sup> Dies ist in der traditionellen stationären Altenpflege nicht möglich. Von nicht dementen Bewohner kann nicht erwartet werden, dass sie sich gegenüber Dementen mit herausforderndem Verhalten, wie stereotypes Rufen oder „Herumlaufen“ nachsichtig verhalten. Demente sind aufgrund ihrer relativen Unabhängigkeit von gesellschaftlichen Normen gegenüber Andersartigen toleranter. Zudem bedrücken sie nicht mehr die Ängste, auch Symptome dieser Krankheit zu entwickeln. Sie begegnen sich auf ihren Spaziergängen und gehen ein Stück gemeinsam. Sie sitzen am Kaffeetisch zusammen und kommunizieren miteinander, ohne dass Außenstehende die inhaltliche Bedeutung erfassen können. Konfliktsituationen, die durchaus akut entstehen können, werden in der Regel wieder vergessen. Es entwickeln sich selten anhaltende Antipathien. Bei immer wiederkehrenden Konfliktsituationen können Mitarbeiter in diesem baulichen Milieu viel besser eingreifen. Betreuungspersonal wird somit von der belastenden „Überwachungsarbeit“ entlastet und Konfliktsituationen werden minimiert. Überlastungssituationen für die Mitarbeiter, die durch die unterschiedliche Bedürfnislage der dementen und nicht dementen Bewohner entstehen, sind somit reduziert. Ein entspanntes Miteinander in dieser Gemeinschaft ist ein wichtiges Ziel der Milieuthérapie. Ein Leben in einer angst- und stressfreien Gemeinschaft ist von grundlegender Bedeutung für das eigene Wohlbefinden und fördert die subjektive Lebensqualität. Dies sind die oberste Ziele, die mit der milieuthérapeutischen Konzeption verwirklicht werden sollen.

Von ganz entscheidender Bedeutung für eine gelungene Umsetzung der Milieuthérapie ist darüberhinaus die grundlegende Pflegehaltung aller Mitarbeiter. Einerseits bilden sie gemeinsam mit den Demenzkranken die Gemeinschaft, andererseits sind sie die Handelnden, die direkt in den Alltag des Dementen, z. B. durch direkte Pflegemaßnahmen, eingreifen. Ein neuer Zugang zu dem Dementen muss gefunden werden. Der Demente ist das Zentrum der Interaktion. Er bestimmt, wie, wann und in welchem Maße durch Betreuungspersonal eingegriffen wird. „ In der Pflege ist das gelingende soziale Miteinander aus Sicht der demenziell erkrankten Menschen entscheidend für deren Wohlbefinden. Insbesondere ist die Akzeptanz der Wirklichkeitspluralität in der Arbeit mit demenzerkrankten Menschen mit einem

---

<sup>16</sup> Bartholomeyczik, S. (2006): Rahmenempfehlungen ... a. a. O. S. 29

mittelschweren bis schweren Ausprägungsgrad der Erkrankung notwendig. An die Stelle der einen Wirklichkeitssicht tritt das fortwährende Bemühen, die gelebte Realität und Erlebensweise des Erkrankten gewährend zu begleiten.“<sup>17</sup> Dem Dementen muss mit einer grundlegenden Wertschätzung begegnet werden. Er ist in seiner Realität kompetent und wertvoll. Auch wenn die Realität des Dementen, in der er sich befindet, nicht nachvollziehbar ist, begegnet man ihm in der beständigen Suchhaltung, ihn – den Dementen – in seiner Realität begreifen zu wollen. „Das Selbstbild baut auf Wertschätzung auf. Das Bedürfnis nach Wertschätzung ist essentiell für die Entwicklung und den Erhalt des Selbst.“<sup>18</sup> Dies setzt eine emphatische, mitfühlende Grundhaltung voraus und das Aushalten von nicht nachvollziehbaren Brüchen. Diese Grundhaltung muss allen Mitarbeiter- über Reinigungskraft bis zur Pflegekraft – gemeinsam sein. Eine Pflegekultur, die den Pflegbedürftigen in seiner Gesamtheit begreift, ihn in seiner Kompetenz akzeptiert und die sein Wohlbefinden zum übergeordneten Ziel hat. Eine wichtige Leitungsaufgabe bei der Verwirklichung der Konzeption wird die Mitarbeiterauswahl und die Fort- und Weiterbildungsplanung als Elemente der Personalentwicklung sein.

### **2.3 Aspekte der Personalentwicklung**

Unter Personalentwicklung (PE) werden alle geplanten Maßnahmen verstanden, die der Personen-, Team- und Organisationsentwicklung dienen, die die bestehende und zukünftige erfolgreiche Entwicklung des Unternehmens unterstützen bzw. absichern sollen. Es handelt sich dabei um einen zielgerichteten Prozess, der jedoch in kleineren Betrieben, die Logistik der Unternehmensleitung stark fordern wird, da in der Regel der Bereich Personalwirtschaft und -planung nicht delegiert ist und sich in dem Aufgabenbereichs des Unternehmensführers befindet. Grundlagen der Personalentwicklung sind gute Kenntnisse über das Potential der vorhandenen Mitarbeiter, die detaillierte Festlegung der Unternehmensziele und die Analyse der zukünftigen Anforderungen an das Personal. Zudem muss der Planer über genaue Kenntnisse verfügen, welche neuen Arbeitsbereiche zukünftig installiert werden müssen und wie der Arbeitsmarkt sich gestaltet. (Organisationsentwicklung)

„Personalentwicklung ist ein Teilgebiet der Personalwirtschaft innerhalb der Betriebswirtschaft, (...)mit dem Ziel, Menschen, Teams und Organisationen dazu befähigen, ihre Aufgaben in betrieblichen Arbeitssystemen erfolgreich und effizient zu bewältigen und sich neuen Herausforderungen selbstbewusst und motiviert zu stellen. Sie Umfasst die gezielte Förderung von Humankapital, um die Unternehmensziele unter

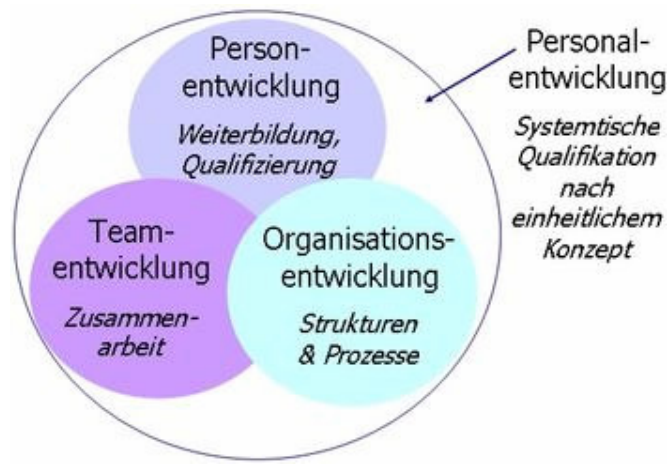
---

<sup>17</sup> Bartholomeyczik, S. (2206) : Rahmenempfehlungen ... a. a. O. S. 30

<sup>18</sup> Ebenda a. a. O. S. 27

Berücksichtigung der Bedürfnisse und Qualifikation des Mitarbeiters oder einer Gruppe von Mitarbeitern optimal zu erreichen.“<sup>19</sup>

### Personalentwicklung



„Personalentwicklung (PE) umfasst alle Maßnahmen der Bildung, der Förderung und der Organisationsentwicklung, die von einer Organisation oder Person zielorientiert geplant, realisiert und evaluiert werden (vgl. Becker, M., (2005), S. 4).“<sup>20</sup>

Dabei sind alle drei Bereiche der Personalentwicklung nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern sie beeinflussen sich vielmehr gegenseitig.

Zielsetzung der **Personenentwicklung** ist die Anpassung der vorhandenen Fähigkeiten des vorhandenen Personals an die zukünftigen Anforderungen des Unternehmens. Hierbei sind die Schlüsselqualifikationen in den Bereichen der Fach-, Methoden-, Handlungs-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenz von Bedeutung und müssen entsprechend der Anforderungen des Betriebes gebildet und gefördert werden. Klassische Instrumente der Personenentwicklung sind u. a. Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen. Diese können sich global an alle Mitarbeiter eines Bereiches (Basisqualifikation) richten oder an einzelne Mitarbeiter, die besondere Funktionen übernehmen und damit ausgewählte Kompetenzen (Fachqualifikation) erhalten sollen.

Im folgenden Abschnitt der Arbeit werde ich auf die zwei Aspekte der Personenentwicklung, der Mitarbeiterauswahl und Qualifizierungsplanung eingehen.

<sup>19</sup> Freie Enzyklopädie [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) Text: Personalentwicklung (08.09.2007)

<sup>20</sup> Röhnert (August 2007): Unterrichtsmaterialien, Personalentwicklung, S. 1, nach: [wikipedia: Personalentwicklung](http://de.wikipedia.org/wiki/Personalentwicklung), <http://de.wikipedia.org/wiki/Personalentwicklung>, Stand: 26.06.2007

Ein für mich besonderer und sensibler Bereich, der in dieser Definitionen der PE nicht gesondert erwähnt wird, ist für mich die Mitarbeiterauswahl. Aufgrund meiner Berufserfahrung bin ich der Überzeugung, dass gewisse Schlüsselqualifikationen, die in der Dementenbetreuung vorhanden sein müssen, nicht oder nur begrenzt erlernbar sind, so dass ich dieser Problematik ein besonderes Kapitel widmen möchte.

### **2.3.1 Auswahl der Mitarbeiter**

Grundsätzlich muss der Einsatz aller Mitarbeiter der Dementenbetreuung auf freiwilliger Basis beruhen. Eine „Zwangsversetzung“ in diesen Bereich ist nicht vorstellbar, da große Belastungen vor allem psychischer Natur auf die Betreuungskräfte warten. Auch die Überlegung ein sogenanntes Rotationsmodell einzuführen und zumindest das Pflegepersonal regelmäßig auszuwechseln, muss daher mit großer Skepsis betrachtet werden.

Bei meiner Nachfrage, wer sich von meinen jetzigen Mitarbeitern vorstellen könne, in den Wohngruppen für Demente zu arbeiten, bekam ich eindeutige Antworten. Nur sehr wenige Kräfte konnten sich die Arbeit in beiden Bereichen vorstellen. Auffallend war, dass sich die Entscheidungen derjenigen, die diese trafen, mit meiner eher intuitiven Überlegung nahezu vollständig übereinstimmten. Mitarbeiter, insbesondere Pflegekräfte, scheinen sich selbst unbewusst sehr genau einschätzen zu können und veröffentlichen dies auch, wenn sie sich in einer sanktionsfreien Situation äußern können.

Da ich die Schlüsselqualifikationen „personale und soziale Kompetenz“ nur für begrenzt erlernbar halte, da sie sich einer beruflichen Qualifizierung im Sinne der Personalentwicklung über externe und interne Qualifizierungsmaßnahmen entziehen, sind diese Grundkriterien für meine Personalauswahl. Da diese Fähigkeiten eng mit der Sozialisierung des Mitarbeiters korrespondieren, halte ich eine Veränderbarkeit dieser Persönlichkeitsstrukturen zwar grundsätzlich für möglich, aber im Rahmen der beruflichen Weiterentwicklung für einen Betrieb illusorisch.

Unter der personalen Kompetenz verstehe ich dabei die eigene Selbstreflexion und eine gewisse berufliche Distanz, d. h. sich selbst im Gesamtkontext verstehen und als Agierenden kritisch betrachten. Das führt zum Erkennen eigener Be- und Überlastung und zum Erlernen und Nutzen von Bewältigungsstrategien, wie z. B. Teamgespräche und Supervision. Ein sorgfältiges Umgehen mit sich selbst ist insbesondere in diesem Bereich für mich ein erster Schritt, um physisch und psychisch gesund zu bleiben. Diese grundsätzliche Haltung sich selbst gegenüber ist jedoch auch von entscheidender Bedeutung für die Haltung gegenüber meinen Kollegen und Bewohnern. Diese Mitarbeiter müssen die Belastungen und das Ungeordnete der „verrückten“ Welt der Dementen

ertragen und positiv nutzen können. Der permanente Übergang zwischen der objektiven Realität und der unterschiedlichen inneren Realität des einzelnen Demenzen muss aushaltbar bleiben und darf nicht zur Verschiebung der eigenen Realität führen. Dabei muss sich der Mitarbeiter, der eigenen Ängsten vor dieser Erkrankung und deren Folgen bewusst werden und positiv bearbeiten. Bewältigungstechniken und -methoden wie Supervision sind zwar erlernbar, bleiben jedoch aufgesetzt, wenn man sich nicht darauf einlassen kann. Diese Grundfähigkeit muss der Mitarbeiter mitbringen, denn alle betrieblich initiierten Qualifizierungsmaßnahmen werden hier nur einen begrenzten Wirkungsrahmen haben und die Möglichkeiten eines kleineren Betriebes meiner Meinung nach überschreiten.

Auch die Fähigkeiten der sozialen Kompetenz hängen für mich eng mit der Ergebnisse der Sozialisation desjenigen zusammen. Hier findet sich ein grundsätzliches Wertesystem, ein eigenes moralisches System, dem derjenige folgt. Dies bestimmt mein Verhalten dem Anderen gegenüber, legt die Basis für mein emphatisches Vermögen. Eine Wertschätzung des anderen sollte immer Verhaltensprämisse sein, in der Demenzenbetreuung ist es unabdingbar. Demenzen können sich nicht mehr auf der verbalen Ebene mitteilen. Die Gefühlsebene bekommt eine herausragende Bedeutung. Hier äußern sie Bedürfnisse nach Vertrautheit, Sicherheit und Zuwendung, auf der sie in einem größeren Maße angewiesen als nicht kognitiv eingeschränkte Bewohner, die die Wünsche noch direkt ausdrücken und auf eine Befriedigung der Bedürfnisse hinarbeiten können.

Da ich die Bildbarkeit der Mitarbeiter gerade in diesen Schlüsselqualifikationen für sehr begrenzt halte, werden diese auch die entscheidenden Kriterien für Beurteilung der Fähigkeiten des Mitarbeiters während der Probezeit sein.

### **2.3.2 Aspekte der Fort- und Weiterbildungsplanung**

Da wir noch mindestens ein Jahr von der Fertigstellung der Demenzenwohnbereiche entfernt sind, kann hier jetzt nur um eine prospektive Planung gehen.

Der erste Schritt einer solchen Planung ist die **Potentialanalyse**, die hier nur sehr begrenzt ausfallen kann. Bei Fertigstellung und abhängig von der Belegung werden wir zusätzliches Personal einstellen können. Die grundsätzliche Frage ist dann, ob wir uns bestimmte Qualifikationen „einkaufen“ wollen, oder ob wir das Personal fort-oder weiterbilden wollen. Dies setzt natürlich voraus, dass wir zunächst eine **Bedarfsanalyse** durchgeführt haben, die unsere Zielsetzungen und rechtliche Forderungen mit den beruflichen Qualifikationen unserer Mitarbeiter in Einklang bringen.



Langfristig angelegte Weiterbildungen, wie z. B. die Ausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft, müssen eventuell jetzt schon gestartet werden, damit sie zu Eröffnung der Wohnbereiche nutzbar sind. Das Fortbildungskonzept der Einrichtung im Betrieb wird sich an dem Programm der „Begleitenden Qualifizierung“<sup>21</sup> orientieren und verschiedene Ansätze umsetzen. Mit dem wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung werden finanzielle Ressourcen für Fort- und Weiterbildung vorhanden sein, so dass dann eine langfristige Qualifizierungsplanung ausgearbeitet werden kann.

Die **Basisqualifikation** umfasst vor allem die mehr oder weniger reine Wissensvermittlung über interne oder externe Fortbildungen:

Fachwissen: Demenz und ihre Symptome

Das Milieutherapeutische Konzept

Therapeutische Methoden/theoretisch Einführung mit  
Praktischen Übungen

- Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood
- 10-Min-Aktivierung
- Snoezeln
- Basale Stimulation
- Validation
- Basale Stimulation
- Ergotherapie
- andere Therapietechniken

Kommunikationstechniken

- Kommunikationstechniken
- Informationsübergabe/ Übergabegespräch

Medikamentöse Therapiemöglichkeiten

Diese Qualifizierungsmaßnahmen werden vor Inbetriebnahme der Wohngruppen durchgeführt, da es sich hierbei um Grundlagenwissen handelt, die jedem Mitarbeiter zu Beginn der Arbeit zur Verfügung stehen muss. Zukünftiges Personal kann so natürlich noch nicht weitergebildet werden. Einerseits gibt es die Möglichkeit, dass diese Mitarbeiter entsprechende Qualifikationen mitbringen, andererseits werden die genannten Inhalte auch als prozessbegleitend, also während des Betriebs, permanent routinemäßig aufgefrischt werden müssen. Die fördert auch die Teamentwicklung, da dann alle gemeinsam an einem Wissensgewinn, einer Kompetenzerweiterung beteiligt sind.

---

<sup>21</sup> Vgl. Kuhn, Ch., Radzey, B. (2005): Demenzwohngruppen einführen – Ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung, Stuttgart, S. 109

Vorstellbar ist auch, dass ein „Grundlagenwerk“ der Wohngruppen erstellt wird, in dem Basiswissen schriftlich festgehalten wird und entsprechend des Einarbeitungskonzeptes der Einrichtung jedem neuen Mitarbeiter mit der Verpflichtung des Lesens überreicht wird. Alle Erkenntnisse die in der Prozessbegleitung gewonnen werden, müssten Eingang in dieses schriftliche Einführungswerk finden.

Welche Mitarbeiter im Einzelnen an welchen Maßnahmen teilnehmen, hängt vom Arbeitsbereich (Bedarfsanalyse) und vorhandenen Kenntnissen (Potentialanalyse) ab. So wird das Basiswissen über Demenz und deren Symptomen möglichst allen betroffenen Mitarbeiter vermittelt werden. Informationen über medikamentöse Therapie- und Interventionsmöglichkeiten werden eher dem Pflegepersonal (Therapeuten) vorbehalten sein. Da alle Mitarbeiter entsprechend den Grundlagen des milieuthérapeutischen Konzeptes arbeiten müssen, müssen auch alle in diesem Bereich über ein Grundlagenwissen über diese Konzeption verfügen. So ergibt sich für jeden Mitarbeiter ein individueller Fortbildungsplan, der für die Mitarbeiter dieses Bereich verpflichtend sein wird.

Grundsätzlich abzugrenzen von dieser Basisqualifikation ist die **prozessbegleitende Qualifizierung**. Zum Einen wird es sich hierbei um einen fortlaufenden und festinstallierten Prozess handeln, an dem die Mitarbeiter entsprechend der Bedarfs- und Potentialanalyse teilnehmen, zum Anderen findet auch reflektiertes Lernen im Betrieb statt. („Learnig bei doing“ oder Learnig on the job“) Dieser Prozess wird die Arbeit in den Wohngruppen permanent begleiten und an vorher festgelegten Tagen und verbindlich stattfinden. Dabei wird dieser Prozess beständig von der PDL und der gerontopsychiatrischen Fachkraft begleitet werden, so dass eine permanente Reflektion und Überprüfung des pflegerischen Handelns abgesichert ist.

Die prozessbegleitende Qualifikation und die Evaluation umfasst:

- Wöchentliche Fallbesprechungen
- Entwicklung von Assessmentinstrumenten
- Themenarbeitsgruppen (z. B. Forschungsliteraturrecherche)
- Entwicklung und Anpassung von Erhebungsbögen<sup>22</sup>

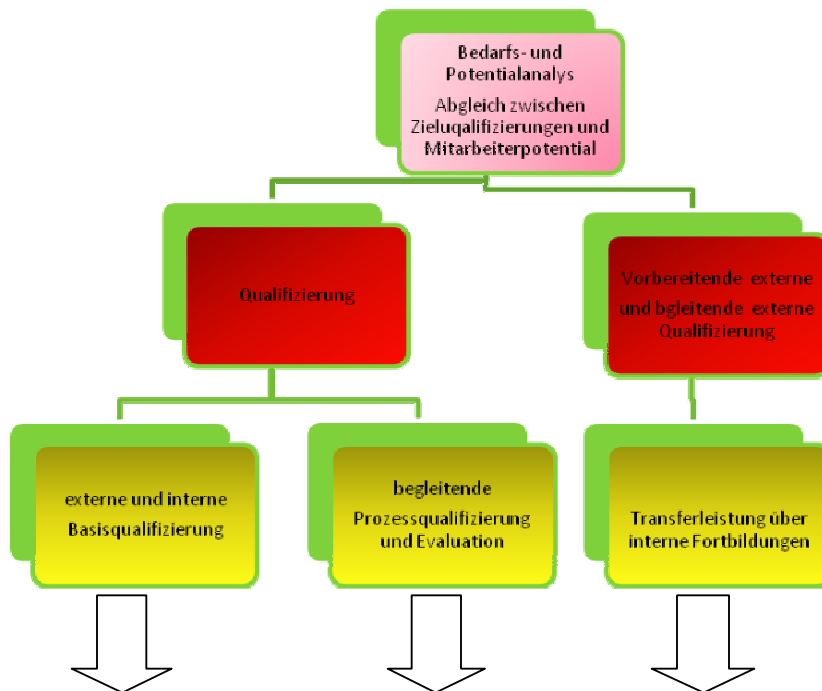
Jeder teilnehmende Mitarbeiter hat hier die Möglichkeit sich kreativ und qualifiziert einzubringen und seine Erfahrungen in der Arbeit mit den Demenzkranken mitzuteilen. Dieser Bereich ist eher handlungsorientiert, da in Fallbesprechungen Betreuungsmaßnahmen optimiert werden müssen, Erhebungsbögen zur Überprüfung des

---

<sup>22</sup> Vgl Kuhn, Ch., Radzey, B. (2005): Demenzgruppen einführen, Ein Praxisleitfaden für die Konzeption, Planung und Umsetzung, Stuttgart, Demenz Support Stuttgart gGmbH, S. 109 ff

Erfolges einer Maßnahme überprüft und angepasst werden müssen. Die prozessbegleitende Qualifikation hat also in der Regel konkrete Veränderungen/Anpassungen und führt zu neuen Handlungsstrategien zur Folge. Hier wird natürlich auch die Pflegeplanung überprüft und angepasst.

Folgende Graphik soll die Zusammenhänge der unterschiedlichen Qualifizierungsstränge darstellen:



Alle drei Qualifizierungsformen greifen ineinander und überprüfen sich gegenseitig in der praktischen Betreuungsarbeit und beinhalten ausreichend in-put über Transferleistungen der externen Fort- und Weiterbildungen und interne Überprüfungsmöglichkeiten über die Fallbesprechungen und begleitenden Beobachtungen. Wichtig ist, dass es sich hierbei um einen fortlaufenden Prozess handelt, der einem permanenten Anpassungsprozess unterliegt

Eine Grundidee bei dieser Art und Fort- und Weiterbildungsplanung ist es, so viel wie nötig, an externer Wissensvermittlung teilzunehmen, um so viel wie möglich, an interner Wissensvermittlung in eigener Verantwortung über Transferleistungen in die Arbeit

einzubinden. Durch die Begrenztheit der finanziellen Ressourcen dieser Einrichtung muss der Qualifizierungsbereich kostengünstig gehalten werden. Wenn trotzdem eine permanente Qualifizierung gewünscht ist, muss man sich der in Eigenregie durchgeführten internen Fortbildung zuwenden. Ausgewählte Mitarbeiter werden dann, nach Absolvierung einer Qualifizierungsmaßnahme ihr erworbenes Wissen an die Kollegen/-innen kompetent weitergeben. Wichtige zentrale Kompetenzfelder sollten jedoch von externen Kräften innerhalb der Einrichtung vermittelt werden. Dies trifft vor allem auf die Vermittlung von neuen Therapie- und Behandlungsmethoden zu. Da hier das Einüben von Handlungen im Vordergrund steht und ein Transferverlust gerade in der Umsetzung in der Praxis zu erwarten ist.

#### **IV. Fazit**

Zu Beginn der Arbeit habe ich die verständliche und nachvollziehbare Demotivation unserer Mitarbeiter geschildert. Hinzu kommt die wirtschaftliche Schieflage der Einrichtung mit der maroden Bausubstanz und der Perspektivlosigkeit, wenn sich an der Situation nicht Grundsätzliches ändert. Alle diese Elemente bedingen und verursachen einander.

Es stellte sich für uns in der Unternehmens- und Pflegedienstleitung zunächst die Frage, wie verändern wir unsere Einrichtung, dass potentielle Pflegebedürftige sich vorstellen können, ihren Lebensabend bei uns zu verbringen. Dies lässt sich durch einen Neu- bzw. Umbau in ein modernes, behindertengerechtes Altenheim, das den Anstaltscharakter vermeidet, relativ leicht realisieren. (Die langwierigen und schwierigen Verhandlungen mit der finanzierenden Bank, Heimaufsicht und Baubehörde lasse ich hierbei außen vor.)

Eine weitere und sehr viel entscheidendere Frage und Aufgabe ist es, wie können wir in dieser Konkurrenzsituation unsere Existenz sichern.

Indem wir durch ein besonderes Angebot für Demente in Betreuung und räumlicher Gestaltung, eine Nische zu besetzen, die im Landkreis konkurrenzlos ist, hoffen wir einen Wettbewerbsvorteil zu erreichen. Durch die Erfahrungen der letzten Monate konnten wir durch eine Vielzahl von Gesprächen mit Angehörigen feststellen, dass neben der finanziellen Frage, die Art und Weise der Unterbringung und der Betreuung von wesentlicher Bedeutung ist. Zudem hatten wir schon einige Anfragen bezüglich der Dementenbetreuung, die wir jedoch noch nicht befriedigen konnten. Da es vielen Angehörigen schwer fällt und einem Versagen gleich kommt, ihre dementen Angehörigen nun doch in eine stationäre Einrichtung zu geben, wollen sie sie zumindest gut versorgt wissen wollen, um ihr „schlechtes“ Gewissen zu beruhigen.

Bleibt nun noch die Personalfrage. Wie können wir unsere Mitarbeiter wieder motivieren und positiv an unseren Betrieb binden?

Zum einen sind wir der festen Überzeugung, dass ein neuer inhaltlicher Zugang zur Altenpflege die Mitarbeiter motiviert, da alte verkrustete Strukturen aufgebrochen werden. Zudem wird die Kompetenzentwicklung über Qualifizierungsmaßnahmen Burnout-Symptomen entgegenwirken. Dies gilt nicht nur für die Wohngruppenbereiche, da sich auch im Haupthaus die Sichtweise auf die Pflegearbeit verändern wird. Durch den Gewinn an Qualifikation und Kompetenz, der regelmäßig wiederkehrenden Fallbesprechungen, in denen Aussagen und Einschätzungen von Mitarbeitern relevant sind, in den Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Arbeitswirklichkeit und der wertschätzenden Interaktion untereinander und mit den Vorgesetzten hoffen wir, dass wir auch „in den Köpfen“ eine gravierende Veränderung in die Wege leiten können. Wir hoffen, dass diese Art der Betreuung sich nicht nur für unsere Bewohner positiv auswirkt, sondern auch unseren Mitarbeitern einen neuen Motivationsschub bringt. Die Identifikation mit dem Betrieb besonders der Mitarbeiter, die schon vor dem Neubau und der Umgestaltung Mitglied des Betriebes waren, dürfte sich schon über die Erkenntnis entwickeln, die schwierige Lage des Unternehmens gemeinsam gemeistert zu haben.

## V. Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim (Durchführungsverantwortung), Weyerer, S., Schäufele, M (Projektleitung), Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg, Juli 2004, Internetversion, Mannheim, weyerer@zi-mannheim.de
- Baer, U. (2007): Innenwelten der Demenz, Das SMEI-Konzept, Neukirchen-Vluyn, Affenkönig Verlag
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Riesner, C. (Schlussredaktion) (2006), Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) : Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Witten, Internetversion 14.05.2007
- Bruder, J., Wojnar, J.(1994), Milieuthapie, Aufsatz in Hamburger Ärzteblatt 52, Hamburg
- Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung E. V., Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen aus dem Hamburger Modell: Konsequenzen für die Dementenbetreuung, Hamburger Positionspapier zur Besonderen Stationären Dementenbetreuung, Internetversion 14.05.2007
- Feil, Naomi (2004): Validation in Anwendung und Beispielen, Der Umgang mit verwirrten alten Menschen, 4. Auflage, München, Ernst Reinhardt Verlag
- Freie Enzyklopädie [www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de) Text: Personalentwicklung (08.09.2007)
- Graber-Dünow, M. (2003): Milieuthapie in der stationären Altenhilfe, 2. Auflage, Hannover, Brigitte Kunz Verlag
- Hallauer, J. F. (Hrsg) (2006): Umgang mit Demenz – Pflegepraxis aktuell, Hamburg, Behrs Verlag
- Heeg, S., Bäuerle, K. (2006): Demenzwohngruppen und bauliches Milieu, Beispiele für Umbau und Innenraumgestaltung, Stuttgart, Demenz Support Stuttgart gGmbH

- Hegedusch, E., Hegedusch, L. (2007): Tiergestützte Therapie bei Demenz, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Held, C., Ermini-Fünfschilling, D. (2006): Das demenzgerechte Heim, 2. Auflage, Basel, Karger-Verlag
- Reggentin, H., Dettbarn-Reggentin, J. (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern, Stuttgart, Kohlhammer Verlag
- Röhnert (August 2007): Unterrichtsmaterialien, Personalentwicklung
- Staak, S. (2004); Milieutherapie, Ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter, Hannover, Vincentz Network
- Tackenberg, P., Abt-Zeglin, A.(Hrsg.) (2004): Demenz und Pflege, Eine interdisziplinäre Betrachtung, Frankfurt a. M., Mabuse Verlag
- Wächtershäuser, A., Konzepte für die Betreuung dementer Menschen, Auszug aus Diplomarbeit, Internetversion 14.05.2007, <http://www.we-serve-you.de/anne/top.htm>

## VI. Anhang

### Mini-Mental Status Test (MMST)

Name ..... Datum ..... Score \_\_\_\_\_

Score

#### A. Orientierung

Zeit 1. Jahr

(z.B. Welchen Tag haben wir heute?) 2. Jahreszeit

3. Datum

4. Wochentag

5. Monat

Ort 6. Land/Staat

(z.B. Wo sind wir?) 7. Bundesland

8. Stadt/Ortschaft

9. Klinik/Praxis/Altersheim

10. Stockwerk

Summe (max. 10): \_\_

#### B. Merkfähigkeit

1. >Auto<

2. >Blume<

3. >Kerze<

Der Untersucher nennt folgende drei Gegenstände



und fordert den Patienten auf, die Begriffe zu wiederholen (1 Punkt für jede richtige Antwort). Der Untersucher wiederholt die Wörter solange, bis der Patient alle drei gelernt hat (höchstens 6 Wiederholungen).

Summe (max. 3): \_\_\_

#### C Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit

1. >93<

2. >86<

3. >79<

4. >72<

Von 100 an sind jeweils 7 abziehen. Falls ein Rechenfehler gemacht wird die darauf folgenden Ergebnisse „verschoben“ sind, so wird nur ein Fehler gegeben.

5. >65<

ODER

1. O

2. I

Falls der Patient die Aufgabe nicht durchführen kann oder will, „Radio“ rückwärts buchstabieren lassen:

O-I-D-A-R 3. D

4. A

5. R

Summe (max. 5): \_\_\_

#### D. Erinnerungsfähigkeit

1. >Auto< Der Untersucher frag nach den drei zuvor genannten

Wörtern. 2. >Blume<

3. >Kerze<

Summe (max. 3): \_\_\_

#### E. Sprache

1. Armbanduhr Der Untersucher zeigt zwei Gegenstände und fordert

den Patienten auf, sie zu benennen. 2. Bleistift

3. „Sie leiht ihm kein Geld mehr“ Der Untersucher fordert den Patienten auf, nachzusprechen.

4. „Nehmen Sie dieses Blatt in die

rechte Hand“

Der Untersucher lässt den Patienten folgendes

Kommando befolgen.

5. „Falten Sie es in der Mitte“

6. „Legen Sie es auf den Boden“

Der Untersucher bittet den Patienten, 7. Die Anweisung auf der Rückseite zu

befolgen

Der Untersucher dreht das Blatt um und fordert den

Patienten auf, 8. einen vollständigen Satz zu

schreiben (Rückseite).

9. Nachzeichnen (Rückseite) Der Untersucher lässt den Patienten die auf der

Rückseite vorgegebene Figur malen (1 Punkt, wenn

alle Seiten und Winkel stimmen und die sich

überschneidenden Linien ein Viereck bilden).

Summe (max. 9): \_\_\_

Gesamtsumme bitte oben eintragen

[http://www.sonnweid.ch/fileadmin/tmpl/pdf/mini\\_mental\\_status\\_test.pdf](http://www.sonnweid.ch/fileadmin/tmpl/pdf/mini_mental_status_test.pdf) (09.09.2007)

Ergebnisinterpretation:

- 25 – 30 Punkte keine kognitiven Einschränkungen
- 18 – 24 Punkte leichte kognitiven Einschränkungen
- 17 – 23 Punkte mittelschwere kognitive Einschränkungen
- 0 - 16 Punkte schwere kognitiven Einschränkungen

Der Mini-Mental-Status-Test dient der ersten Einschätzung kognitiver Einschränkungen. Als vertiefende Analyse ist er nicht geeignet, da die Beantwortung der Fragen stark vom Bildungsstand abhängig ist. Die Fragen nach der Orientierung sind schon aufgrund der belastenden Aufnahmesituation des zukünftigen Bewohners sehr kritisch zu betrachten.

## **Barthel Index (BI)**

### Essen Punkte

Unabhängig, ißt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck **10**

Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden **5**

Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird **0**

### Bett/(Roll-)Stuhltransfer

Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit **15**

Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich **10**

Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbständig **5**

Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird **0**

### Waschen

Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen; Kämmen, Zähneputzen **5**

Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit **0**

### Toilettenbenutzung

Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung) **10**

Benötigt Hilfe, z.B. wg. unzureich. Gleichgewichtes od.bei Kleidung/Reinig. **5**

Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird **0**

### Baden

Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit **5**

Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit **0**

### Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren

Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen **15**

Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsm. 50 m gehen **10**

Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen,  
auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m **5**

Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren **0**

#### Treppensteigen

Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) **10**

benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen **5**

Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen **0**

#### An- und Auskleiden

Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband) **10**

Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen **5**

Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird **0**

#### Stuhlkontrolle

Ständig kontinent **10**

Gelegentlich inkontinent, maximal einmal/Woche **5**

Häufiger/ständig inkontinent **0**

#### Urinkontrolle

Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix **10**

Gelegentlich inkontinent, max. einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung **5**

Häufiger/ ständig inkontinent **0**

<http://bloggando.fabioangius.net/img/astratti/alzheimer.jpg> (09.09.2007)

100 Punkte                      unabhängige basale Alltagskompetenz

80 – 60 Punkte                benötigt Unterstützung im Alltag

Weniger als 60 Punkte        schwere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

<b>Schröder &amp; Griepenburg OHG</b>	<b>KÜCKENS-Altenpflegeheim Berne/Pflegeheim Waldesruh Ganderkese</b>
Biografieerhebung	

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Familienstand/  
Familienverhältnisse: \_\_\_\_\_

Bezugspersonen: \_\_\_\_\_

Wohnverhältnisse: \_\_\_\_\_

Garten: \_\_\_\_\_

Haustiere: \_\_\_\_\_

Hobbys/  
Beschäftigungen: \_\_\_\_\_

Berufliche  
Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Schröder &amp; Griepenburg OHG</b>	<b>KÜCKENS-Altenpflegeheim Berne/Pflegeheim Waldesruh Ganderkesee</b>
Biografieerhebung	

Prägende Lebens-  
ereignisse:  
(z. B. Kriegser-  
lebnisse/Tod d.  
Partners u. ä.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Lebensgewohn-  
heiten:

---



---



---



---



---

<b>Schröder &amp; Gripenburg OHG</b>	<b>KÜCKENS-Altenpflegeheim Berne/Pflegeheim Waldesruh Ganderkese</b>
Biografieerhebung	

Ess-und Trinkge-  
wohnheiten:

---

---

---

---

Krankheitsge-  
schichte:

---

---

---

---

---

---

---

---

Planung für den  
Todesfall:

---

---

Vorsorgevoll-  
macht:

---

Patientenver-  
fügung:

---

---



<b>Schröder &amp; Griepenburg OHG</b>	<b>KÜCKENS-Altenpflegeheim Berne/Pflegeheim Waldesruh Ganderkese</b>
Biografieerhebung	

Ergänzende  
Informationen:

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Aufnehmende Pflegekraft/Angehöriger

