

Ich bin für Sie da.

Sie haben Fragen oder möchten sich informieren? Ich freue mich auf Ihren Anruf oder Mail.

Tobias Münzenhofer



LICHTBLICKE
DEMENZSTRATEGIE



LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

Mommsenstr. 5
80805 München

T: +49 89 800 45 600

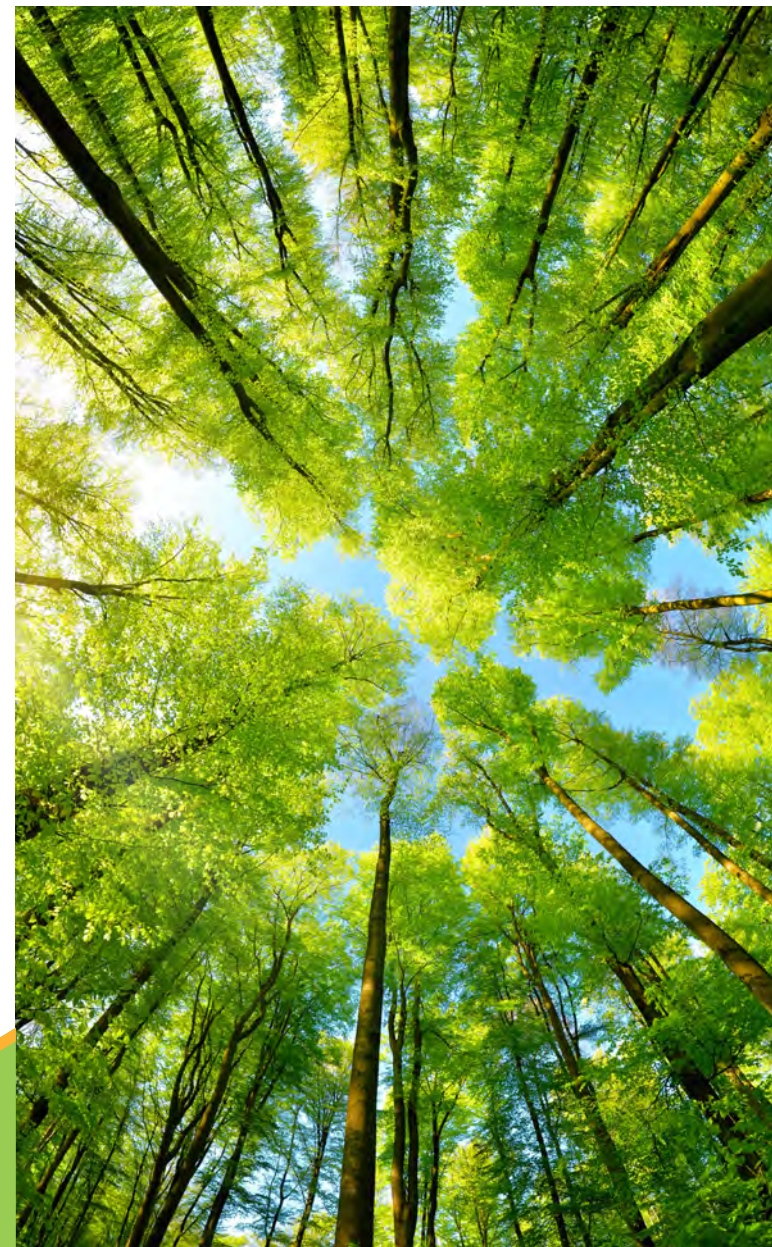
info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern
Internet: lichtblicke-demenzstrategie.bayern



gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



LICHTBLICKE
DEMENZSTRATEGIE



Darum LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

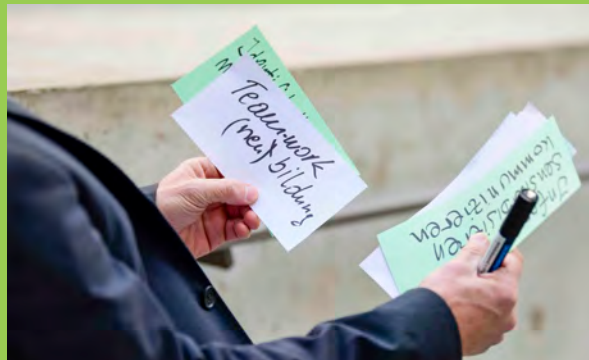
Wir verstehen uns nicht als Bildungseinrichtung, sondern als Ihre Experten, Ansprechpartner wie Begleiter zur Personal-, Team- & Organisationsentwicklung in der gerontopsychiatrischen Versorgung.

Ein Angebot aus Fortbildungen, Coaching, Supervision, Mediation, Organisationsberatung, Personalentwicklung fokussiert das zunehmend herausfordernde gerontopsychiatrische Klientel gleichermaßen wie deren Bezugspersonen und das gesamte gerontopsychiatrische Pflege- und Betreuungsteam.“

PERSONAL UND TEAMENTWICKLUNG

Eine gelungene Teamarbeit ist heute im Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie in der gerontopsychiatrischen Pflege im Besonderen nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken. Sie zählt zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren. Eine Vielzahl von Studien und Fachartikeln bestätigt immer wieder, dass Menschen, die in einem funktionierenden gerontopsychiatrischen Team arbeiten, verantwortungsvoller, motivierter und kreativer sind. Sie erleben die Vorteile einer engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Ferner besteht eine starke Korrelation zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und der Lebensqualität von Menschen mit Demenz.

- Fortbildungen
- Organisations -und Leitbildentwicklung
- Konfliktmanagement & Mediation
- Coaching & Supervision



Wir begleiten Sie Lösungsorientiert

Für Begleitpersonen von gerontopsychiatrisch erkrankter Klientel stellt das veränderte Verhalten eine große Herausforderung, wie auch psychische Belastung, dar. 70 % der Heimbewohner sind demenziell erkrankt oder zeigen deutliche kognitive Defizite. Bei 6 % aller über 65-jährigen Patienten eines Allgemeinkrankenhauses sowie bis zu 95 % aller Heimbewohner kann man „Herausfordernde Verhaltensweisen“ wie Apathie, Verweigerung, Angst, Ängstlichkeit, Rufen, Schreien, Unruhe, Agitiertheit, Aggressivität, Distanzlosigkeit oder Wahn beobachten. 82 % aller Menschen mit Demenz entwickeln im Krankheitsverlauf mindestens eine der genannten Verhaltensweisen. Diese Entwicklung können wir nicht beeinflussen.

LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE® begleitet Sie und Ihr interdisziplinäres Team mit Herz, Hand & Verstand. Erarbeiten Sie sich präventive wie tragfähige Alltagslösungen.



TOBIAS MÜNZENHOFER

WERDEGANG

- 1999 bis 2007 - Gerontopsychiatrie der stationären Altenhilfe (staatl. anerkannter Altenpfleger)
- 2007 bis 2018 - klinisch stationäre Gerontopsychiatrie / Psychiatrie / Neurologie (Pflegeexperte / Fachreferent, Praxisanleiter, Fachpfleger)
- 2013 bis 2019 - Qualitätsauditor der Fachstelle für Pflege und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA)
- 2014 - Inhaber LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®
- 2019 bis 2023 - Pflegeexperte / Praxisanleiter der stationären Altenhilfe

QUALIFIKATIONEN

- staatl. anerkannter Altenpfleger
- Fachpfleger für Gerontopsychiatrie
- Praxisanleiter für Pflegeberufe (registriert VdPB)
- Schulaufsichtliche Genehmigung als Dozent in Schulen für Berufe des Gesundheitswesens gemäß Art. 27, 94, 99 BayEUG
- Qualitätsmanager-/Auditor (Norm DIN EN ISO 45011)
- Pain Nurse / "Algesiologische Fachassistenz" der Deutschen Schmerzgesellschaft
- Verfahrenspfleger nach Werdenfelder Weg
- Gerontopsychiatrischer Pflegefachdozent
- Integrative Validation® nach Richard
- Fort- und Weiterbildungen in Kommunikation, NLP, Moderation, Beratung, Teamcoaching

Altersmedizin erfordert multidisziplinäres, praktisches und empathisches Handeln. In der gerontopsychiatrischen Pflege ist es essenziell, ganzheitlich zu fühlen, zu denken und zu agieren.

Reflexion des eigenen Standpunkts und das Erleben der Selbstwirksamkeit der Pflegebedürftigen sind dabei zentral. Mein Fokus liegt auf der Entwicklung einer person-zentrierten Haltung bei den Fortbildungsteilnehmern und im Team.

Ich bringe meine Erfahrungen in den Austausch ein, um die gerontopsychiatrische Pflege zu verbessern und vermittele praxisnahe, erlebnisorientierte Methoden.

Mit kreativen, systemischen Ansätzen fördern wir wertschätzende Zusammenarbeit und nachhaltigen Praxistransfer.

Mein Motto: **Vom Wissen zum Verstehen – Handeln mit Herz, Hand & Verstand.**

PUBLIKATIONEN

- Kulturelle, sprachliche und emotionale Bedeutung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz – 21.08.2025
- Humorthérapie in der gerontopsychiatrischen Pflege – 12.08.2025
- Nicht-medikamentöse Therapie und Begleitung bei Menschen mit Demenz – 11.07.2025
- Traumasensibler Umgang mit Menschen mit Demenz – 04.06.2025
- Queersensible Pflege in der stationären Altenpflege – 05.05.2025
- Recht auf Verwahrlosung in der Langzeitpflege – 25.04.2025
- Sichere Pflege von innen heraus: Mit partizipativen Prozessen zum eigenen Gewaltschutzkonzept – 26.02.2025
- Selbst- und Fremdgefährdung in Langzeiteinrichtungen gemeinsam begegnen – 11.02.2025
- Gewalt in der häuslichen Pflege: Erkennen, Benennen und Handeln - 28.01.2025
- Personzentrierte Praxis – Rahmenkonzept für Führungskräfte – 18.11.2024
- Schlafförderung bei Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen begleiten – 10.11.2024
- Sexualität im Alter und bei Demenz im Pflegealltag – 05.11.2024
- Delirmanagement im Alter – Vorbeugen, Erkennen & im Pflegealltag begleiten - 10.09.2024
- Korsakow-Syndrom im Pflegealltag begleiten – 06.08.2024

MITGLIEDSCHAFTEN

- Kooperation mit digeDEM Bayern
- Demenz-Partner der Deutschen Alzheimergesellschaft e.V.
- Vereinigung der Pflegenden in Bayern

- Altersdepression und Suizidalität im Pflegealltag begleiten - 29.07.2024
- Fallbesprechung und Verstehenshypothese im Team bei Menschen mit Demenz - 30.05.2024
- Menschen mit Down-Syndrom und Demenz im Pflege- und Betreuungsalltag - 05.03.2025
- Personenzentrierte Führung in der Pflege (Pflege Professionell - Das Fachmagazin Februar/2023)
- Gefühle als Zugangsweg - Die Empfindsamkeit von Menschen mit Demenz (pflegen: demenz Friedrich-Verlag Ausgabe 59/2021)
- Gemeinsam verstehen und handeln - Herausforderndes Verhalten wahrnehmen und zusammen reflektieren (pflegen: demenz Friedrich-Verlag Ausgabe 59/2021)
- Herausforderungen in der gerontopsychiatrischen Pflege (Pflege in Bayern – Ausgabe 55 – 3.2020)
- Spirale der Gewalt in Pflegebeziehungen (Praxis Pflegen 42 / 2020 Ausgabe 20.09.2020)
- Den persönlichen Ausgangspunkt reflektieren. – Die Verstehende Diagnostik → Verstehenshypothese (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 17.1.2020)
- Pädagogische Führungsmentalität in der Gerontopsychiatrischen Versorgung = wollen × können × dürfen (Friedrich Verlag „pflegen: Demenz“ Ausgabe Heft 53 - 12/2019)
- Demenz und Schmerz – Dem Goldstandard annähern (Vincentz „Altenpflege“ Ausgabe 12/2019)
- Den Kulturwandel gestalten – Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz (Vincentz „Altenpflege“ Ausgabe 8/2019)
- Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen (Pflege Professionell - Das Fachmagazin 23/2019)
- Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung im Alter und bei Demenz (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 15.3.2019)
- Das Aufgabenfeld der Führungskräfte Expertenstandard "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" Teil II (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 22.2.2019)
- Das Aufgabenfeld der Führungskräfte "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" Teil I (Vincentz „CAREkonkret“ Ausgabe 14.2.2019)
- Das Aufgabenfeld der Pflegedienstleitung zum "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" ([LICHTBLICKE-DEMENTZSTRATEGIE BLOG 22.3.2019](#))
- Führungsaufgabe vs. Rollenverständnis "Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz" -Ist das Thema Primär Führungsaufgabe? (PflegeManagement Ausgabe 2/2019)
- Psychopharmaka kritisch hinterfragen. -Kompetenzen im Umgang mit „Unruhe“ einbringen (Vincentz CareKonkret Ausgabe 51/52 von 2018)
- Kommentar zum Thema „Werden Menschen mit Demenz oft ruhiggestellt?“ (Vincentz Altenpflege Management Ausgabe 12/2018)

gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Dieses Projekt (Fortbildungen) wird aus Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege gefördert.

LICHTBLICKE-DEMENTZSTRATEGIE®

E-Mail: info@lichtblicke-demenzstrategie@bayern
Internet: lichtblicke-demenzstrategie.bayern



Kulturelle, sprachliche und emotionale Bedeutung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

- *„Die größte Kompetenz in der Schmerzbegleitung ist Empathie.“*

Schmerzen bei Menschen mit Demenz stellen Pflegende vor besondere Herausforderungen. Studien zeigen, dass etwa die Hälfte aller Pflegeheimbewohner unter Schmerzen leidet, doch rund 20 % erhalten keine ausreichende Schmerztherapie. Häufig bleiben Schmerzen unerkannt, da Menschen mit Demenz ihre Schmerzen nicht mehr klar benennen können oder ihre Beschwerden anders ausdrücken. Unbehandelte Schmerzen führen dann oft zu Unruhe oder „herausforderndem Verhalten“ – etwa Aggressionen, Rückzug oder Schlafstörungen – was den Pflegealltag zusätzlich belastet. Umso wichtiger ist es, Schmerzen ganzheitlich zu verstehen und zu erkennen. Schmerzen sind nicht nur ein körperliches Phänomen, sondern haben **kulturelle, sprachliche und emotionale Dimensionen**, die in der Versorgung von Menschen mit Demenz berücksichtigt werden müssen. Dieser Fachvortrag beleuchtet alle drei Perspektiven ausführlich und praxisnah. Ziel ist es, Pflege- und Betreuungskräften ein tieferes Verständnis an die Hand zu geben – *aus der Praxis für die Praxis* – damit sie Schmerzäußerungen besser deuten und wirksame Interventionen durchführen können.

Beispiele aus typischen Pflegesituationen, aktuelle pflegewissenschaftliche Konzepte (wie das **Total-Pain-Konzept**, Schmerzerfassung, Validation, kultursensibles Assessment) sowie Erkenntnisse aus der Kulturgeschichte des Schmerzes werden integriert, um Handlungskompetenzen im Umgang mit demenziell erkrankten Schmerzpatienten zu stärken.

Ganzheitliches Schmerzverständnis: Das Total-Pain-Konzept

Bevor wir auf die spezifischen kulturellen, sprachlichen und emotionalen Aspekte eingehen, ist es wichtig, ein ganzheitliches Verständnis von Schmerz zu haben. In der Hospiz- und Palliativarbeit hat die Begründerin Cicely Saunders bereits in den 1960er Jahren das Konzept des „**Totalen Schmerzes**“ (**Total Pain**) formuliert. Dieses besagt, dass Schmerz ein vielschichtiges Erlebnis ist, das **vier Dimensionen** umfasst: **körperliche, psychische (seelische), soziale und spirituelle Schmerzen**. Körperlicher Schmerz mag zunächst im Vordergrund stehen (z. B. Tumorschmerz, Arthrose, Wundschmerz), doch **Menschen mit Demenz leiden oft zugleich an seelischen, sozialen oder spirituellen Schmerzen**.

- *Körperlicher Schmerz*: z. B. Schmerzen durch akute oder chronische Erkrankungen, Altersgebrechen (Gelenk- und Rückenschmerzen, Kopfschmerzen etc.).
- *Sozialer Schmerz*: z. B. das Gefühl von Einsamkeit, das Vermissen von Angehörigen, der Verlust selbstständiger Lebensführung (etwa auf Hilfe angewiesen zu sein oder finanzielle Sorgen zu haben).
- *Spirituelle Schmerz*: z. B. das Empfinden, nutzlos oder wertlos zu sein, die Krankheit als Strafe anzusehen, keinen Sinn im Leben mehr zu spüren.
- *Psychischer (seelischer) Schmerz*: z. B. Ängste, Verzweiflung, Verwirrtheit, Hilflosigkeit oder das Gefühl von Unsicherheit – typische emotionale Qualen, die Menschen mit Demenz erleben, etwa wenn sie „nach Hause wollen“ oder mit belastenden Erinnerungen (Krieg, Flucht, Trauma) konfrontiert werden.

Dieses Total-Pain-Modell macht deutlich, dass **Schmerz nicht nur ein Nervensignal ist, sondern ein komplexes Erleben**, das von Lebenserfahrungen, Gefühlen und sozialem Umfeld mitbestimmt wird. **Schmerz beeinflusst das ganze Leben – und umgekehrt**: Die Lebensgeschichte und aktuelle Lebenssituation definieren, wie intensiv Schmerz empfunden und bewertet wird. Für die Pflege bedeutet das: Ein rein körperlich-medizinisches Schmerzmanagement greift zu kurz, wenn seelischer, sozialer oder spiritueller Schmerz unbeachtet bleiben. Gerade bei Menschen mit Demenz verschwimmen diese Ebenen oft. Ein Bewohner, der trotz ausreichender Medikation weiterhin stöhnt oder klagt, könnte unter „**totem Schmerz**“ im weiteren Sinne leiden: Vielleicht ist keine körperliche Ursache mehr zu finden, **doch seelische, soziale oder spirituelle Schmerzen lassen ihn nicht zur Ruhe kommen**.

Praxistipp: Wenn Schmerzen trotz angemessener Therapie nicht besser werden, ziehen Sie in Betracht, dass **nicht-körperliche Schmerzursachen** eine Rolle spielen könnten. Seelischen, sozialen oder spirituellen Schmerz kann man nicht immer mit Medikamenten „nehmen“.

Aber Pflegende können **da sein, trösten und dafür sorgen, dass der Mensch im Schmerz nicht alleingelassen wird**. Dies erhöht die Lebensqualität auch dann, wenn die Schmerzen an sich nicht völlig verschwinden.

Im Folgenden beleuchten wir nun die drei angekündigten Perspektiven – kulturell, sprachlich, emotional – und verknüpfen sie mit diesem ganzheitlichen Verständnis von Schmerz.

Kulturelle Perspektiven: Schmerz und Kultur bei Demenz

Schmerz wird in verschiedenen Kulturen sehr unterschiedlich wahrgenommen und ausgedrückt. Werte, Glaubenssätze und Lebenserfahrungen prägen, was als Schmerz empfunden wird und wie Menschen damit umgehen. Pflegekräfte erleben im Alltag, dass kulturelle Hintergründe das Schmerzverhalten beeinflussen – insbesondere bei älteren Menschen, deren Werte in früheren Jahrzehnten geformt wurden.

1. Kulturgeschichte und Generationenerfahrung: Die heute pflegebedürftige Generation hat oft Entbehrungen erlitten. Viele der hochbetagten Bewohner in Altenpflege und Demenzbetreuung haben Krieg, Flucht, Nachkriegszeit und Not erlebt. **Jahrzehntelang wurde über solches Leid geschwiegen** – Schmerzen, ob körperlich oder seelisch, galten als etwas, das man **stark und still ertragen** muss. Sprichwörter wie „*Ein Indianer kennt keinen Schmerz*“ oder „*Zähne zusammenbeißen*“ reflektieren diese Haltung. Noch heute sehen viele alte Menschen **Schmerz als Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für vermeintliche Schuld – und sie möchten niemandem zur Last fallen**. Folglich *sprechen sie ungern über Schmerz* und neigen dazu, Beschwerden herunterzuspielen. Eine demenziell erkrankte Seniorin mag z. B. trotz Arthroseschmerzen auf Nachfragen immer wieder sagen „Ach, es geht schon“, weil sie Schmerzen als normalen Teil des Alters ansieht und kein Aufheben darum machen will. Diese kulturell geprägte Stoik erfordert von Pflegenden besonderes Gespür: Schmerzen werden nicht offen geäußert und müssen **durch behutsames Nachfragen oder Beobachten entlarvt** werden.

Andererseits dürfen Pflegende **Schmerzäußerungen nicht vorschnell als „altersbedingt“ abtun**. Oft heißt es schnell, ein Verhalten sei „typisch Demenz“ oder ein Leiden „gehörig zum Alter“, wo in Wahrheit vielleicht **alte Wunden und Traumata** wieder aufbrechen. Unverarbeitete traumatische Erlebnisse (z. B. aus Kriegszeiten) können im Alter – und insbesondere bei Demenz – erneut wirksam werden und **zu psychischem Schmerz und auffälligem Verhalten führen**. Ein Mensch, der in jungen Jahren Schreckliches ertragen musste, bleibt davon geprägt bis ins hohe Alter. Wenn eine demenzkranke Bewohnerin nachts schreiend aufwacht, könnte ein früher Luftangriff oder Gewalterlebnis sich als Angstschmerz bemerkbar machen. **Kultursensibles Pflegehandeln** bedeutet hier, die Lebensgeschichte zu kennen und ernst zu nehmen. So kann man Verhaltensweisen besser verstehen und traumasensibel reagieren (z. B. beruhigend validieren statt Schimpfen, beim Waschen plötzliche Berührungen vermeiden, die an Übergriffe erinnern könnten).

2. Unterschiede im Schmerzausdruck zwischen Kulturen: Nicht nur die Generation, auch die ethnische oder regionale Kultur beeinflusst, wie Schmerz gezeigt wird. In Mitteleuropa gilt es als tugendhaft, **Gefühle und Schmerzen kontrolliert, „beherrscht“ zu zeigen**. Offene Klagen oder lautes Schmerzverhalten in der Öffentlichkeit werden oft als unangemessen empfunden.

Im Gegensatz dazu ist in vielen anderen Kulturen – z. B. im Mittelmeerraum, in Vorderasien oder Lateinamerika – eine **expressive Schmerzdarstellung sozial akzeptiert oder sogar erwartet**. Dort gilt: *„Nur wer seinen Schmerz deutlich zeigt, wird als krank angesehen und erhält Hilfe.“* Ein Mensch aus diesen Regionen, der laut stöhnt, klagt oder theatralisch auf Schmerzen reagiert, folgt kulturellen Normen, um Unterstützung zu mobilisieren.

In der Pflegepraxis kann es hier leicht zu Missverständnissen kommen: Pflegekräfte aus der einen Kultur könnten expressive Schmerzäußerungen einer anderen Kultur als *Übertreibung* abtun oder irritiert reagieren, weil ihnen die Intensität fremd ist. So wurden in deutschen Krankenhäusern etwa laute Klagen mancher Patienten vorschnell mit Spitznamen wie *„Mama-mia-Syndrom“* belächelt – was das Unverständnis der Pflegenden zeigt. **Solche Urteile sind gefährlich**, denn unabhängig von unserer eigenen Wahrnehmung gilt: *Jede geäußerte Schmerzempfindung ist ernst zu nehmen*. Auch wenn der beobachtete Schmerz subjektiv „zu stark“ wirkt oder medizinisch nicht vollständig erklärbar ist, steckt dahinter für den Betroffenen echtes Leid. Kulturpsychologisch wissen wir, dass **Schmerzpräsentation oft mehr Bedeutung hat als der physiologische Befund**. Pflegende sollten daher bei sehr starken Schmerzäußerungen aus ungewohnten Kulturkreisen weder hilflos verzagen noch den Patienten als „Simulant“ abstempeln, sondern versuchen zu verstehen, *was der Schmerz für den Betroffenen bedeutet und welche Hilfe er sich davon erhofft*.

Umgekehrt gibt es Kulturen, in denen Patienten Schmerzen eher **verbergen oder zögerlich äußern**. Einige asiatische oder arabische Kulturen legen großen Wert auf Zurückhaltung und Respekt vor Autoritätspersonen wie Ärzten und Pflegefachpersonen. Patienten aus diesen Hintergründen fragen kaum aktiv nach Schmerzmitteln, aus Höflichkeit oder Furcht, lästig zu fallen. Sie erwarten vielmehr, dass die Fachperson von sich aus alles Nötige tut. Hier müssen Pflegende *proaktiv nachfragen* und Angebote wiederholen. Beispielsweise gilt in China die Sitte, ein Angebot (etwa ein Schmerzmittel) beim ersten Mal aus Höflichkeit abzulehnen – es wäre unhöflich, sofort zuzusagen. Pflegekräfte sollten also ein abgelehntes Schmerzmittel später erneut anbieten und nicht automatisch davon ausgehen, dass kein Bedarf besteht.

3. Sprache, Religion und Schmerzverständnis: Kultur beeinflusst auch die *Sprache des Schmerzes*. Verschiedene Sprachen und Dialekte haben unterschiedliche Begriffe und Metaphern für Schmerz, die für Außenstehende missverständlich sein können. In einigen Kulturen wird Schmerz **ganzheitlich und leiblich** beschrieben statt auf ein Organ begrenzt. Zum Beispiel sagen manche Patienten aus Südosteuropa oder dem Nahen Osten nicht „Mein Knie tut weh“, sondern *„Überall Schmerz“* oder *„Alles ist krank“*, weil sie sich als ganzer Mensch vom Schmerz betroffen fühlen.

Seelische und körperliche Schmerzen werden dabei nicht getrennt – psychische Konflikte drücken sich als **Ganzkörperschmerz** aus. Hintergrund ist oft auch die Stigmatisierung psychischer Krankheiten: In traditionellen Milieus (z. B. ländlichen Regionen der Türkei, arabischen und asiatischen Ländern) gilt es als ehrenrührig, ein psychisches Problem zuzugeben.

Statt „Ich bin traurig“ heißt es dann metaphorisch: „*Meine Leber brennt*“ – ein Ausdruck für Kummer und Sorge, in etwa vergleichbar mit der deutschen Redewendung „Mir zerreißt es das Herz“. Andere bildhafte Klagen wie „*Meine Gallenblase ist geplatzt*“ (für „ich bin vor Schreck fast umgefallen“) oder „*Mein Bauchnabel ist gefallen*“ (für Inneres Ungleichgewicht) wurden beobachtet. Solche metaphorischen Schilderungen wirken bizarr, sind aber **kulturell geprägte Schmerzsprachen**, die oft *Überforderung, Trauer oder Angst* ausdrücken.

Praxisbeispiel (kulturelle Schmerzsprache): Ein demenzkranker Bewohner türkischer Herkunft ruft wiederholt „Canım yanıyor!“ („Meine Seele brennt!“) und hält sich den Bauch. Eine unerfahrene Pflegekraft sucht vergeblich nach Magenproblemen. Ein interkulturell geschulter Kollege erkennt jedoch, dass der Mann damit *seelischen Schmerz* meint – möglicherweise vermisst er seine verstorbene Frau. Durch behutsames Nachfragen in seiner Sprache und das Einbeziehen des Sohns wird klar, dass der Bewohner sich einsam fühlt und glaubt, „verrückt zu werden“. Man bietet ihm daraufhin vermehrt Gespräche und seelsorgerische Betreuung an. Der Satz „Meine Seele brennt“ kommt danach kaum noch vor; stattdessen kann er über seine Trauer sprechen. Dieses Beispiel verdeutlicht: **Kultureller Hintergrund und Sprache sind der Schlüssel, um Schmerzäußerungen richtig zu deuten.** Pflegekräfte sollten – wenn möglich – Grundbegriffe der Muttersprache ihrer Bewohnenden kennen (z. B. „Schmerz“ oder „weh tun“ in verschiedenen Sprachen) oder Dolmetscher/Angehörige hinzuziehen. Ebenso lohnt es sich zu erfragen, *welche Bedeutung Schmerz für den Einzelnen hat*. Manche sehen ihn als „Prüfung Gottes“ und fügen sich fatalistisch, andere empfinden ihn als Unrecht, gegen das sie ankämpfen wollen. Dieses **kulturelle Schmerzkonzzept** beeinflusst die Compliance: Ein Patient, der Schmerz als Gotteswillen akzeptiert, wird evtl. Therapien passiv über sich ergehen lassen; jemand, der Schmerz als Feind sieht, wird aktiv Linderung fordern.

Kulturell sensitive Schmerzerfassung: Angesichts all dieser Unterschiede muss Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz **kultursensibel** erfolgen. Konkret heißt das: Die Frage „*Haben Sie Schmerzen?*“ ist nicht immer verständlich oder zielführend. Gerade bei Menschen mit Migrationshintergrund oder Dialektsprechern hilft oft eine umgangssprachlichere Formulierung wie „*Tut Ihnen etwas weh?*“ oder „*Wo tut es weh?*“. In manchen Kulturen spricht man nicht direkt über „Schmerz“ als abstrakten Begriff – diese Leute reagieren besser auf Fragen nach konkreten Empfindungen an Körperstellen. Wichtig ist auch, nonverbale Signale im kulturellen Kontext zu interpretieren: Ein im Heimatland sehr würdebewusster älterer Herr mag Schmerzen verbergen, aber vielleicht verrät ein gequältes Lächeln oder das Festhalten am Stuhl dennoch sein Leid. Pflegekräfte sollten ihre eigenen kulturellen Brillen reflektieren und offen bleiben für ungewohnte Ausdrucksweisen.

Interkulturelle Kompetenz und Biografiearbeit helfen, **kulturelles Schmerzverhalten** richtig einzuordnen und entsprechend zu handeln.

Zusammenfassend spielen kulturelle Faktoren eine erhebliche Rolle dabei, **ob und wie Schmerz bei Demenzkranken zum Ausdruck kommt**.

Ein kultursensibler Ansatz – geprägt von Offenheit, Respekt und Neugier gegenüber dem individuellen Hintergrund – ermöglicht es, versteckte Schmerzen aufzudecken und übersehene Leiden zu lindern.

Schmerzbewältigung – kulturell geprägte Strategien des Umgangs mit Schmerz

Schmerzen werden nicht nur unterschiedlich empfunden, sondern auch verschieden bewältigt – abhängig von Kultur, Religion, Lebenserfahrung und individuellen Überzeugungen. Gerade bei Menschen mit Demenz, deren kognitive Fähigkeiten eingeschränkt sind, gewinnen **bewährte und früh verinnerlichte Bewältigungsmuster** an Bedeutung. Für Pflegekräfte bedeutet das: Wer diese kulturell und biografisch geprägten Schmerzbewältigungsstrategien kennt, kann Verhalten besser einordnen, individueller begleiten und passende Maßnahmen ergreifen.

Kulturell geprägte Schmerzbewältigung nach Kohnen (2007)

1. Fatalistische Schmerzbewältigung: Schmerz wird als **göttlicher Wille** akzeptiert und mit innerer Ergebenheit getragen. Typisch etwa für traditionell lebende Filipinos, aber auch in Teilen der arabischen oder afrikanischen Welt verbreitet. Der Glaube lautet: Gott sendet den Schmerz – und gibt auch die Kraft, ihn zu ertragen. Menschen mit dieser Haltung **klagen selten laut**, sondern leiden still – was in der Pflege leicht zu übersehen führt.

2. Religiöse Schmerzbewältigung: Hier wird Schmerz als **Prüfung Gottes** verstanden, die dem spirituellen Wachstum dient. In verschiedenen Religionen – Christentum, Judentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus – findet sich diese Sichtweise: Schmerzen sollen zum Nachdenken über den Lebensweg anregen oder werden als „karmischer Ausgleich“ betrachtet. In der Pflege begegnet man etwa gläubigen jüdischen Patienten, die Schmerzmedikation ablehnen, oder christlichen Patienten, die Leiden bewusst in Anlehnung an Christus ertragen wollen. Auch muslimische Patienten deuten Schmerz als Prüfung oder Sühne.

3. Willentliche Schmerzbewältigung: Schmerz wird als Schwäche gedeutet – also bewusst **unterdrückt und nicht gezeigt**. Menschen mit dieser Strategie glauben, dass nur Selbstdisziplin den Schmerz bezwingen kann. In der Pflege äußert sich das oft in **stoischem Verhalten**: Der Bewohner zieht sich zurück, zeigt kaum Reaktionen, leidet still. Hier ist sensible Beobachtung gefragt, um nicht zu übersehen, dass stumme Resignation ein Hinweis auf Schmerzen sein kann.

4. Familiäre Schmerzbewältigung: In kollektivistisch geprägten Kulturen – z. B. Mittelmeerraum, Türkei, Naher Osten – wird Schmerz **innerhalb der Familie bewältigt**. Ausdrucksstarke Klagen dienen dazu, die Unterstützung der Familie zu aktivieren. Pflegekräfte erleben deshalb häufig, dass Bewohner aus diesen Regionen **laut und emotional auf Schmerz reagieren** – ein Verhalten, das nicht übertrieben, sondern kulturbedingt ist. Werden diese Signale nicht ernst genommen, kann dies zu Missverständnissen und Vertrauensverlust führen.

5. Rationale Schmerzbewältigung: In westlich geprägten Ländern wie Deutschland, Österreich oder den USA dominiert ein **medizinisch-rationales Schmerzverständnis**: Schmerz ist objektivierbar, erklärbar und therapierbar. Patienten erwarten eine klare Diagnose, schildern ihre Symptome möglichst sachlich und vertrauen auf technische oder pharmakologische Lösungen. Dieses Modell dominiert die Schulmedizin, hat aber seine Grenzen – insbesondere, wenn emotionale, soziale oder spirituelle Faktoren unbeachtet bleiben.

Pflegende begegnen in ihrem Alltag Menschen mit unterschiedlichen, kulturell geprägten Schmerzbewältigungsstrategien. Es ist wichtig, diese zu erkennen und **nicht nach dem eigenen Maßstab zu bewerten**, sondern kultursensibel zu begleiten. Beispielsweise kann eine stille, willensgetriebene Haltung bedeuten, dass der Bewohner trotz starker Schmerzen keine Hilfe verlangt – hier muss proaktiv beobachtet und angeboten werden. Umgekehrt ist ein lauter, klagender Bewohner aus einer kollektivistischen Kultur **nicht simulativ**, sondern folgt seiner Erwartung, dass Schmerz sichtbar gemacht werden muss, um Unterstützung zu erhalten.

Eine **validierende, respektvolle Haltung** ist entscheidend, um unterschiedliche Ausdrucksformen ernst zu nehmen. Schmerzbewältigung ist individuell – Pflegekräfte sollten **Fragen stellen statt Urteilen**: „Wie gehen Sie mit Schmerzen um?“, „Was hilft Ihnen, wenn es weh tut?“, „Gibt es etwas, das Sie in solchen Momenten besonders tröstet?“ Diese Offenheit stärkt die Beziehung und fördert eine **passgenaue, biografiebezogene Schmerzbegleitung**.

Fazit zur Schmerzbewältigung: Kulturelle, religiöse und persönliche Einstellungen prägen maßgeblich, wie Menschen mit Schmerz umgehen. Für Pflegende ist es eine zentrale Aufgabe, diese Vielfalt zu erkennen, nicht zu bewerten und durch empathisches, kulturkompetentes Handeln passende Unterstützungsangebote zu machen. Im Kontext von Demenz wird dies besonders bedeutsam, da verbale Kommunikation schwindet und gewohnte Bewältigungsmuster zunehmend unbewusst wirken – sie zu erkennen hilft, Schmerzen besser zu verstehen und gezielter zu lindern.

Sprachliche Aspekte: Kommunikation von Schmerz trotz Demenz

Sprache ist der Schlüssel zur Schmerzäußerung – doch genau Sprache geht bei Demenz oft verloren. Viele Menschen mit Demenz entwickeln Wortfindungsstörungen, Sprachverarmung oder verlieren im Spätstadium nahezu die Fähigkeit, sich verbal mitzuteilen.

Schmerzen, die man nicht in Worte fassen kann, verschwinden jedoch nicht – sie suchen sich andere Ausdruckswege. In diesem Abschnitt betrachten wir die sprachlichen Hürden und Möglichkeiten in der Schmerzerfassung: von der Wahl der richtigen Worte bis zu nonverbaler Kommunikation und Hilfsmitteln.

1. Veränderte Schmerz Wahrnehmung und Sprachverlust: Mit fortschreitender Demenz verändert sich auch das Verständnis und Empfinden von Schmerz. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass **Schmerzreize im Alter langsamer und gedämpfter wahrgenommen werden**. Verschiedene Demenzformen beeinflussen Schmerzschwelle und -toleranz unterschiedlich. Überschreitet ein Reiz jedoch die individuelle Toleranz, fehlt bei Demenzkranken oft die hemmende Verarbeitung im Gehirn – *die Schmerzmimik ist dann sogar deutlicher* als bei gleichaltrigen Gesunden. Gleichzeitig **verlieren demenziell Erkrankte allmählich das gelernte Konzept davon, was Schmerz ist**. Sie können einen Schmerzreiz nicht mehr richtig deuten oder einer Ursache zuordnen („Wo im Körper ist es? Kommt es von einer Krankheit?“). Dieses *kognitive Bedeutungsdefizit* führt dazu, dass **andere unangenehme Empfindungen oder Emotionen als „Schmerz“ interpretiert werden**. So kann es passieren, dass ein Mensch mit Demenz „Aua!“ ruft, obwohl ihm körperlich nichts weh tut – etwa, weil er sich erschreckt hat, einsam fühlt oder Angst hat. **Die Laute („Aua“) und das eigentlich Gemeinte entkoppeln sich**. Umgekehrt äußern manche Patienten trotz starker Schmerzen keine klaren „Schmerz“-Worte, sondern zeigen nur unspezifische Unruhe oder rufen nach längst verstorbenen Personen. Hier müssen Pflegende eine Übersetzungsleistung erbringen: **Körperliche und seelische Empfindungen vermischen sich in der Demenzsprache**, und was gesagt oder geschrien wird, meint nicht immer das Offensichtliche.

2. Einfacher, zugänglicher Sprachgebrauch: Wie schon im kulturellen Teil erwähnt, kommt es sehr darauf an, *wie* wir nach Schmerzen fragen. Fachbegriffe wie „Schmerzskala“ oder zu offene Fragen wie „*Wo haben Sie Beschwerden?*“ überfordern kognitiv eingeschränkte Menschen. **Konkrete, kurze Fragen in einfacher Sprache** sind erfolgreicher. Statt „Haben Sie Schmerzen?“ kann man fragen: „*Tut Ihr Bauch weh?*“, „*Weh?*“ (und dabei auf den Bauch zeigen). Menschen mit Demenz reagieren oft besser auf **Schlüsselwörter** aus ihrer früheren Alltagssprache. Manche erinnern sich z. B. an das Wort „*Wehwehchen*“ aus Kindertagen eher als an „Schmerz“. Auch nonverbale Unterstützung ist wichtig: Wenn Sie fragen „*Tut es hier weh?*“ und gleichzeitig sanft die entsprechende Stelle berühren oder ein schmerzverzerrtes Gesicht machen, erleichtert das das Verstehen.

3. Verlust der Muttersprache oder Rückkehr zur Muttersprache: In mehrsprachigen Biografien und sogar bei Dialektsprechern beobachtet man bei Demenz häufig, dass **die zuletzt erlernte Sprache zuerst verloren geht**, während frühere Sprachschichten wieder hervortreten. Beispielsweise kann eine Dame, die als Erwachsene Deutsch lernte, im Alter plötzlich nur noch in ihrer Muttersprache Polnisch antworten. Wenn solche Personen Schmerzen haben, werden sie das vermutlich *in ihrer vertrautesten Sprache* auszudrücken versuchen. Pflegende stehen hier vor der Aufgabe, **Sprachbarrieren** zu überwinden.

Praktisch bedeutet das: Nutzen Sie – falls verfügbar – zweisprachige Mitarbeiter, Angehörige oder Dolmetscher-Apps, um Schmerzäußerungen zu verstehen. Lernen Sie ein paar wichtige Wörter in der Muttersprache des Bewohners, etwa „Schmerz“, „weh“, „ja/nein“, „Bauch“, „Kopf“ etc. Oft genügen schon Gesten und Mimik: Ein fragender Blick und Zeigen auf ein Körperteil, verbunden mit dem Wort „weh?“ in der jeweiligen Sprache, kann dem Menschen ermöglichen, zu nicken oder den schmerzenden Bereich zu zeigen.

Beispiel: Ein demenzkranker Bewohner aus Italien, der kaum noch Deutsch spricht, wiederholt immer „male, male“ (ital. „schlecht“ oder umgangssprachlich „es tut weh“). Die Pflegerin kennt das Wort nicht und deutet sein Stöhnen als generelle Unzufriedenheit. Ein Angehöriger klärt sie auf, dass „male“ auf Schmerzen hindeuten könnte. Mit dieser Erkenntnis kann die Pflegerin gezielt nachfragen („Testa male?“ und auf den Kopf zeigen) – worauf der Bewohner eifrig nickt. Es stellt sich heraus, dass er Kopfschmerzen hat. Dieser Fall zeigt, wie **wichtig die Berücksichtigung der Erstsprache** ist, um Schmerzen nicht zu übersehen.

4. Schwierigkeit der sprachlichen Schilderung: Selbst, wenn Menschen mit Demenz noch sprechen können, bleibt **Schmerz ein schwer in Worte zu fassendes Phänomen**. Viele Schmerzbegriffe in jeder Sprache tragen eine emotionale Färbung und sind vage. Zum Beispiel sagt ein Bewohner vielleicht: „*Ich fühle mich zermartert.*“ Ist das eine körperliche Qual, oder fühlt er sich seelisch gequält? Hier hilft es, behutsam nachzufragen und Worte anzubieten: „*Ist es ein stechender Schmerz? Brennt es? Oder drückt es eher?*“ Allerdings können feine Unterschiede (brennen, stechen, bohren) für kognitiv Beeinträchtigte zu schwierig sein. Dann lieber einfacher: „*Zeigen Sie mir mit der Hand, wie groß der Schmerz ist*“ (große oder kleine Geste) oder „*Ist es ein großes Weh oder ein kleines Weh?*“. **Validationstechniken** können ebenfalls unterstützen: Dabei geht es darum, die Äußerungen des Betroffenen aufzunehmen und zu bestätigen, ohne zu korrigieren. Wenn eine Bewohnerin klagt „*Alles tut weh, ich kann nicht mehr!*“, könnte man validierend antworten: „*Es ist alles zu viel gerade, gell? Sie haben starke Schmerzen und sind ganz erschöpft.*“ Diese einfühlsame Spiegelung zeigt der Person, dass ihr Zustand verstanden wird. Oft beruhigt sich ein Mensch schon etwas, wenn er das Gefühl hat, „**sie verstehen mich**“ – auch wenn keine unmittelbare Lösung da ist. Validation als Grundhaltung bedeutet, ernst zu nehmen, was der Mensch sagt (unabhängig davon, ob es objektiv stimmt) und die Gefühle dahinter anzuerkennen. Dadurch verbessert sich die Kommunikation: Der Betroffene fasst Vertrauen und die Pflegekraft bekommt evtl. mehr Hinweise auf die Art des Schmerzes.

5. Nonverbale Kommunikation und Schmerzassessment-Tools: In mittleren bis schweren Demenzstadien bleibt Pflegenden vor allem die **Beobachtung nonverbaler Zeichen**, um Schmerzen aufzuspüren. Darauf verweist der DNQP-Expertenstandard: Bei Menschen mit Demenz sind *lautsprachliche, mimische, verhaltensbezogene und physiologische Äußerungen* auszuwerten, um Schmerz zu erkennen.

- Typische nonverbale Schmerzindikatoren sind z. B.:
Mimik: z.B. schmerzverzerrtes Gesicht, Stirnrunzeln, Zähne zusammenbeißen, angespannter Gesichtsausdruck.

- **Lautäußerungen:** Stöhnen, Seufzen, Wimmern, wiederholtes Rufen (auch unspezifische Rufe wie „Hilfe“ oder „Aua“), vermehrte verbale Aggression (Schimpfen) ohne erkennbaren Anlass.
- **Körpersprache:** Schonhaltungen (schont ein Bein, läuft gebückt), Nesteln, Schlagen oder Wegdrücken bei Berührung der schmerzhaften Stelle, Unruhe, Hin- und Herwiegen, Schütteln mit Kopf oder Händen.
- **Physiologische Zeichen:** Erhöhter Puls, Schwitzen, blasse oder gerötete Haut, veränderte Atmung (z. B. flache schnelle Atmung bei Schmerz).

Genau solche Beobachtungskriterien wurden in speziellen **Schmerzassessment-Instrumenten** für Demenz umgesetzt. In Deutschland verbreitet sind etwa die **BESD-Skala** (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz, basierend auf der amerikanischen PAINAD) und das **BISAD** (Beobachtungsinstrument für Schmerz bei alten Menschen mit Demenz). Die BESD erfasst fünf Kategorien: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und die Reaktion auf Trost. Jede Kategorie wird beobachtet und auf einer Skala bewertet, um einen Schmerzwert abzuleiten. **BESD hat sich in Studien als sehr praktikabel und zuverlässig erwiesen**, insbesondere wenn Pflegende den Patienten *noch nicht gut kennen*. Das BISAD hingegen erfordert, dass man das gewöhnliche Verhalten der Person kennt, um Abweichungen festzustellen – es eignet sich also besser, wenn vertraute Bezugspersonen vorhanden sind (oder Angehörige Auskunft geben können, z. B. im ambulanten Bereich). Weitere anerkannte Beobachtungsskalen sind **Doloplus-2** (ein französisches Instrument für nonverbale ältere Menschen) oder **ZOPA** (zur Schmerzbeobachtung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz). Wichtig ist: Kein Instrument kann das geschulte Auge und das Einfühlungsvermögen der Pflegekraft ersetzen – **Intuition und Erfahrung** sind gefragt, um die Zeichen richtig zu deuten. Aber solche Skalen bieten Leitfäden und erhöhen die Sicherheit, dass man nichts übersieht.

6. Sprachbarrieren im Team überwinden: Auch Pflorgeteams selbst sind oft multikulturell zusammengesetzt. Hier sollte man sich gegenseitig unterstützen. Vielleicht erkennt die philippinische Pflegehelferin eher, wann eine philippinische Bewohnerin Schmerzen stoisch erträgt (Stichwort fatalistische Schmerzbewältigung: Schmerzen als Gottes Wille ergeben erdulden), während der deutsche Kollege das Unterschätzen würde. Umgekehrt kann die erfahrene Altenpflegerin dem jüngeren ausländischen Kollegen erklären, dass ein deutscher Kriegsveteran seine Schmerzen eher mit knapper Wortwahl andeutet, statt laut zu klagen. **Offene Kommunikation im Team** über Beobachtungen und Eindrücke ist essenziell, um Sprach- und Kulturhürden gemeinsam zu meistern. Schmerzassessment bei Demenz ist *Teamarbeit*: Alle an der Pflege Beteiligten – Pflegefachpersonen, Assistenzkräfte, Angehörige – sollten ihre Wahrnehmungen einbringen. Oft ergibt sich erst aus dem Puzzle verschiedener Beobachtungen ein klares Bild.

Zusammengefasst erfordert die **sprachliche Dimension der Schmerzermittlung** Kreativität und Anpassung. Pflegende sollten einfach, anschaulich und in der *Sprache der Betroffenen* kommunizieren, wo möglich. Nonverbale Hinweise sind gleichberechtigt neben verbalen Antworten auszuwerten.

Mithilfe validierter Beobachtungsskalen kann die subjektive Wahrnehmung objektiviert werden, um die richtigen Schritte einzuleiten. Wichtig ist dabei stets, den **Betroffenen zuzuhören – auch „zwischen den Zeilen“** – und ihre Äußerungen ernst zu nehmen, selbst wenn die Sprache brüchig oder fremd ist.

Emotionale Bedeutung von Schmerz und Umgang mit Schmerz bei Demenz

Die **emotionale Perspektive** spielt bei Schmerz und Demenz eine doppelte Rolle: Einerseits *lösen Schmerzen emotionale Reaktionen* aus, andererseits können *emotionale Zustände selbst als Schmerz empfunden oder ausgedrückt* werden. Zudem wirken psychosoziale Faktoren maßgeblich darauf ein, wie stark Schmerz erlebt wird. In diesem Abschnitt betrachten wir, wie Gefühle, Stimmung und kognitive Veränderungen das Schmerzerleben bei Demenz beeinflussen – und wie Pflegende durch empathischen Umgang, Validation und psychosoziale Begleitung die Situation verbessern können.

1. Schmerz als Auslöser von Emotionen: Schmerz tut nicht nur weh, er macht auch *etwas mit unserer Seele*. Bei jedem Menschen können chronische Schmerzen Gereiztheit, Ängstlichkeit oder Niedergeschlagenheit verursachen. Bei Menschen mit Demenz zeigt sich dies oft in **herausfordernden Verhaltensweisen**: Unerklärliche Aggressionen, Schreien, Schlagen, Widerstand bei Pflegehandlungen, Apathie oder Schlaflosigkeit können Ausdruck anhaltender Schmerzen sein. Da die Betroffenen nicht formulieren können „Ich habe Schmerzen und brauche Hilfe“, manifestiert sich ihr Leiden in Gefühlsausbrüchen und Verhalten. **Unbehandelte Schmerzen sind ein häufiger Grund für psychische Symptome bei Demenz** – etwa 50 % der Pflegeheimbewohner haben Schmerzen, was oft mit Unruhe einhergeht. Ein klassisches Beispiel: Ein Herr mit Demenz schlägt beim Transfer vom Bett in den Stuhl wild um sich und beschimpft die Pflegekraft. Anstatt dies als „Aggression“ abzutun, sollte man fragen: *Könnte ihm etwas weh tun?* Tatsächlich könnte etwa ein unbemerkter Hüftschmerz die Ursache sein – der Transfer tut ihm weh, er kann es aber nur durch Abwehr zeigen. Wird der Schmerz durch Analgetika und sanfteres Vorgehen gelindert, verschwindet meist auch die Aggression. **Schmerzmanagement ist daher immer auch Verhaltensmanagement**. Mit gut eingestellten Schmerzen sinkt die Häufigkeit von Unruhe und schwierigen Pflegeepisoden deutlich.

2. Emotionen beeinflussen das Schmerzempfinden: Die Verbindung geht auch in die andere Richtung: **Emotionale Zustände modulieren den Schmerz**. Angst und Anspannung erhöhen erfahrungsgemäß das Schmerzempfinden, während Entspannung oder positive Erlebnisse Schmerzen dämpfen können. Bei Demenz finden wir häufig ein Gemisch aus Angst, Verwirrung und Frustration, dass die Schmerzwahrnehmung steigert. Ein verwirrter Bewohner, der nicht versteht, warum er im Pflegeheim ist, fühlt sich unsicher – dieses Grundgefühl kann einen eigentlich milden Schmerz (z. B. Druckstelle vom Sitzen) viel quälender erscheinen lassen.

Umgekehrt wirkt **emotionale Zuwendung schmerzlindernd**: Einfühlsame Berührung, Zuspruch oder Ablenkung durch eine angenehme Aktivität (Musik, Spaziergang) können dazu führen, dass ein demenzkranker Mensch seinen chronischen Schmerz weniger stark spürt. In der Hospizarbeit kennt man das Phänomen, dass **Angst und Einsamkeit Schmerzen „verstärken“** – wenn man die Angst nimmt oder Gesellschaft leistet, braucht es oft weniger Schmerzmittel. Dieses Prinzip gilt auch in der Demenzpflege.

3. Schmerz als Ausdruck von emotionalem Leid: Bei fortgeschrittener Demenz verschwimmen Schmerz und Emotion derart, dass **emotionale Qualen in „Schmerzsprache“ ausgedrückt** werden. So wie jemand „Herzschmerz“ bei Liebeskummer empfindet, erleben Menschen mit Demenz seelischen Kummer oft körperlich. Beispielsweise kann *sozialer Schmerz* – das Gefühl der Einsamkeit oder Verlassenheit – sich als körperliches Schmerzklagen äußern. Eine Bewohnerin, die ständig „Es tut so weh!“ ruft, obwohl medizinisch keine Schmerzursache zu finden ist, könnte eigentlich *tiefe Trauer oder Angst* kommunizieren. Naomi Feil, die Begründerin der Validation, beschrieb etwa den Fall einer alten Dame, die immer „*Es brennt, es brennt!*“ schrie und an einen Heizkörper schlagen wollte. Statt sie zurückzuhalten und zu beruhigen („Da brennt doch nichts“), ging Feil auf sie ein und fragte sinngemäß: „*Was brennt denn, was fühlen Sie?*“ Es stellte sich heraus, dass die Frau in ihrer Jugend einen Hausbrand erlebt hatte, der unbeackert als Trauma zurückgeblieben war. **Alte unverarbeitete Emotionen können sich im Demenzverlauf schmerzhaft bemerkbar machen**, oft in symbolischer Sprache. Pflege- und Betreuungskräfte sollten solche Äußerungen im Kontext der Biografie interpretieren: Hinter dem scheinbar irrationalen Schmerzgeschrei könnte ein psychisches Trauma stecken – etwa Kriegsbilder, Gewalterfahrungen oder Verlusterlebnisse, die nie verarbeitet wurden und nun im Zustand der kognitiven Abbauprozesse wieder aufbrechen. Diese Erkenntnis kann helfen, geeignete Maßnahmen einzuleiten, z. B. beruhigende Rituale, Traumatherapeuten hinzuziehen oder einfach besonders viel Sicherheit vermittelnde Ansprache.

4. Validation und empathische Kommunikation: Ein zentrales Mittel im Umgang mit emotionalem Schmerz ist die **Validation**. Wie schon erwähnt, bedeutet Validation, den Gehaltsinhalt der Äußerungen anzunehmen und den Menschen in seiner Realität abzuholen, statt ihn zu korrigieren. Wenn ein demenzkranker Bewohner klagt „*Ich habe solche Schmerzen, lässt mich sterben!*“, kann das die Verzweiflung über seine Gesamtsituation ausdrücken. Anstatt reflexhaft zu beschwichtigen „*Ach, so schlimm ist es doch nicht*“ (was seine Gefühlswelt negiert), wäre eine validierende Antwort z. B.: „*Sie halten das alles kaum noch aus, gell? Es tut Ihnen weh und Sie sehen keinen Sinn mehr...*“ Diese Worte können dem Bewohner das Gefühl geben, verstanden zu werden. Häufig führt das zu einer Reduktion von Spannung und Angst – der Bewohner weint vielleicht, aber wirkt danach ruhiger, weil er sich ernst genommen fühlt. **Validation ist somit ein „Schmerzlinderungswerkzeug“ auf emotionaler Ebene.** Die pflegerische Anwesenheit und Anteilnahme nehmen dem Betroffenen etwas von der seelischen Last. Wichtig: Validation heißt nicht, nichts zu tun. Nachdem man das Gefühl validiert hat („*Ja, es ist gerade sehr schwer und tut weh*“), sollte man anbieten:

„Was kann ich tun, damit es Ihnen besser geht? Darf ich mich zu Ihnen setzen? Wollen Sie meine Hand halten?“ usw. Dadurch verbindet man emotionale Unterstützung mit konkreter Hilfe.

5. Soziale Einbindung und Sinngebung: Menschen mit Demenz spüren sozialen Schmerz z.B. wenn sie Isolation erleben oder merken, dass sie „zur Last fallen“. Pflegende können diesem Schmerz vorbeugen, indem sie **soziale Kontakte und Teilhabe** fördern. Auch kleine Gesten wie ein kurzer Plausch, Einbeziehen in leichte Tätigkeiten (Wäsche falten, Garten gießen) oder eine Umarmung vermitteln Wertschätzung und reduzieren das Gefühl von Wertlosigkeit. **Spiritualität** kann ebenfalls eine Rolle spielen: Manche Betroffene finden Trost in religiösen Ritualen (Gebet, Kirchenlieder) oder im Gespräch über Lebensfragen. Wenn jemand die Krankheit als Strafe Gottes empfindet, kann ein seelsorgerisches Gespräch helfen, diesen spirituellen Schmerz zu lindern. In der Palliative Care wird oft betont: **Schmerz hat, was das Leben fehlt**. Eine Sinnkrise oder tiefe Einsamkeit kann Schmerzen verstärken – umgekehrt kann das Gefühl, geborgen und nicht allein zu sein, Schmerzen erträglicher machen. Daher sollten Pflegende insbesondere bei Menschen mit Demenz darauf achten, **Geborgenheit, Sicherheit und Sinneseindrücke** zu vermitteln, die positive Gefühle wecken (z.B. vertraute Musik, Aromapflege, Handmassagen). All dies adressiert die emotionalen Komponenten des Schmerzes.

6. Praktische Situationen und Tipps: Im Pflegealltag gibt es viele Situationen, in denen emotionaler Beistand den Schmerz beeinflusst:

- **Schmerz in der Nacht:** Nachts verstärken sich Schmerzen oft subjektiv, und demenzkranke Menschen werden zusätzlich durch Dunkelheit und Alleinsein verängstigt. Ein Beispiel: Herr M. mit mittelschwerer Demenz wacht jede Nacht gegen 2 Uhr laut rufend auf und klopft ans Bettgitter. Er ruft nach seiner Mutter und wirkt panisch. Die Pflegekraft geht zu ihm, stellt ein gedimmtes Licht an, nimmt seine Hand und fragt leise, was los sei. Er stöhnt „Tut weh... Mama!“. Die Pflegerin validiert: „*Sie haben Schmerzen und wollen Ihre Mama – Sie haben Angst, ganz allein so im Dunkeln.*“ Der Bewohner nickt und weint leise. Die Pflegerin bleibt eine Weile, streichelt seinen Arm, hilft ihm, eine bequemere Position zu finden. Sie gibt ihm auch – nach Absprache – ein leichtes Schmerzmittel, da er Arthritis hat. Nach etwa 30 Minuten schläft Herr M. beruhigt wieder ein. **Analyse:** Hier waren körperlicher Schmerz (Arthritis), Angst und das Bedürfnis nach Geborgenheit miteinander verwoben. Durch eine Kombination aus **Schmerzlinderung** (Analgetikum, Umlagern) und **emotionaler Zuwendung** (Anwesenheit, Validation, Handhalten) konnte die Situation entschärft werden.
- **Schmerz bei pflegerischen Maßnahmen:** Frau L. mit schwerer Demenz bekommt beim Duschen oft große Angst; sie klammert sich an die Pflegeperson und schreit „Nein, nein, kalt!“ obwohl das Wasser warm ist. Man vermutet, dass ihr das Wasser auf der Haut ungewohnt ist und eventuell auch **Körpererinnerungen** (evtl. an früheres Unwohlsein oder Scham) auslöst, die sie nicht einordnen kann – dieses Unbehagen äußert sie als „Schmerz“. Die Lösung im Team: Statt Duschen wird sie nun mit einem warmen Umschlag gewaschen, Schritt für Schritt, und man erklärt jeden Handgriff vorab ruhig.

Außerdem darf sie ihr vertrautes Badetuch um die Schultern behalten. Sie bleibt nun viel ruhiger. **Analyse:** Hier zeigte sich *emotionaler Schmerz* in Form von Angst bei Kontrollverlust. Indem man die Prozedur anpasste und ihr **Sicherheitsgefühl** gab, verschwand der „Schmerz“ (das Schreien).

Diese Beispiele verdeutlichen: **Emotionale Bedeutung von Schmerz** heißt, die Gefühle hinter Schmerzäußerungen zu verstehen und ernst zu nehmen.

Für Pflege- und Betreuungskräfte ist es essenziell, in Menschen mit Demenz hineinzufühlen und mitzudenken: *Wo könnte es weh tun? Was ängstigt oder bedrückt sie gerade?* Die **Validation nach Naomi Feil** und der *person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood* (der betont, auf die psychischen Grundbedürfnisse wie Trost, Liebe, Identität einzugehen) bieten dafür gute Leitlinien. Schlussendlich geht es darum, **Lebensqualität zu erhalten**, indem man sowohl körperliches Leiden als auch seelisches Leid mindert.

Schmerzerkennung und -behandlung bei Demenz: Assessment und Pflegeinterventionen

Nach der Betrachtung der drei Perspektiven stellt sich die Frage: *Wie setzen wir dieses Wissen in der täglichen Praxis um?* In diesem Abschnitt werden aktuelle pflegewissenschaftliche Empfehlungen (z. B. aus Leitlinien und Standards) vorgestellt, um Schmerzen bei Menschen mit Demenz systematisch zu erfassen und zu lindern. Es geht um **Assessment-Methoden, kultursensible und validierende Vorgehensweisen** sowie um das **Schmerzmanagement als Teamaufgabe** – immer mit dem Ziel, Pflegenden konkrete Handlungsschritte an die Hand zu geben.

Ein strukturiertes Schmerzassessment bildet die Grundlage jeder Schmerztherapie. Die **S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (2017)** empfiehlt ein mehrstufiges Vorgehen:

- **Screening:** Bei **jedem neuen Bewohner** in einer stationären Pflegeeinrichtung soll ein *Screening auf mögliche Schmerzen* durchgeführt werden. Das heißt, bereits bei Aufnahme und dann in regelmäßigen Abständen wird aktiv erfragt oder beobachtet, ob Schmerzen vorliegen – unabhängig davon, ob der Bewohner von sich aus klagt. Dieses Screening kann z.B. mit einfachen Fragen oder einer Kurzbeobachtungsskala erfolgen. Wichtig: Insbesondere Menschen mit Demenz nie einfach fragen „Sie haben keine Schmerzen, oder?“, sondern offen und ohne Suggestion screenen (ggf. Angehörige mitbefragen).
- **Vertieftes Assessment:** Fällt das Screening positiv aus – d.h. es gibt Hinweise auf Schmerz – schließt sich ein ausführlicheres Assessment an. Im Mittelpunkt steht dabei **die Schmerzintensität** (z. B. mit NRS/VRS falls möglich, sonst Fremdbeobachtungsskala). Zusätzlich sollen *der Mobilitätsstatus und die funktionellen Beeinträchtigungen* durch den Schmerz erhoben werden. Beispiel: Ein Bewohner mit Rückenschmerz – wie weit kann er noch gehen/sitzen, und wie stark (Skala 0–10) ist der Schmerz beim Bewegen vs. in Ruhe? Solche Infos sind wichtig für Therapieentscheidungen.

- **Verlaufskontrolle:** Die Leitlinie fordert eine **regelmäßige Verlaufserfassung**. Das bedeutet, nachdem Maßnahmen eingeleitet wurden (medikamentös oder nicht-medikamentös), muss regelmäßig geprüft werden, ob diese wirksam sind oder ob das Schmerzmanagement angepasst werden muss. Praktisch: dokumentieren, ob Schmerzwerte sinken, ob der Bewohner ruhiger wird, ob die Mobilität sich verbessert, und bei Bedarf den Arzt erneut konsultieren.
- **Erschwertes Selbstbericht:** Ist ein Bewohner **nicht mehr fähig zur Selbstauskunft**, empfiehlt die Leitlinie insbesondere zu prüfen, **ob potenziell schmerzhafte Erkrankungen vorliegen und ob schmerztypische Verhaltensweisen auftreten**. Das heißt, man soll aktiv nach Schmerzen suchen, wenn jemand z.B. Arthrose, eine frische Fraktur, Dekubitus, Harnwegsinfekt etc. hat – auch wenn er es nicht sagt. Und man beobachtet genau auf die im vorherigen Abschnitt genannten nonverbalen Zeichen.

Diese Grundsätze stimmen überein mit dem DNQP-Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*, der verlangt, dass **jeder Schmerzpatient ein individuelles Schmerzmanagement erhält, um Schmerz zu lindern, Lebensqualität zu erhalten und Schmerzkrisen vorzubeugen**. Leider zeigt die Praxis, dass wir davon noch entfernt sind – so hohe Schmerzzraten in Heimen (50 %) sind alarmierend. Doch mit systematischem Assessment und Sensibilisierung aller Beteiligten kann viel erreicht werden.

Schmerzskalen und Instrumente: Wie wählt man das richtige Instrument? Hier hilft ein Blick auf den kognitiven Status. Der **Mini-Mental-Status-Test (MMST)** gibt eine grobe Orientierung über das Demenzstadium. Bei leichten Beeinträchtigungen kann oft noch eine **Numerische Rating-Skala (NRS)** eingesetzt werden (der Bewohner gibt eine Zahl 0–10 für den Schmerz an). Allerdings zeigen Studien, dass schon bei leichter Demenz bis zu 57 % der Betroffenen die NRS nicht verlässlich nutzen können – sie verstehen die Skala nicht oder können die Zahlen nicht anwenden. Dann kombiniert man besser die NRS mit einfacheren Mitteln, z.B. einer **Verbalen Rating-Skala (VRS)**. Die VRS nutzt Begriffe statt Zahlen (z.B. kein Schmerz / mild / mittel / stark / unerträglich). Man kann dem Bewohner diese Worte anbieten oder auch bildlich darstellen (etwa ein lächelndes Gesicht für „kein Schmerz“, ein weinendes für „stark“). Bei mittelschwerer Demenz gilt weiterhin: *Selbsteinschätzung geht vor!* – also zunächst versuchen, eine einfache Selbstauskunft zu bekommen (zur Not mit Ja/Nein-Fragen: „Tut es *sehr* weh?“). Parallel oder bei Scheitern greift man auf **Beobachtungsinstrumente** wie BESD zurück. Bei schwerer Demenz (<9 MMST-Punkte) muss man davon ausgehen, dass ein *kognitiver Bedeutungsverlust* vorliegt – der Betroffene versteht das Konzept Schmerz kaum noch. Hier sind Fremdeinschätzungen (BESD, BISAD, Doloplus etc.) die Hauptinformationsquelle, ergänzt durch Schmerzerkennung im Pflegeprozess.

Schmerzassessment als kontinuierlicher Prozess: Wichtig zu betonen – und hierin sind sich Standard und Leitlinie einig – ist, dass Schmerzerfassung **nicht einmalig**, sondern fortlaufend erfolgt. Schmerzen können neu auftreten (z.B. durch Sturz) oder sich verändern.

Darum gehört Schmerzbewertung fest in die Pflegeplanung: z.B. *Schmerzbeobachtung bei jedem Dienstübergabe-Rundgang, Schmerzeinschätzung bei jedem Verbandswechsel, monatliche Schmerzanamnese im Pflegegespräch* etc. Auch *nach* Interventionen sollte evaluiert werden: Hat die Gabe des Bedarfsanalgetikums die Schmerzzeichen reduziert? Führen neue Anti-Dekubitus-Matratten zu besserem Schlaf und weniger nächtlichem Unruheverhalten? Dieses **Evaluieren und Anpassen** ist entscheidend, um eine akzeptable Schmerzsituation zu erreichen.

Praktische Vorgehensweisen bei unbekannter Schmerzursache: Manchmal stehen Pflegende vor der Situation: Bewohner zeigt Unruhe oder Schmerzsignale, aber man weiß nicht, woher. Hier ein pragmatisches Vorgehensschema – angelehnt an Expertenempfehlungen:

- **Schmerz vermuten, wenn Risikofaktoren vorliegen:** Hat der Betroffene bekannte Schmerzerkrankungen (z.B. Arthrose, Neuropathie) oder kürzliche Eingriffe/Verletzungen? Dann *immer von Schmerzen ausgehen*, auch wenn er es nicht ausdrückt. Beispiel: Jemand mit Fraktur in der Vorgeschichte, der dement ist, sollte prophylaktisch Schmerzmittel erhalten, statt zu warten, bis er vor Schmerz schreit.
- **Beobachtungsverhalten heranziehen:** Kennt man die Person, merkt man Veränderungen – z.B. ist ruhiger Herr K. seit Tagen aufgewühlt, läuft viel umher und ruft. *Systematisch auf Verhaltensänderungen achten* und gezielt auf Schmerz hin überprüfen. Besonders *während Aktivitäten* (Bewegung, Lagerung) zeigen sich Unterschiede: Zunahme von Unruhe oder Laute bei Bewegung deuten stark auf bewegungsabhängigen Schmerz hin. Also: Schaut, ob der Bewohner bei bestimmten Handlungen „auffällig“ wird – vielleicht tut genau das weh (z.B. beim Anheben des Arms → evtl. Schulterschmerz).
- **Atypische Schmerzäußerungen berücksichtigen:** Bei Demenz ist Schmerz nicht immer klar erkennbar. Ein „*typisch demenzbedingtes*“ Verhalten kann in Wahrheit Schmerzäußerung sein. Z.B. ständige Wiederholungen oder aggressives Verhalten haben oft organische Ursachen wie Schmerz, Infekt, Dehydratation. Darum lieber einmal mehr an Schmerz denken als einmal zu wenig.
- **Analgetischen Therapieversuch unternehmen:** Wenn man Schmerzen vermutet, aber keine sichere Bestätigung hat, **ist ein kontrollierter Schmerzmittel-Versuch sinnvoll**. Die Leitlinie empfiehlt dies ausdrücklich – quasi als diagnostisches Mittel. Gibt man z.B. abends einmal eine Paracetamol-Dosis und der Bewohner schläft daraufhin ruhiger, spricht das sehr dafür, dass Schmerz im Spiel war. Natürlich muss ein Arzt die Bedarfsmedikation anordnen, aber im Pflegealltag können Pflegefachkräfte diese Rückmeldung ans Team geben.

Medikamentöse Schmerztherapie: Die Grundlage der Schmerzbehandlung bilden in der Regel Analgetika, angepasst an die Art und Stärke des Schmerzes. Bei älteren Menschen (und speziell in Palliative Care) bewährt sich das WHO-Stufenschema, angepasst auf Multimorbidität.

Pflegekräfte sollten darauf achten, dass **Basisanalgetika rechtzeitig und regelmäßig verabreicht** werden, um einen konstanten Spiegel zu halten – gerade bei Demenz kann man nicht darauf warten, dass der Patient von sich aus „nach Bedarf“ verlangt. Wenn z.B. bekannt ist, dass jeden Abend Tumorschmerzen auftreten, sollte die Bedarfsmedikation eher vorweg gegeben werden, bevor der Schmerz den Betroffenen völlig aufwühlt. Gleichzeitig ist auf Nebenwirkungen zu achten (Obstipation bei Opioiden etc.) und diese ebenfalls präventiv zu behandeln.

Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Neben Tabletten und Tropfen gibt es zahlreiche pflegerische Interventionen zur Schmerzlinderung, die gerade bei Demenz hilfreich sind.

Einige Beispiele:

- **Wärme- und Kälteanwendungen:** Je nach Schmerzursache kann ein warmes Bad, eine Wärmflasche (mit Vorsicht), ein warmes Kirschkernkissen auf verspannten Muskeln Linderung verschaffen – oder bei Entzündungen z.B. ein Kühlpack (in Tuch gewickelt) Schwellungen reduzieren. Wichtig ist, dies behutsam einzusetzen und zu beobachten, ob der Betroffene es als angenehm empfindet. Manche Menschen mit Demenz mögen z.B. keine Kühlpacks, weil das Gefühl sie irritiert. Immer erklären und ihre Reaktion beobachten.
- **Berührung und Massage:** Sanfte Massagen, Streicheln oder Halten der Hand können zweierlei bewirken – körperliche Entspannung und emotionale Beruhigung. Spezielle Methoden wie *Basale Stimulation* oder *Schmerz-Akupressur* können in der Pflege eingesetzt werden, sofern geschult. Auch das Auftragen einer schmerzlindernden Salbe (z.B. Arnika bei Gelenkschmerz) kann durch die Berührungsqualität mehr bewirken als der pharmakologische Effekt allein.
- **Lagerung und Mobilisation:** Eine druckentlastende Lagerung (Weichlagerung bei Dekubitusschmerz), eine entspannende Position (Kissen zur Unterstützung schmerzender Glieder, Kneipp'sche Auflagen) oder auch Mobilisation (Bewegungsübungen bei Gelenksteifigkeit) gehören in den Werkzeugkasten. Bei Bewegungsübungen immer auf Schmerzzeichen achten – *leichtes Ziehen tolerieren, starken Schmerz vermeiden*. Kurzfristig kann Ruhe wichtig sein (z.B. bei akutem Schmerz nach Sturz), langfristig aber auch Bewegung, um Versteifungen vorzubeugen.
- **Ablenkung und Aktivierung:** Beschäftigung kann Schmerzen „vergessen lassen“. Ein demenzkrankes ehemals musizierendes Ehepaar, das gemeinsam singt, spürt währenddessen vielleicht die chronischen Schmerzen weniger. Filme, Gespräche, Tierbesuche, alles, was positive Emotionen weckt, kann über Gate-Control-Mechanismen Schmerzen reduzieren. Hierbei sollte es individuell angepasst sein – was der eine als wohltuende Ablenkung empfindet, überfordert den anderen vielleicht. Ein ruhebedürftiger Mensch sollte nicht mit lauter Animation gequält werden, das könnte Schmerz eher verstärken.
- **Psychologische Unterstützung:** Wenn erkennbar viel seelischer Schmerz besteht (Depression, Angst), können Psychologen oder psychosoziale Betreuer

einbezogen werden. In der Realität der Altenpflege sind Psychotherapeuten für Demenzpatienten rar, aber Lebens- und Sozialberater, Seelsorger oder ausgebildete Gerontopsychiatrische Fachkräfte können Gespräche führen, Biografiearbeit machen und so Leid mindern. **Validationstechniken** sollten allen Pflege- und Betreuungskräften vertraut sein, da sie im Alltag ständig anwendbar sind.

Schmerzmanagement als Teamaufgabe: Erfolgreiche Schmerzbehandlung erfordert die **vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit** aller Beteiligten. Im Idealfall sind verschiedene Professionen eingebunden: Ärzte (ggf. Schmerztherapeuten), Pflegefachpersonen (viele Einrichtungen haben Pain Nurses oder algesiologische Fachassistenzen), Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Seelsorger und natürlich die **Angehörigen** sowie der Betroffene selbst. Gemeinsam kann dieses Team eine Strategie entwickeln, um dem Menschen mehr Lebensqualität zu ermöglichen. Für Pflegekräfte bedeutet das auch, im Austausch mit Kollegen zu bleiben, Fallbesprechungen durchzuführen und Hinweise weiterzugeben. Gerade in der Langzeitpflege entsteht oft ein reiches Erfahrungswissen über einzelne Bewohner – z.B. weiß das Team, dass Frau X bei Zahnweh immer am Kinn reibt oder Herr Y bei Schmerzen in der Hüfte nicht mehr sitzen will. Diese Beobachtungen müssen untereinander kommuniziert werden. **Fallbesprechungen** sind ein geeignetes Mittel, um subjektive Wahrnehmungen im Team abzugleichen und so ein umfassendes Bild zu bekommen. Hier sollten alle gehört werden: auch Hilfskräfte oder Angehörige können wertvolle Hinweise geben („Papa zieht immer das Gesicht so komisch, das hat er früher nur gemacht, wenn er Migräne hatte“). Wenn sich alle auf gemeinsame Maßnahmen verständigen, ist es wichtig, dass *diese dann auch konsequent umgesetzt* werden und Veränderungen am Gesundheitszustand sofort weitergegeben werden.

Dokumentation und Wissenstransfer: Eine gründliche Dokumentation des Schmerzgeschehens (Wann trat was auf? Was wurde getan? Wie war die Wirkung?) unterstützt nicht nur den Informationsfluss, sondern dient auch der Qualitätssicherung. Im Verlauf kann man daraus lernen, welche Interventionen erfolgreich waren. Zusätzlich sollten **Weiterbildungen zum Schmerzmanagement** (z.B. Schulungen in Schmerzassessment, kultursensible Pflege, Validation) regelmäßig stattfinden, damit das Team auf aktuellem Wissensstand bleibt und sich sicher fühlt im Umgang mit Schmerz bei Demenz. Pflegewissenschaftlich gibt es laufend neue Erkenntnisse – etwa neue Analgetika oder Therapiekonzepte – die in die Praxis einfließen sollten.

Fazit: Verstehen, Lindern und Begleiten

Schmerz bei Menschen mit Demenz ist ein vielschichtiges Phänomen, das nur mit einem ganzheitlichen Blick adäquat begegnet werden kann. **Kulturelle Hintergründe** beeinflussen, wie Schmerz empfunden und mitgeteilt wird – Pflegenden müssen kulturelle Unterschiede sensibel berücksichtigen, um niemanden zu übersehen oder misszuverstehen.

Sprachliche Hürden machen die Schmerzerfassung schwieriger, doch durch einfache Kommunikation, Beobachtungsgabe und ggf. Einbeziehung der Muttersprache des Betroffenen lassen sich auch nonverbale Schmerzäußerungen deuten. Die **emotionale und psychosoziale Dimension** schließlich erinnert uns daran, dass Schmerz mehr ist als ein Symptom – er berührt das Wesen eines Menschen. Menschen mit Demenz brauchen daher nicht nur Analgetika, sondern ebenso **Empathie, Validation, Zuwendung und Sinnstiftung**, um wirklich Linderung zu erfahren.

Für Pflege- und Betreuungskräfte bedeutet dies: Sie sind gefordert als *Schmerzdedektive, Kommunikationsexperten* und *empfindsamer Begleiter* zugleich. Die Herausforderungen sind groß – aber das Rüstzeug steht bereit: von wissenschaftlichen Leitlinien über bewährte Assessmentinstrumente bis hin zu konzeptionellen Ansätzen wie Total Pain, Validation und person-zentrierter Pflege.

Wenn Pflegende dieses Wissen nutzen, können sie **Schmerz bei Menschen mit Demenz deutlich besser erkennen und behandeln**. Das Ergebnis ist nicht nur weniger Leid für die Betroffenen, sondern auch ein ruhigerer, erfolgreicherer Pflegealltag.

Abschließend sei betont: **Schmerzassessment und -management sind keine Luxusaufgaben, sondern Kernaufgaben** in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Jede investierte Minute, um genauer hinzuschauen oder zuzuhören, zahlt sich aus – in Form von Dankbarkeit der Betroffenen, von Momenten der Erleichterung, wenn ein Schmerz nachlässt, und von dem guten Gefühl, einen Menschen ein Stück weit von seinem Leid befreit zu haben. Pflegekräfte, die Schmerz nicht nur als medizinisches Symptom, sondern in seinem kulturellen, sprachlichen und emotionalen Bedeutungsgeflecht begreifen, verfügen über einen wertvollen Schlüssel: **den Schlüssel zum Verstehen und Lindern von Schmerz bei Demenz**. In diesem Sinne: *Schauen wir genau hin, fragen wir klug nach, fühlen wir mit – und handeln wir!* Denn ein alter demenzerkrankter Mensch kann es uns vielleicht nicht mehr sagen, aber er braucht uns, um nicht im Schmerz verloren zu gehen.

Tobias Münzenhofer

Literatur und Quellen:

- Münzenhofer, T. (2019/2020): *Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen. Dem Goldstandard annähern*. Blog Wegweiser Demenz, BMFSFJ.
- Münzenhofer, T. (2019): *Schmerzen im Alter und bei Demenz – kultursensibles Schmerzmanagement*, in: Vincentz Altenpflege und CAREkonkret.
- S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der Altenhilfe“ (DGN / DGP / AWMF, 2017)
- LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE® (T. Münzenhofer): Fortbildungsmaterialien und Publikationen (2018–2024).
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.: *Kulturgeschichte des Schmerzes – Schmerz und Kulturpsychologie*.
- HPN München (2023): *Total Pain von Menschen mit Demenz – Fachinformation*.
- Kitwood, T. (1997): *Demenzerfahrung und Person-zentrierte Pflege*. (Grundlagen für Validation und emotionales Eingehen auf Schmerz bei Demenz)
- Kohnen, N. (2007): *Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten. Transkulturelle Aspekte des Schmerzerlebens. Trauma und Berufskrankheit 9 (Suppl 3), 323–328*
- Lenthe, U. (2016): *Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen – verstehen – integrieren, 2. Auflage*, Wien: Facultas
- Lenthe, U. (2016): *Transkulturelle Pflegepraxis. Bedürfnisse erheben – erwägen – erfüllen*, Wien: Facultas

Tobias Münzenhofer | LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

E-Mail: info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern | Internet: www.lichtblicke-demenzstrategie.bayern

12.08.2025



Humorthherapie in der gerontopsychiatrischen Pflege

- *Warum gerade jetzt? – Ehrlich, traditionell, machbar*

Die Pflege in Deutschland ist erschöpft. Noch ein Projekt? Eigentlich nicht. Gleichzeitig sind Unruhe, Angst und depressive Symptomlast im Heimalltag und im Krankenhaus Realität. Humor ist kein Luxus, sondern klassisches Pflegehandwerk: eine **Haltung**, die Beziehung erleichtert und Anspannung senkt. Der aktuelle Überblick im Übergabe-Newsletter (#93, 07.08.2025; „Humor als Therapie“) bringt es auf den Punkt: Humor ist **Ergänzung**, kein Ersatz – **Beziehungsarbeit statt Klamauk, kleine, wiederholbare Formate** statt Showprogramm. Genau das greift diese Fassung auf und verknüpft es mit belastbarer Forschung.

Für wen ist das besonders relevant? In der **gerontopsychiatrischen Langzeitpflege** treffen wir häufig auf neuropsychiatrische Symptome der Demenz (BPSD), komorbide **depressive Symptome** und ein hohes Maß an Routinebedarfen. Hier entfaltet Humor – leise, biografiebezogen, regelmäßig – sein größtes Alltags-Potenzial: weniger Agitation, mehr gelingende Kontakte. Für **Leitungen** ist er zugleich ein organisatorisch schlanker Baustein zur Teamentlastung, weil Durchführung und Dokumentation überwiegend in **§ 43b-Zeitfenstern** liegen.

Wirkmodell – was Humor in Körper und Beziehung bewegt

Wenn wir in der gerontopsychiatrischen Langzeitpflege von Humor sprechen, geht es nicht um eine Aneinanderreihung von Gags, sondern um ein fein dosiertes Mittel zur Spannungsregulation.

Auf der Ebene des Körpers wirkt Lachen dämpfend auf die Stressachse: Cortisol sinkt, der Muskeltonus lässt nach, die Atmung wird ruhiger und gleichmäßiger. Diese körperliche Entlastung schafft in wenigen Minuten den Spielraum, den wir für gelingende Begegnungen brauchen. Gleichzeitig normalisiert sich das vegetative Gleichgewicht: Herzfrequenzvariabilität und Atemrhythmus finden zu einem ruhigeren Takt, der subjektiv als „Entspannung“ erlebt wird – nicht als Müdigkeit, sondern als Erleichterung.

Genauso wichtig ist das, was zwischen Menschen geschieht. Humor senkt die wahrgenommene Bedrohung, er schafft Nähe, ohne aufdringlich zu sein, und er öffnet die Tür zu Kontakt – selbst dann, wenn Sprache brüchig geworden ist. Gerade bei Demenz bleiben Mimik, Rhythmus, Melodie und ein leiser Sinn fürs Komische erstaunlich lange erhalten. Wir knüpfen dort an und bieten kleine, sichere Anlässe zum Mitmachen: ein geteiltes Lächeln, ein gemeinsamer Laut, ein kurzer Rhythmus. Die im Übergabe-Newsletter erwähnte Gelotologie – die Wissenschaft des Lachens – stützt diese Sicht: Lachen ist eine gesundheitsrelevante Ressource, die wir kultivieren können, wenn wir sie würdevoll und freiwillig anbieten.

Aus dieser Perspektive folgt ein schlichtes Dosisprinzip: kurz, regelmäßig, leise. Zehn konzentrierte Minuten in einer vertrauten Atmosphäre wirken verlässlicher als eine übertolle Stunde einmal im Quartal. Wer in der Reihenfolge vorgeht – erst andocken, dann lächeln, dann vielleicht lachen – bleibt sicher und erreicht mehr. Genau deshalb zeigen Studien die größten Effekte dort, wo Spannung sinkt und Alltagskontakt gelingt: bei Agitation und bei Angst.

Evidenz – realistisch eingeordnet

Die Forschung zur Humorthherapie ist gewachsen – und sie ist ehrlich genug, ihre Grenzen zu benennen. Ein integratives Review über 29 Studien berichtet wiederkehrend positive Effekte auf depressive Stimmung und Angst. Die untersuchten Interventionen reichen von Lachübungen über humorzentrierte Gruppen bis hin zu Klinikclown-Besuchen. Die Qualität der Einzelstudien ist heterogen, doch die Richtung ist klar: Als ergänzende Maßnahme ist Humor praktikabel, sicher und wirksam genug, um ihn verantwortet in den Versorgungsalltag zu integrieren.

Für Pflegeheime liegt mit dem SMILE-Trial ein besonders aussagekräftiges Design vor: 35 Einrichtungen setzten auf ElderClowns und geschulte „LaughterBosses“ im Team. Das Primärziel – eine belastbare Reduktion depressiver Symptome – wurde nicht erreicht. Dennoch ist das Ergebnis keineswegs ernüchternd, im Gegenteil: Agitation ging signifikant zurück, und Beobachtende registrierten mehr sichtbare „Happiness“. Wer Pflegealltag kennt, weiß, was das bedeutet: weniger Eskalationen, ruhigere Abläufe, mehr gelingende Kontaktmomente – also genau das, was Bewohner:innen und Teams spürbar entlastet.

Außerhalb des Heimes zeigen Metaanalysen bei Erwachsenen kleine bis mittlere Effekte auf Depression und Angst, stellenweise auch auf den Schlaf. Längere Programme scheinen bei Depression besonders zu profitieren. In Krankenhäusern – vor allem in prä- und perioperativen Situationen, in der Onkologie und während monotoner Therapieabläufe wie der Dialyse – ist die Angstreduktion durch Klinikclowns gut belegt; die Akzeptanz ist hoch, die Integration in die Routine unkompliziert.

Das nüchterne Fazit lautet daher: Humor lindert Unruhe und fördert positive Affekte verlässlich; bei klassischen Depressionsendpunkten bleibt die Evidenz uneinheitlich. Für die Praxis heißt das: als Zusatzmaßnahme sinnvoll, als Ersatz für leitliniengerechte Behandlung ungeeignet.

Für die gerontopsychiatrische Langzeitpflege übersetzt sich diese Lage in klare Erwartungen. Rechnen Sie nicht mit Wundern, aber mit ruhigerem Takt: weniger Anspannung, mehr gelingender Interaktion und leichterem Andocken – dort liegt der spürbare Nutzen im Stations- und Wohnbereichsalltag.

Übertragbarkeit in unser System – so passt es

In Heimen können **Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI** Humorangebote tragen – genau dafür sind sie da: Alltagsqualität, soziale Teilhabe, Aktivierung. Pflegefachpersonen bleiben im Kerngeschäft; profitieren aber indirekt von weniger Agitation und besserer Kooperation. In Kliniken lassen sich **Klinikclowns** über definierte Slots, Hygienebriefing und kurze Outcome-Checks einbinden. Das ist **traditionell sinnvoll** (Beziehungsarbeit) und **organisatorisch tragfähig**.

Praxis – leise, biografiebezogen, wiederholbar

Im gerontopsychiatrischen Setting begegnen uns zwei große Linien: die sogenannten BPSD – also neuropsychiatrische Symptome wie Unruhe, Reizbarkeit oder Apathie – und die oft übersehene depressive Symptomatik. Beide reagieren nicht auf Show, sondern auf Verlässlichkeit. Deshalb bewähren sich Formate, die klein, wiederkehrend und biografiebezogen sind. Humor wird nicht verordnet, sondern angeboten; niemand muss mitmachen, aber alle dürfen andocken.

In der täglichen Arbeit bedeutet das, klare Leitplanken zu setzen. Wir lachen mit Menschen, nicht über sie. Wir bevorzugen kurze Begegnungen von zwanzig bis dreißig Minuten, die sich in den Wochenrhythmus einfügen, und wir verstärken den Effekt durch Mikro-Momente im Alltag: ein kurzer Satz beim Eindecken, eine mimische Bestätigung beim Transfer, ein leises gemeinsames Summen vor der Mundpflege. Wir suchen gezielt nach biografischen Anknüpfungen – ein Sprichwort, eine Liedzeile, eine frühere Rolle – und lassen die Pointe zugunsten der Vertrautheit zurücktreten. Die Durchführung liegt überwiegend bei den Betreuungsteams, die Pflege bindet Humor mikrodosiert in bestehende Routinen ein.

Wie fühlt sich das an? Stellen Sie sich einen „Markttag“ im Kleinformat vor: Ein farbiges Tuch wird zum Marktstand, zwei alltägliche Gegenstände – eine Zitrone und ein Holzlöffel – werden zu Gesprächsanlässen. Ein kurzes Augenzwinkern („Die Zitrone ist heute frech, sie kitzelt in der Nase“), ein gemeinsamer Reim zum Ausklang, und schon ist ein kleiner Kreis in Bewegung. Oder denken Sie an einen leichten Filzhut, der in Zeitlupe kippt: Die Gruppe folgt mit Blicken, ein sanftes „Uih!“ entsteht wie von selbst. Manchmal genügt eine Atem-Lach-Folge: zwei ruhige Atemzüge, ein leises „Ha-ha“ auf dem Ausatmen, wiederholen, dann eine vertraute Liedzeile – die Handlungen werden verlangsamt, Anspannung weicht. Auch Sprache lässt sich humorvoll öffnen: Ein bewusst „falsch“ begonnenes Sprichwort ruft freundliche Korrekturen hervor („Morgenstund hat... Kaffee im Mund?“), das schafft Erfolgserlebnisse und Zugehörigkeit. Und wo große Worte nicht passen, kann eine „Zauber-Serviette“ helfen, die für zwei Sekunden verschwindet und wieder auftaucht – gemeinsam gezählt, gemeinsam gestaunt. Solche Miniaturen sind BPSD-sensibel, desinfektionsfreundlich, und sie fügen sich in die § 43b-Zeitfenster, sodass Pflege nicht zusätzlich belastet wird.

Auch Rituale tragen – gerade dort, wo Hektik entsteht. Eine kurze, wiederkehrende Begrüßung im Speisesaal („Heute essen wir den Tag ein Stück leichter – Löffel hoch!“) setzt einen freundlichen Ton. Die Mundpflege beginnt mit einem stets gleichen, leisen Scherz („Die Zahnbürste ist heute im Sonntagstempo – sie singt mit“). Ein kleiner Reim vor dem Aufstehen markiert den Übergang und gibt Halt. Diese Rituale stabilisieren und entkrampfen, ohne zusätzliche Dienstzeit zu beanspruchen. Zwei kurze Vignetten mögen das greifbar machen: Bei Frau L., 87, die abends unruhig wird, führt ein täglich gleiches „Küchenschluss-Ritual“ – Geschirrtuch falten, leiser Reim, ein Augenzwinkern – innerhalb von zwei Wochen zu spürbar ruhigeren Einschlafphasen; die Pflege meldet weniger Interventionen im Spätdienst. Herr L., 81, apathisch und kaum sprachlich ansprechbar, reagiert auf zweimal wöchentlich zehn Minuten Pantomime mit einem Filzhut und einem leisen „Ha-ha“ auf dem Ausatmen: Nach vier Treffen gibt es Blickkontakt und ein zartes Schmunzeln, Transfers gelingen leichter, weil der Hut zu einem verlässlichen Anker geworden ist.

Einführung im Pflegeheim – 8-Wochen-Pilot (kompakt)

Damit sich Humor nicht wie „noch ein Projekt“ anfühlt, braucht der Start Schlantheit und Wiederholbarkeit. Ein Beschluss im Team – Humor als Haltung – schafft Orientierung, ein Informationsblatt für Angehörige sorgt für Transparenz. In der Vorbereitungswoche findet eine Basisschulung für die Betreuungskräfte statt: Ethik und Grenzen, Methodenhandwerk, Sicherheit und Abbruchkriterien, dazu ein kurzer Block zur Dokumentation und Evaluation. Eine kleine, desinfizierbare Materialkiste reicht völlig aus. Gleichzeitig erheben wir Basiswerte: eine Kurzfassung der CMAI zur Agitation und eine zehnminütige Affekt-Stichprobe, in der Lächeln, Blickkontakt und Mitmachen gezählt werden.

In den ersten sechs Wochen laufen zwei Gruppen je Woche mit zwanzig bis dreißig Minuten, ergänzt um gezielte Einzel-Kurzbegegnungen bei apathischen Bewohner:innen. Mikro-Momente im Alltag setzen täglich kleine Akzente. Nach jeder Einheit genügt eine knappe Notiz: Wer war dabei, was fiel auf, gab es besondere Reaktionen? In Woche sieben und acht wiederholen wir die Messungen, hören auf das Team und entscheiden gemeinsam, welche Elemente verstetigt werden. Realistisch erwartet werden darf eine spürbare Abnahme von Agitation und ein Zuwachs an positiven Affektmomenten. Depressionsscores können sich verbessern, müssen es aber nicht – diese Ehrlichkeit schützt die Maßnahme und hält den Blick auf das, was im Alltag zählt.

Einführung im Krankenhaus – klarer Korridor für Klinikclowns

In der Klinik bewähren sich klare Korridore. Klinikclowns kommen terminiert, erhalten am Vortag eine Patientenliste mit Hinweisen zu Kontraindikationen und melden sich zu einem kurzen Hygiene-Check-in. Besonders sinnvoll sind Einsätze in der prä- und perioperativen Phase, auf der Geriatrie, in der Onkologie und während langer, monotoner Behandlungen wie der Dialyse. Ein „Nein, danke“ wird konsequent respektiert; bei frischen Traumata, akuter psychotischer Angst und strenger Isolation wird nicht gespielt. Der Effekt wird mit zwei Zahlen pro Kontakt messbar gemacht: einer Angstskaala vor und nach der Begegnung. So bleibt die Rückmeldeschleife kurz, die Integration in die Stationsroutine unkompliziert, und der Nutzen – weniger Angst, bessere Kooperation, positivere Atmosphäre – wird sichtbar, ohne die Teams zusätzlich zu binden.

Minimal-Monitoring – sichtbar, aber schlank

Wirkung muss erkennbar sein, ohne Papierberge zu erzeugen. Für das Heim reicht ein Minimal-Set: die Kurzform der CMAI zur Agitation am Anfang und nach sechs bis acht Wochen sowie eine standardisierte Affekt-Stichprobe, in der für zehn Minuten gezählt wird, wie oft Lächeln, Blickkontakt oder aktives Mitmachen auftreten. In der Klinik genügen zwei Werte pro Begegnung – die Angstskala unmittelbar vor und nach dem Clown-Kontakt. Ergänzt wird das durch ein einfaches Teambarometer: „Hilft der Einsatz meinem Arbeitsalltag?“ – beantwortet auf einer kurzen Skala. Dieser Dreiklang hält die Maßnahme auf Kurs, ohne neue Bürokratie zu schaffen.

Fortbildung – genau so viel, wie trägt

Fortbildung ist hier kein Selbstzweck, sondern die Sicherung der Qualität bei minimalem Aufwand. In der Basisschulung werden in acht Unterrichtseinheiten die Grundhaltung („mit, nicht über“), die Wirkprinzipien und die wichtigsten Methoden vermittelt – von biografiebezogenen Themen über Requisiten und Musik bis hin zu sanften Lachübungen. Sicherheit hat Priorität: Kontraindikationen, Deeskalation und klare Abbruchkriterien werden ebenso geübt wie die knappe, aussagekräftige Dokumentation.

Ein Aufbaukurs vertieft das Handwerk für herausfordernde Situationen: Wie holen wir apathische Menschen ab, wie dämpfen wir Agitation, wie binden wir Angehörige sinnvoll ein, und wie schützen wir die eigene Resilienz? Für Pflegefachpersonen genügt meist ein kurzes Mikrotraining, das zeigt, wie sich dreißig bis neunzig Sekunden Humor in bestehende Routinen bringen lassen – mit gutem Timing, klaren Grenzen und sicheren Abbrüchen. Leitungen erhalten einen kompakten Baustein zu Zielen, Kennzahlen, Dienstplanung, Feedbackkultur sowie Risiko- und Ethikfragen. Und für Klinikclowns ist ein schlankes Onboarding vorgesehen: Hygiene, Datenschutz, Wegeführung, Indikationskorridor und die konsequente „Nein-Danke“-Regel. Für PDL, Stations- und Bereichsleitungen ist Humor damit ein organisationsnaher Entlastungshebel: Dienstplanung, § 43b-Ressourcen und Qualitätskennzahlen greifen ineinander, ohne zusätzliche Bürokratie.

Ethik, Sicherheit, Kultur – rote Linien

Humor dient Beziehung und Entlastung – er ersetzt niemals Diagnostik oder Therapie. Spott, Beschämung und Überfahren sind tabu. Bei Delir, frischer Trauer und akuter Angst gilt: zuerst stabilisieren, dann – wenn überhaupt – leisen Humor anbieten. Weil Humor kultur- und biografiegefärbt ist, arbeiten wir konsequent mit Anknüpfungen an Vertrautes: Dialektfloskeln, alte Werbeslogans, Liedzeilen, frühere Rollen. Alles bleibt freiwillig, und ein Nein wird als Form der Selbstbestimmung respektiert.

Skepsis im Team – so nehmen wir sie mit

Erschöpfte Teams brauchen Klarheit. Die Botschaft lautet: Wir versprechen keine Wunder. Wir schaffen kleine, regelmäßige Momente, die Abläufe ruhiger machen, und wir messen ehrlich, ob es uns hilft. Die Last liegt bei den § 43b-Teams und in klar definierten Clown-Slots, nicht zusätzlich auf den Schultern der Pflegefachpersonen.

Was nicht passiert, wird ebenso klar benannt wie das, was passiert: keine Zusatztermine für die Pflege, kein Zwang, keine Show; dafür kurze Rituale, klare Abbruchkriterien und ein schlankes Monitoring. So entsteht Vertrauen – und Luft für die Kernpflege.

Was heißt das konkret für die gerontopsychiatrische Langzeitpflege?

Setzen Sie Humor dort an, wo Reiz- und Belastungsspitzen entstehen: beim Aufstehen, in der Körperpflege, vor den Mahlzeiten und in den Übergaben am Nachmittag. Rituale tragen weiter als Regeln: ein wiederkehrender Satz, eine kleine Geste, eine leise Melodie. Biografie schlägt Pointe: Mundart, Lieblingslied, frühere Rolle. Und messen Sie das Einfache – Agitation und gelungene Affektmomente –, denn genau daran zeigt sich der Nutzen im Alltag.

Fazit – Bewährtes, richtig umgesetzt

Humor ist alte Pflegekunst und moderne Zusatzintervention. In der Demenzpflege **dämpft** er Unruhe und **mehrt** positive Affekte; im Krankenhaus **senkt** er Angst. **Leise, regelmäßig, biografiebezogen** eingeführt, wirkt er – messbar und würdevoll. So bleibt Humor, was er immer war: ein schlichtes, starkes Mittel, das Menschen **verbindet** und Teams **entlastet**.

Kernauswahl an Studien (zur Orientierung)

- Sun X et al. (2023): *The impact of humor therapy on people suffering from depression or anxiety* (Integratives Review, n = 29 Studien).
- Low LF et al. (2013/2014): SMILE-Trial (35 Heime): *Agitation* ↓, *Happiness* ↑, Depressionsprimärziel verfehlt.
- Zhao J et al. (2019): Meta-Analyse RCTs – Humor/Lachen: **klein-mittel** auf Depression/Angst (längere Interventionen vorteilhaft).
- Übersichten zu Klinikclowns (versch. Settings): robuste **Angstreduktion** v. a. prä-/perioperativ, hohe Akzeptanz.

Tobias Münzenhofer

11.07.2025



Nicht-medikamentöse Therapie und Begleitung bei Menschen mit Demenz

– Ansätze zwischen Evidenz und Beziehung

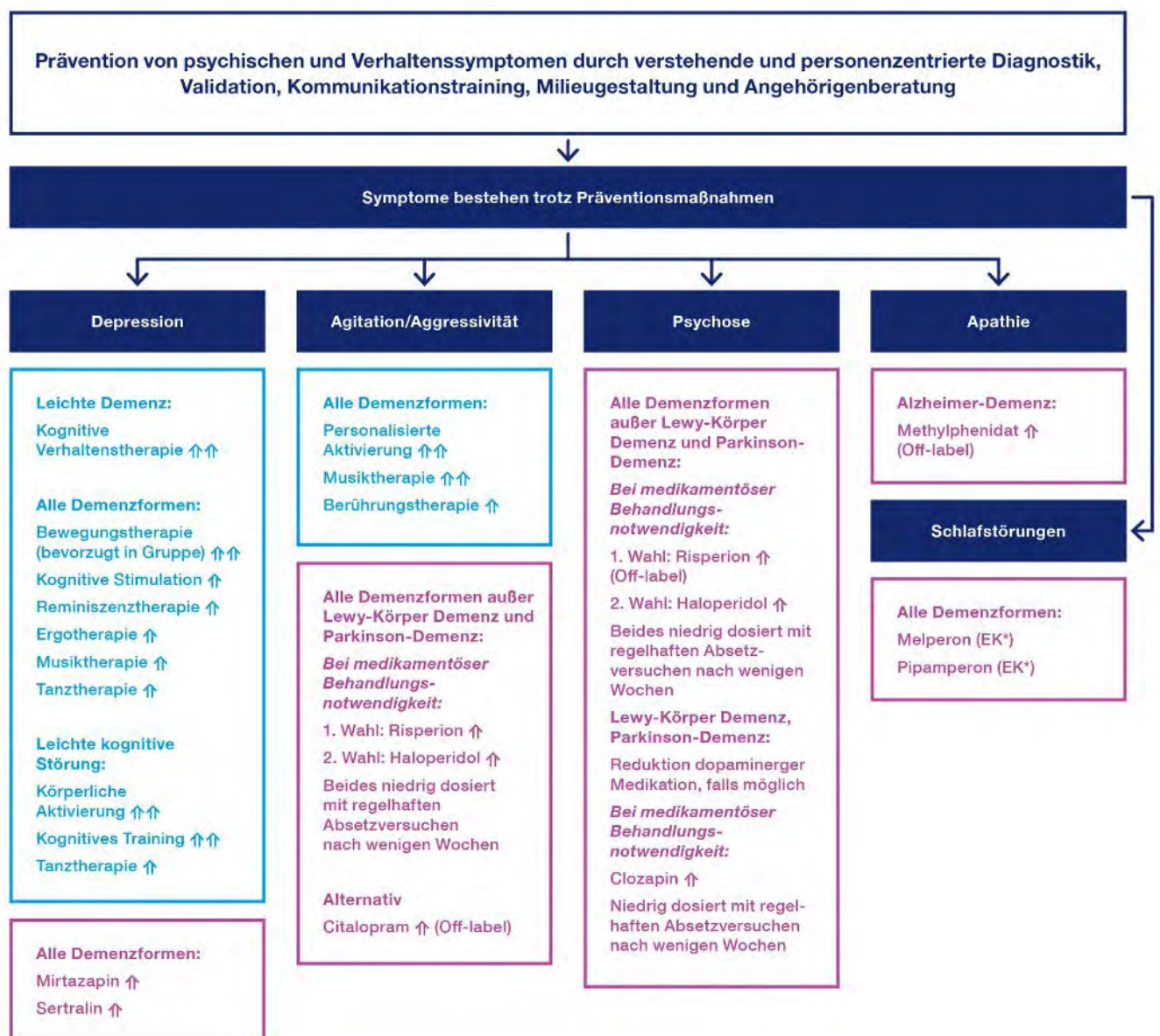
Demenz zählt heute zu den häufigsten und komplexesten geriatrischen Erkrankungen, die neben Gedächtnisverlust auch erhebliche Auswirkungen auf das soziale Umfeld und die Alltagsbewältigung haben. Hinzu kommt, dass „Demenz“ keine einheitliche Diagnose darstellt. Vielmehr handelt es sich um einen Oberbegriff für verschiedene neurokognitive Störungen wie Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, Lewy-Body-Demenz oder frontotemporale Demenz – mit jeweils sehr unterschiedlichen Ausprägungen hinsichtlich Kognition, Verhalten und Verlauf. Daraus ergeben sich auch völlig unterschiedliche therapeutische Konsequenzen – sowohl medikamentös als auch nicht-medikamentös. Die Wahl einer passenden Intervention erfordert daher eine differenzierte Diagnostik und ein hohes Maß an klinischer Erfahrung.

Ein weiteres zentrales Thema ist die Depression im Alter: Bei 30–45 % der Pflegeheimbewohner besteht eine behandlungsbedürftige Depression, die häufig mit demenziellen Symptomen verwechselt wird. Tatsächlich leiden bis zu 50 % der Menschen mit Demenz unter depressiven Symptomen wie Apathie, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen oder sozialem Rückzug.

Die therapeutische Begleitung muss diesen psychischen Symptomen Rechnung tragen, wobei Schlafförderung eine besondere Rolle spielt: Schlechter Schlaf verschärft psychische Störungen, erschwert die Kommunikation und erhöht das Risiko für Delir.

Die S3-Leitlinie Demenzen (2023) gibt zahlreiche evidenzbasierte Empfehlungen für nicht-medikamentöse Interventionen, insbesondere bei Verhaltenssymptomen und zur

Prävention und Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen



Bildquelle: S3-Leitlinie Demenzen. AWMF

*EK: Expertenkonsens

Tobias Münzenhofer | LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

E-Mail: info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern | Internet: www.lichtblicke-demenzstrategie.bayern

Förderung der Lebensqualität. Doch deren Umsetzung erfordert in der Praxis mehr als bloße Anwendung von Methoden. Entscheidend für den Therapieerfolg ist die Beziehungsgestaltung zwischen Betroffenen und Pflegepersonen. In diesem Beitrag werden evidenzbasierte Ansätze, theoretische Hintergründe und konkrete Beispiele aus der Pflegepraxis miteinander verknüpft, um das Potenzial nicht-medikamentöser Maßnahmen zu verdeutlichen.

Analyse evidenzbasierter Interventionen

Die S3-Leitlinie betont, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen häufig die erste Wahl bei herausfordernden Verhaltenssymptomen (BPSD) und zur Förderung von Wohlbefinden darstellen sollten. Im Fokus stehen individuelle, biografisch und bedürfnisorientierte Maßnahmen, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren.

Musiktherapie wirkt stimmungsstabilisierend, angstlösend und kann agitiertes Verhalten deutlich reduzieren. Studien zeigen, dass vor allem biografisch bedeutsame Musik Erinnerungen weckt und emotionale Zugänge eröffnet – selbst bei fortgeschrittener Demenz. Der Einsatz kann sowohl rezeptiv (Musikhören) als auch aktiv (Singen, Trommeln, Tanzen) erfolgen. Gruppenangebote fördern zusätzlich soziale Interaktion.

Bewegungstherapie unterstützt nicht nur die körperliche Fitness, sondern wirkt sich nachweislich positiv auf depressive Symptome, Schlafstörungen und allgemeines Wohlbefinden aus. Empfohlen werden regelmäßige, alltagsnahe Aktivitäten wie Spaziergänge, Gymnastik, Tanzen oder Bewegungsgruppen – angepasst an die individuellen Ressourcen.

Kognitive Aktivierung zielt darauf, spezifische kognitive Fähigkeiten wie Gedächtnis, Orientierung oder Problemlösen durch strukturierte Übungen zu trainieren. Sie eignet sich besonders in frühen Demenzstadien. Kognitive Stimulierung hingegen ist allgemeiner gehalten und umfasst anregende, sinnstiftende Gespräche, Biografiearbeit, kreatives Gestalten oder das gemeinsame Spielen – ideal für mittlere bis spätere Stadien.

Multimodale Ansätze, die z. B. Musik-, Bewegungs- und Aromatherapie kombinieren, gelten als besonders effektiv zur Behandlung von BPSD. Sie sprechen verschiedene Sinneskanäle gleichzeitig an, wirken ganzheitlich und fördern emotionale Stabilität.

Ein häufig unterschätzter Baustein ist die Schlafförderung. Schlechter Schlaf verstärkt Verwirrtheit, Reizbarkeit und depressive Symptome. Die Leitlinie empfiehlt Lichttherapie, schlafhygienische Maßnahmen, tagesstrukturierende Aktivitäten sowie die Vermeidung schlafstörender Reize. Medikamente sollten – wenn überhaupt – nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden.

Ein zentrales Thema bleibt die Depression im Alter, die häufig mit Demenz einhergeht oder verwechselt wird. Nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Tagesstruktur, aktivierende Pflege, soziale Teilhabe und ressourcenorientierte Gespräche gelten als wichtige Säulen der Depressionsbehandlung.

Empowerment und Förderung der Selbstwirksamkeit stellen schließlich den personenzentrierten Anspruch in den Mittelpunkt: Menschen mit Demenz sollen nicht nur betreut, sondern in ihren Möglichkeiten gestärkt und in Entscheidungen einbezogen werden.

Fallbeispiele und praktische Anwendung

Um die Umsetzung dieser Empfehlungen greifbar zu machen, folgen nun exemplarische Fallvignetten aus der Praxis:

Frau Müller (Musiktherapie): 83 Jahre, Alzheimer-Demenz, abendliche Unruhe. Durch tägliche klassische Musik und gemeinsames Singen in der Gruppe sinkt ihr Angstniveau, sie zeigt wieder Interesse an sozialen Kontakten.

Herr Schmidt (Bewegungstherapie): 78 Jahre, vaskuläre Demenz, depressive Symptomatik. Ein individuelles Bewegungsprogramm inkl. Tanzgruppe aktiviert ihn körperlich und sozial. Seine Stimmung verbessert sich sichtbar.

Frau Weber (Kognitive Aktivierung): 80 Jahre, frühe Alzheimer-Demenz. Gedächtnistraining und kreative Gruppenangebote stärken ihr Selbstvertrauen und helfen, mit der beginnenden Vergesslichkeit umzugehen.

Herr Braun (Multimodaler Ansatz): 85 Jahre, Lewy-Body-Demenz, nächtliche Unruhe und Halluzinationen. Ein Therapiekpaket aus Musik, Aromatherapie und Aktivierung zeigt eine deutliche Beruhigung.

*Frau Keller (Depression und Schlafstörung**):**:* 82 Jahre, vaskuläre Demenz mit depressiven Zügen. Strukturierter Tagesablauf, Spaziergänge, Lichttherapie und feste Schlafrituale verbessern Stimmung und Schlaf deutlich.

Herr Fischer (Empowerment): 79 Jahre, fortgeschrittene Demenz. Durch Aufgaben in der Gartengruppe und kleine Alltagsverantwortung (z. B. Gießdienst) erlebt er sich als kompetent und wertgeschätzt.

Diese Praxisbeispiele zeigen, dass evidenzbasierte Maßnahmen nicht theoretisch bleiben müssen. Entscheidend ist die individuelle Passung – abgestimmt auf Biografie, Ressourcen und die aktuelle Situation. Erfolgreiche Interventionen entstehen dort, wo Fachwissen mit Empathie, Flexibilität und Kreativität verbunden wird.

Herausforderungen und praktische Umsetzung

In der Praxis sind Zeitdruck, Personalmangel und strukturelle Begrenzungen häufig Hindernisse für eine individualisierte Begleitung. Umso wichtiger sind multiprofessionelle Teams, klare Verantwortlichkeiten, regelmäßige Fallbesprechungen und die kontinuierliche Schulung des Personals. Auch die Einbindung von Angehörigen und freiwilligen Helfer*innen kann entlastend und bereichernd wirken.

Nicht-medikamentöse Therapie und Begleitung bei Menschen mit Demenz gelingt dann, wenn wissenschaftlich fundierte Empfehlungen mit praktischer Erfahrung und Beziehungsqualität zusammenwirken. Die vorgestellten Interventionen zeigen, dass es möglich ist, Menschen mit Demenz ganzheitlich, empathisch und wirksam zu begleiten – vorausgesetzt, wir nehmen uns Zeit, hören hin und sehen den Menschen hinter den Symptomen.

Theoretische Fundierung der Beziehungsgestaltung

Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz ist mehr als ein methodischer Katalog therapeutischer Angebote – sie ist ein zutiefst zwischenmenschlicher Prozess. Beziehungsgestaltung steht dabei im Zentrum einer professionellen, ethisch begründeten und wirksamen Betreuung. Dieser Abschnitt beleuchtet zentrale theoretische Konzepte wie den person-zentrierten Ansatz von Tom Kitwood, den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (DNQP), sowie kommunikationspsychologische Grundlagen und deren praktische Relevanz.

Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood

Tom Kitwood (1937–1998) revolutionierte das Verständnis von Demenzpflege, indem er das medizinische Defizitmodell durch eine sozialpsychologische Perspektive ergänzte. Sein person-zentrierter Ansatz betont, dass Demenz nicht nur aus kognitiven Verlusten besteht, sondern maßgeblich vom sozialen Umfeld beeinflusst wird. Für Kitwood war klar: Menschen mit Demenz bleiben Personen mit emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen.

Kitwood beschreibt fünf fundamentale Bedürfnisse, die in jeder Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden sollten:

- *Bindung*: Nähe, Sicherheit und Vertrauen erleben dürfen.
- *Einbeziehung*: In Gemeinschaft sein und teilhaben dürfen.
- *Trost*: In Unsicherheit oder Angst Unterstützung erfahren.
- *Identität*: Sich selbst als jemand erleben.
- *Sinn*: Etwas beitragen können, sich gebraucht fühlen.

Wer diese Bedürfnisse wahrnimmt und darauf eingeht, trägt zu einer positiven Personenerfahrung bei – ungeachtet der demenziellen Veränderungen. Kitwood prägte zudem den Begriff der „malignen Sozialpsychologie“, mit dem er unbewusste Formen der Entwürdigung beschrieb, wie z. B. Ignorieren, Infantilisieren oder Kontrollieren von Menschen mit Demenz.

Der Expertenstandard: Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz (DNQP)

Der 2020 veröffentlichte DNQP-Expertenstandard betont, dass Pflegebeziehungen wesentlich zur Lebensqualität und zum Erleben von Menschen mit Demenz beitragen. Beziehungsgestaltung wird hier als bewusste, reflektierte und dialogische Interaktion verstanden, die geprägt ist von Empathie, Respekt, Kommunikation auf Augenhöhe und situativer Sensibilität.

Drei Schlüsselemente guter Pflegebeziehung werden hervorgehoben:

- **Kongruenz:** Authentizität im Verhalten – echt, ehrlich und nachvollziehbar sein.
- **Akzeptanz:** Bedingungslose Wertschätzung – den Menschen annehmen, wie er ist.
- **Empathie:** Einfühlsames Verstehen – sich auf die subjektive Welt des Gegenübers einlassen.

Diese Haltung bildet die Grundlage jeder therapeutischen Beziehung – unabhängig von eingesetzten Maßnahmen. Besonders betont wird, dass nicht das „Was“, sondern das „Wie“ der Interaktion entscheidend ist.

Validation als therapeutisches Mittel ist keine Methode, sondern „Haltung“

Kommunikation mit Menschen mit Demenz erfordert nicht nur Fachwissen, sondern eine hohe Sensibilität für nonverbale Zeichen, Affekte und situative Dynamiken. Zentral ist in diesem Zusammenhang das Prinzip der Validierung. Oft wird Validierung auf die Methode nach Naomi Feil oder Nicole Richard reduziert – doch sie ist viel mehr als eine Technik: Sie ist eine Haltung.

Der Begriff „validieren“ bedeutet im Kern „für gültig erklären“. Etwas für gültig zu halten bedeutet, ein Verhalten als stimmig und nachvollziehbar im Kontext der Person anzuerkennen. Das wiederum setzt Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel voraus: Ich muss versuchen zu verstehen, warum die Person sich so verhält – auf Grundlage ihrer Biografie, Emotionen, Ängste und Bedürfnisse. Erst wenn ich eine Verstehenshypothese habe, kann ich Verhalten annehmen, akzeptieren und darauf sinnvoll eingehen.

Validierung ist damit ein Zugang zu beziehungsstiftender Kommunikation, die nicht korrigiert oder bewertet, sondern verbindet.

Auch Aspekte der gewaltfreien Kommunikation (nach Marshall Rosenberg) lassen sich ergänzend wirksam einsetzen, z. B. in Konfliktsituationen oder zur Deeskalation. B. in Konfliktsituationen oder zur Deeskalation.

Beziehung und Selbstfürsorge – die Rolle der Pflegenden

Beziehungsarbeit ist emotional anspruchsvoll. Wer Menschen mit Demenz einfühlsam begegnen möchte, braucht selbst innere Stabilität. Nur wer bei sich ist, kann für andere da sein. Deshalb sind Selbstreflexion, Supervision, kollegialer Austausch und körperliche wie seelische Selbstfürsorge zentrale Bestandteile professioneller Pflege.

Perspektivenwechsel ist dabei ein Schlüssel: Pflegende sollten sich regelmäßig fragen, welche Annahmen sie über Menschen mit Demenz haben, welche Reaktionen sie selbst auslösen – und wie sie Beziehung aktiv gestalten können.

Pflegebeziehungen sind keine Einbahnstraße. In gelingender Beziehung erfahren auch Pflegende Sinn, Anerkennung und persönliche Weiterentwicklung. Wer Beziehung gestaltet, gestaltet immer auch sich selbst.

Diskussion und Reflexion

Beziehungsgestaltung ist mehr als ein Mittel zum Zweck – sie ist das eigentliche Medium pflegerischen Handelns. Dennoch zeigt sich in der täglichen Praxis häufig ein Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Die Umsetzung einer person-zentrierten, beziehungsorientierten Begleitung steht oft unter Druck struktureller, zeitlicher und personeller Rahmenbedingungen.

Strukturelle Herausforderungen

Pflegekräfte, Betreuungskräfte wie pflegende Angehörige arbeiten häufig unter hohem Zeitdruck und mit personellen Engpässen. Die Komplexität der Demenzversorgung erfordert jedoch gerade Zeit, Geduld und Präsenz. Eine beziehungsorientierte Haltung lässt sich nicht in Checklisten abbilden oder in wenigen Minuten pro Schicht realisieren. Das stellt alle Beteiligten gleichermaßen vor große Herausforderungen. Gleichzeitig mangelt es vielerorts an systematischer Supervision, gezielter Fortbildung und Raum zur Selbstreflexion.

Das Spannungsfeld zwischen Leitlinie und Lebensrealität

Die S3-Leitlinie formuliert evidenzbasierte, auf Wirksamkeit geprüfte Empfehlungen – doch sie kann nicht alle Realitäten des Pflegealltags abbilden. Nicht jede Maßnahme ist in jedem Setting umsetzbar. Gerade in Einrichtungen mit geringer Personaldichte sind kreative, pragmatische Lösungen gefragt. Hier sind Pflegekräfte gefordert, die Grundidee einer Maßnahme – etwa Struktur, Aktivierung oder Beziehung – flexibel umzusetzen, auch wenn das konkrete Format variiert.

Reflexion als Qualitätsmerkmal

Ein Schlüssel zur professionellen Praxis ist die kontinuierliche Reflexion: Was gelingt – und was nicht? Welche Haltungen leiten mich? Welche Bedürfnisse hat der Mensch mit Demenz wirklich – und welche bringe ich selbst ein? Reflexion hilft, Automatismen zu erkennen, Vorurteile zu hinterfragen und Beziehung bewusst zu gestalten. Teambesprechungen, Fallreflexionen, Supervisionen oder auch biografisch angeleitete Pflegevisiten können hier wertvolle Impulse geben.

Professionelle Haltung als Fundament

Evidenz, Erfahrung und Beziehung müssen keine Gegensätze sein. Vielmehr geht es um deren Integration: Die Leitlinie bietet Orientierung, die Praxis fordert Anpassung, und die Beziehung gibt dem Handeln Sinn. Eine professionelle Haltung ist geprägt von Fachwissen, Selbstbewusstsein, Demut und Mitgefühl. Sie erlaubt es, in unübersichtlichen Situationen einen klaren inneren Kompass zu behalten.

Mut zur Menschlichkeit

Pflege von Menschen mit Demenz ist zutiefst menschlich. Sie lebt von Begegnung, Berührung, Humor und Würde. In einem System, das oft von Effizienz und Wirtschaftlichkeit bestimmt ist, braucht es Pflegende, die sich trauen, menschlich zu sein – auch wenn das bedeutet, innezuhalten, Umwege zu gehen oder vermeintlich ineffizient zu handeln. Denn genau das kann den Unterschied machen.

Abschließender Ausblick

Die nicht-medikamentöse Therapie und Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz ist keine Methode, die sich mechanisch umsetzen lässt – sie ist vielmehr ein kontinuierlicher Prozess des Lernens, der Reflexion und der menschlichen Begegnung. Die S3-Leitlinie bietet eine solide Grundlage und betont mit Nachdruck die Wirksamkeit vieler nicht-medikamentöser Interventionen. Doch das eigentliche Potenzial entfaltet sich erst in der Verbindung mit einer professionellen, empathischen, beziehungsorientierten Haltung.

Die Fallbeispiele zeigen eindrucksvoll, wie Theorie in gelingende Praxis übersetzt werden kann – wenn Menschen sich aufeinander einlassen, einfühlsam kommunizieren und bereit sind, individuelle Wege zu gehen. Dabei wird klar: Pflege ist Beziehungsarbeit. Sie braucht Mut, Geduld, Kreativität – und die Bereitschaft, auch sich selbst immer wieder zu hinterfragen.

„Entscheidend ist nicht das ‚Was‘ wir tun, sondern das ‚Wie‘ wir es tun – ob wir wirklich präsent sind, achtsam und ganz da.“

Für die Zukunft braucht es Strukturen, die diese Haltung fördern: Mehr Zeit für Beziehung, regelmäßige Schulungen, Supervision und eine Kultur, die Empathie nicht als Luxus, sondern als Kernkompetenz anerkennt.

Dann wird Pflege nicht nur wirksam, sondern auch menschlich. Und genau das verdient jeder Mensch – mit oder ohne Demenz.

Tobias Münzenhofer

Literaturverzeichnis

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) et al. (2023). S3-Leitlinie Demenzen. AWMF-Register Nr. 038-013.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2020). Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz – Expertenstandard.

04.06.2025

Trauma-sensibler Umgang mit Menschen mit Demenz

– *Leben HIER und JETZT – zwischen gestern und morgen*



Wer alte Menschen in der Pflege und Betreuung begleitet, kennt sie: diese scheinbar rätselhaften Momente, in denen Personen mit Demenz plötzlich anders reagieren, sich zurückziehen, misstrauisch werden oder mit starker Unruhe und Ablehnung auf bestimmte Situationen antworten.

Manches wirkt auf den ersten Blick schlicht „eigenwillig“ oder wird vorschnell als weitere Stufe einer Demenz eingeordnet. Doch wer einen Moment innehält und genauer hinsieht, spürt: Hinter solchem Verhalten steckt mehr.

Gerade in unserer heutigen Zeit, in der Biografien der älteren Generation immer seltener erzählt und reflektiert werden, gerät leicht in Vergessenheit, wie sehr die Vergangenheit noch nachwirkt.

Die Frauen und Männer, die heute in Heimen leben oder zu Hause gepflegt werden, haben als Kinder und junge Erwachsene Krieg,

Flucht, Gewalt, Verluste, massive Not und Entwurzelung erlebt. Jahrzehntlang wurde geschwiegen, vieles verdrängt und doch blieb die Erinnerung – verborgen, aber keineswegs bedeutungslos. Erst jetzt, mit zunehmender Gebrechlichkeit, Hilfsbedürftigkeit oder dem Einzug in eine neue Umgebung, werden alte Wunden wieder spürbar.

Pflegekräfte und Betreuende stehen dadurch vor einer großen, oft unterschätzten Aufgabe. Denn die Symptome einer Demenz, Depression und die Auswirkungen eines lange zurückliegenden seelischen Traumas ähneln sich auf den ersten Blick.

So droht die Gefahr, dass tiefe Verletzungen übersehen und Verhaltensweisen vorschnell als „typisch für Demenz“ oder gar „Altersstarrsinn“ abgetan werden.

Wer aber genauer hinschaut, erkennt: Unverarbeitete traumatische Erlebnisse fordern auch im Alter – und gerade bei Demenz – ihren Tribut. Das Verständnis hierfür ist keine „moderne Modeerscheinung“, sondern baut auf der Erfahrung von Generationen auf: Das, was ein Mensch ertragen musste, prägt ihn – bis ins hohe Alter.

Dieser Artikel will aufzeigen, wie Trauma und Demenz zusammenhängen, wie sich alte Wunden bemerkbar machen und worauf Pflege- und Betreuungskräfte achten sollten.

Denn nur, wenn wir die Vergangenheit nicht vergessen, können wir den Menschen im Hier und Jetzt wirklich gerecht werden.

1. Was ist ein Trauma? Und wo kommt es her?

Ein Trauma ist weit mehr als eine schlechte Erinnerung oder eine schwierige Erfahrung. Im eigentlichen Sinn spricht man von einer seelischen Wunde – ausgelöst durch ein Ereignis, das die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen bei Weitem übersteigt. Während man alltäglichen Stress meist mit eigenen Mitteln begegnen kann, führt ein Trauma in einen Zustand tiefer Ohnmacht und Hilflosigkeit. Der Mensch erlebt eine existenzielle Bedrohung, der er schutzlos ausgeliefert ist, und kann weder fliehen noch sich zur Wehr setzen. Es ist eine Grenzerfahrung, nach der nichts mehr ist, wie es vorher war.

Traumatische Erfahrungen haben viele Gesichter. Besonders die Generation der heute Hochbetagten ist mit einer Lebensgeschichte geprägt, die kaum ein jüngerer Mensch wirklich nachempfinden kann. Der Zweite Weltkrieg, Flucht, Bombennächte, Hunger, Gewalt, der Verlust von Angehörigen oder das Leben als Vertriebene: Solche Erlebnisse haben sich tief in die Seele eingebrannt. Viele Frauen dieser Generation mussten sexualisierte Gewalt und Erniedrigung ertragen, oft schweigend, aus Scham oder Angst vor sozialer Ächtung. Auch spätere Ereignisse – etwa schwere Unfälle, Missbrauch, plötzliche Verluste oder Gewalt in der Familie – können tiefe Spuren hinterlassen. All diese Erfahrungen wirken bis ins Alter fort, selbst wenn sie nie ausgesprochen wurden.

Ein Trauma muss nicht immer durch spektakuläre Katastrophen entstehen. Auch anhaltende emotionale Vernachlässigung, Demütigung oder wiederholte Grenzverletzungen können die seelische Grundfestigkeit eines Menschen erschüttern. Entscheidend ist nicht das äußere Ereignis allein, sondern wie schutzlos und ausgeliefert sich ein Mensch dabei fühlt – und ob er Möglichkeiten findet, das Geschehene zu verarbeiten.

Was in der damaligen Zeit als Überlebensstrategie diente – das Schweigen, das Verdrängen, das Weitermachen um jeden Preis – kann Jahrzehnte später zur Last werden. Die seelischen Wunden sind geblieben, selbst wenn sie lange unsichtbar waren. In einem Alter, in dem die eigenen Kräfte nachlassen und das Leben ruhiger wird, können diese alten Verletzungen plötzlich wieder an die Oberfläche treten, besonders dann, wenn sich äußere Umstände erneut als bedrohlich anfühlen.

Traumata sind nicht selten, sondern gehören zur Lebensrealität vieler alter Menschen in Deutschland. Gerade deshalb ist es so wichtig, genauer hinzusehen und anzuerkennen: Hinter auffälligem oder herausforderndem Verhalten steckt oft ein schweres, nie ganz verwundenes seelisches Erleben. Wer diese Zusammenhänge versteht, kann alte Menschen nicht nur besser begleiten, sondern ihnen auch im hohen Alter noch ein Stück Würde und Sicherheit zurückgeben.

2. Trauma und Demenz – eine unterschätzte Verbindung

Die Verbindung zwischen Trauma und Demenz wird in der Pflegepraxis und auch in der öffentlichen Wahrnehmung noch immer unterschätzt. Dabei zeigt die Erfahrung, dass gerade im hohen Alter seelische Wunden, die jahrzehntelang scheinbar vergessen waren, erneut aufbrechen können – und zwar häufig im Zusammenhang mit dem Verlust von Selbstständigkeit oder beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung. Was viele nicht wissen: Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass schwere, unverarbeitete Belastungen das Risiko für eine spätere demenzielle Erkrankung erhöhen können.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Alter deutlich häufiger an Demenz erkranken als Menschen ohne diese Vorgeschichte. Die ständige innere Alarmbereitschaft, das ständige „Auf-der-Hut-sein“, führt zu einer Überlastung bestimmter Hirnregionen, insbesondere des Hippocampus, der für das Gedächtnis verantwortlich ist. Hinzu kommt, dass Betroffene oft unter Depressionen, Schlafstörungen und anderen Risikofaktoren leiden, die ihrerseits den geistigen Abbau beschleunigen können.

Aber auch unabhängig vom Demenzrisiko ist die Wechselwirkung zwischen Trauma und Demenz bedeutsam. Demenz führt dazu, dass die Kontrolle über Erinnerungen, Gefühle und das eigene Verhalten nachlässt. Viele Menschen, die ihr Leben lang mit ihren Erfahrungen „fertig geworden“ sind, verlieren im Alter genau diese Schutzmechanismen. Plötzlich reichen neue Belastungen, Veränderungen im Alltag oder der Verlust der vertrauten Umgebung aus, um alte Ängste wieder lebendig werden zu lassen. Das kann sich in Form von starker Unruhe, Ängsten, aggressivem oder abwehrendem Verhalten äußern – Symptome, die auf den ersten Blick als typische Demenzanzeichen erscheinen, aber eigentlich Ausdruck einer alten Verletzung sind.

Oft sind es unscheinbare Auslöser, sogenannte Trigger, die diese Reaktionen hervorrufen: ein bestimmter Geruch, ein Geräusch, eine Berührung, ein strenger Ton oder auch nur die Erfahrung, ausgeliefert zu sein. Gerade im Pflegealltag ist die Gefahr groß, dass solche Reize unabsichtlich gesetzt werden – etwa, wenn Pflegenden in den persönlichen Raum eindringen, ohne sich vorher anzukündigen, oder wenn Routinehandlungen wenig erklärt werden.

Wer diese Zusammenhänge erkennt, sieht mit anderen Augen auf die Menschen, die er pflegt. Die Geschichte, die hinter einer plötzlichen Panikattacke oder einer scheinbar grundlosen Aggression steht, lässt sich oft nicht mehr in Worte fassen – und doch wirkt sie nach.

Es ist unsere Aufgabe, das Unsichtbare zu sehen und dem Erlebten mit Respekt zu begegnen, anstatt es vorschnell der Krankheit Demenz zuzuschreiben. Nur so kann Pflege menschlich und würdevoll bleiben.

3. Wie zeigt sich ein Trauma im hohen Alter und bei Demenz?

Die Spuren eines Traumas sind im hohen Alter oft nicht auf den ersten Blick zu erkennen. Sie zeigen sich nicht immer als klare, nachvollziehbare Symptome, sondern verbergen sich hinter einem breiten Spektrum von Verhaltensweisen und Gefühlslagen, die zunächst wenig miteinander zu tun haben, scheinen. Gerade im Zusammenhang mit Demenz verschwimmen die Grenzen weiter – viele Anzeichen einer Traumatisierung werden als „typisch für Demenz“ abgetan oder schlichtweg übersehen.

Die Reaktionen eines traumatisierten Menschen im Alter sind vielschichtig. Nicht selten treten plötzlich starke Ängste oder Unruhe auf, ohne dass ein offensichtlicher Anlass erkennbar wäre. Manche Menschen wirken apathisch, ziehen sich zurück, werden still oder gar depressiv. Andere reagieren mit Abwehr, Aggression oder auffälligem Misstrauen gegenüber Pflegenden und Mitbewohnern. Körperliche Symptome wie Herzrasen, Atemnot oder unerklärliche Schmerzen sind keine Seltenheit und werden oft als altersbedingt oder psychosomatisch abgetan.

Insbesondere für Menschen mit Demenz stellt sich die Situation noch schwieriger dar: Mit dem Nachlassen der kognitiven Kontrolle verschwimmen die Grenzen zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Erinnerungen an das traumatische Ereignis drängen sich nicht als bewusste Gedanken auf, sondern kehren als diffuse Gefühle und körperliche Reaktionen zurück. Ein bestimmter Geruch, ein Geräusch, eine Berührung im Rahmen der Pflege reicht aus, um „alte Filme“ im Inneren der Betroffenen ablaufen zu lassen – sie erleben Panik, Hilflosigkeit oder Scham so unmittelbar, als geschehe alles erneut.

Solche sogenannten „Trigger“ sind im Pflegealltag allgegenwärtig. Es kann der Gang über einen langen Flur sein, der an eine Fluchtsituation erinnert, das Geräusch einer zuschlagenden Tür, das Schreien aus einem anderen Zimmer oder die Hand, die sich ohne Vorankündigung nähert. Für die Pflegenden ist es oft nicht nachzuvollziehen, was genau die Angst oder Abwehr ausgelöst hat. Umso wichtiger ist es, achtsam zu beobachten und solche plötzlichen Veränderungen im Verhalten nicht vorschnell als „Symptom der Demenz“ abzutun.

Nicht zu vergessen ist auch, dass alte Traumata in besonderen Lebensphasen und bei einschneidenden Veränderungen – etwa nach einem Sturz, beim Umzug ins Heim oder nach dem Verlust eines Angehörigen – mit aller Wucht zurückkehren können. Die Belastungen des Alters, das Gefühl des Ausgeliefertseins oder der Verlust von Kontrolle wirken wie ein Katalysator. Gerade dann braucht es ein besonderes Maß an Einfühlungsvermögen und Geduld im Umgang.

Wer als Pflegekraft oder Betreuende solche Reaktionen erkennt und ernst nimmt, kann dazu beitragen, die Situation für die Betroffenen zu entschärfen und ihnen ein Stück Sicherheit zurückzugeben. Es ist eine Aufgabe, die nicht immer leicht fällt, aber am Ende für alle Beteiligten zu mehr Ruhe, Verständnis und echter Würde im Pflegealltag führt.

4. Wie erkenne ich eine Traumatisierung? – Hinweise für die Pflegepraxis

Die Erkennung einer Traumatisierung im hohen Alter – insbesondere bei Menschen mit Demenz – erfordert einen wachen Blick und ein feines Gespür. Denn die Betroffenen selbst können oft nicht mehr von ihren Erlebnissen berichten. Was bleibt, sind ihre Reaktionen und Verhaltensweisen. Das Problem: Viele dieser Zeichen sind unspezifisch und werden im hektischen Pflegealltag leicht übersehen oder falsch eingeordnet.

Woran lässt sich also eine Traumatisierung erkennen? Es sind meist die kleinen, aber wiederkehrenden Hinweise: Plötzliche Ängste, scheinbar grundlose Panik, ein auffallendes Abwehrverhalten bei bestimmten pflegerischen Handlungen oder intensive Unruhe, die in keinen Zusammenhang zu bringen ist. Auch eine ausgeprägte Scham, starke Schreckhaftigkeit oder ungewöhnliches Misstrauen gegenüber Pflegenden sind Warnzeichen. Ebenso kann ein Mensch, der sich plötzlich zurückzieht, verstummt oder ohne erkennbaren Grund aggressiv reagiert, eine alte Verletzung „mit sich herumtragen“.

Besonders aufschlussreich ist das Verhalten in Situationen, die das Gefühl von Ausgeliefertsein, Kontrollverlust oder Hilflosigkeit hervorrufen – etwa bei der Intimpflege, beim Waschen, beim Umkleiden oder in Momenten, in denen Nähe unvermeidbar ist. Hier zeigen traumatisierte Menschen oft deutlich mehr Abwehr, Unruhe oder gar Panik als andere.

Da die wenigsten alten Menschen – und erst recht Menschen mit Demenz – offen über ihre Erlebnisse sprechen können, ist die biographische Arbeit wichtig. Hinweise auf Kriegskindheit, Flucht, Vertreibung oder frühe Verluste finden sich oft schon im Geburtsjahr, Wohnort oder durch Gespräche mit Angehörigen. Nicht immer ist eine gezielte Nachfrage möglich oder sinnvoll, besonders wenn die Gefahr einer Retraumatisierung besteht. Aber wer sensibel für die biographischen Umstände bleibt und aufmerksam beobachtet, erkennt oft schnell, dass hinter dem Verhalten mehr steckt als „nur“ eine Demenz.

Im Pflegealltag ist es hilfreich, eigene Beobachtungen im Team zu teilen. Was einer Pflegekraft auffällt, mag anderen entgangen sein. So kann sich im Austausch ein schärferes Bild ergeben und die Pflege entsprechend angepasst werden. Entscheidend ist, Verhalten nicht vorschnell zu deuten, sondern immer offen zu bleiben für die Möglichkeit, dass eine alte Wunde im Spiel ist.

Kurzum: Wer immer wieder auf plötzliche, unerklärliche Verhaltensänderungen, Ängste oder Abwehr stößt, sollte aufmerksam werden – und der Geschichte des Menschen den nötigen Respekt und Raum geben.

5. Ist Trauma ein Demenzrisiko?

Die Forschung der letzten Jahre macht deutlich: Ein unverarbeitetes Trauma ist mehr als eine seelische Last – es kann im Laufe eines Lebens auch das Risiko für eine demenzielle Erkrankung erhöhen. Besonders Menschen, die in ihrer Kindheit oder Jugend schwer belastende Erfahrungen gemacht haben, sind im Alter häufiger von Gedächtnisproblemen und dem Abbau kognitiver Fähigkeiten betroffen.

Die Gründe dafür sind vielfältig und liegen vor allem in den langfristigen Auswirkungen, die ein Trauma auf das Gehirn und den gesamten Organismus hat. Menschen, die schwere seelische Verletzungen erlebt haben, leben häufig über Jahre in einem Zustand erhöhter Anspannung. Ihr Körper ist dauerhaft im Alarmzustand, immer bereit für Flucht oder Abwehr. Diese ständige Stressbelastung beeinflusst nachweislich bestimmte Hirnareale – allen voran den Hippocampus, der für Gedächtnis und Orientierung zuständig ist. Dauerhaft überhöhte Stresshormonspiegel führen zu Veränderungen in der Hirnstruktur und begünstigen so den geistigen Abbau.

Zudem zeigt die Praxis: Viele Traumatisierte leiden im Laufe ihres Lebens an Depressionen, Angststörungen oder Schlaflosigkeit – allesamt Faktoren, die ebenfalls das Demenzrisiko erhöhen. Auch Rückzug, Isolation und eine geringere Teilnahme am sozialen Leben können dazu beitragen, dass die geistige Leistungsfähigkeit schneller nachlässt.

Es gibt aber noch einen weiteren Aspekt: Menschen, die von ihren traumatischen Erfahrungen geprägt wurden, entwickeln oft Überlebensstrategien, die das Trauma im Hintergrund halten – etwa durch Kontrolle, Rückzug oder ständige Wachsamkeit. Wenn diese Strategien im Alter nicht mehr greifen, weil die eigenen Kräfte schwinden oder sich das Leben im Pflegeheim grundlegend verändert, geraten die Betroffenen erneut in einen Zustand der Überforderung. Alte Wunden brechen auf und verstärken die seelische Belastung. Das kann nicht nur den Verlauf einer bestehenden Demenz negativ beeinflussen, sondern auch dazu beitragen, dass eine Demenz überhaupt erst in Erscheinung tritt.

Das bedeutet jedoch keineswegs, dass jeder Mensch mit einer traumatischen Vergangenheit zwangsläufig an Demenz erkrankt. Aber es macht deutlich, wie wichtig es ist, Trauma und seine Folgen im Blick zu behalten und im Pflegealltag zu berücksichtigen. Wer die seelischen Narben ernst nimmt, kann nicht nur das Demenzrisiko mindern helfen, sondern auch dazu beitragen, dass alte Menschen trotz ihrer Vergangenheit mehr Lebensqualität und Sicherheit erfahren.

6. Trauma verstehen und begleiten – aber wie?

Einem Menschen mit einer traumatischen Vergangenheit zu begegnen, verlangt mehr als Mitgefühl – es braucht Wissen, Geduld und eine Haltung der aufrichtigen Wertschätzung. Gerade im Pflegealltag, wo Zeitdruck und Routinen oft den Ton angeben, ist es umso wichtiger, sich immer wieder daran zu erinnern: Jeder Mensch trägt seine Geschichte mit sich. Ein trauma-sensibler Umgang ist kein zusätzlicher „Luxus“, sondern der Schlüssel zu echter Beziehung und Würde.

Das wichtigste Prinzip lautet: Nicht nachforschen, sondern anerkennen. Es ist nicht die Aufgabe von Pflegekräften, alte Wunden „aufzudecken“ oder biografisch zu durchleuchten. Viel entscheidender ist, das Verhalten des Menschen ernst zu nehmen und ihm das Gefühl zu vermitteln: „Sie sind mit Ihrem Erleben nicht allein. Hier sind Sie sicher.“ Wer die Lebenserfahrung und die erlittenen Verletzungen würdigt, ermöglicht es dem Gegenüber, wieder Vertrauen zu fassen – auch wenn viele Details unausgesprochen bleiben.

Im Alltag heißt das: Pflegehandlungen werden angekündigt und erklärt, Nähe wird nie aufgezwungen. Kleine Schritte, etwa das Einholen einer Erlaubnis vor der Körperpflege oder das Klopfen vor dem Betreten des Zimmers, können einen großen Unterschied machen. Transparenz und Vorhersehbarkeit schaffen Sicherheit – besonders für Menschen, die früher Kontrolle und Schutz verloren haben.

Ebenso wichtig ist es, sogenannte Trigger zu vermeiden: Bestimmte Geräusche, Gerüche oder Handlungsabläufe können ungewollt alte Ängste aktivieren. Wer aufmerksam beobachtet, auf welche Situationen ein Mensch besonders sensibel reagiert, kann sein Handeln danach ausrichten. Nicht selten sind es gerade kleine, individuell abgestimmte Maßnahmen – vertraute Musik, ein festes Morgenritual, ein offenes Fenster oder das Bereitstellen eines persönlichen Gegenstands –, die helfen, innere Sicherheit zu stärken.

Ein trauma-sensibler Umgang ist immer ressourcenorientiert. Es gilt, nicht auf die Defizite zu starren, sondern die verbliebenen Stärken und Kompetenzen zu fördern: Die Freude an bestimmten Aktivitäten, das Pflegen von kleinen Aufgaben, das Erinnern an geliebte Menschen oder Erfolge aus der Vergangenheit. Oft hilft es, Angehörige einzubeziehen oder gemeinsam im Team nach Lösungen zu suchen, die im konkreten Fall stabilisierend wirken.

Last but not least: Auch Pflegekräfte haben Grenzen. Niemand muss alles allein auffangen oder lösen. Es ist klug, Unsicherheiten im Team durch Fallberatungen anzusprechen und – wenn nötig – Hilfe von außen einzuholen, zum Beispiel durch Supervision oder psychosoziale Beratung.

Trauma im Pflegealltag mitdenken, heißt vor allem: Mit Respekt und Achtsamkeit begegnen. Was im ersten Moment aufwendig scheint, zahlt sich aus – durch mehr Vertrauen, weniger Konflikte und letztlich eine spürbar bessere Lebensqualität für alle Beteiligten.

7. Was sollten wir besser lassen?

Im Umgang mit traumatisierten Menschen – und besonders im Kontext von Demenz – ist manchmal weniger mehr. Gut gemeinte Maßnahmen können schnell nach hinten losgehen, wenn sie nicht mit dem nötigen Fingerspitzengefühl erfolgen. Vor allem sollten wir darauf verzichten, alte Geschichten aufzurollen oder gezielt nach belastenden Erlebnissen zu fragen. Was damals verschwiegen wurde, hatte seinen Grund – und nicht selten schützen sich die Betroffenen auch heute noch mit aller Kraft vor einer Konfrontation mit ihrer Vergangenheit.

Eine unvorsichtige Nachfrage oder das Insistieren auf biografische Details kann schlafende Hunde wecken und zu einer schmerzhaften Retraumatisierung führen.

Ebenso sollten wir uns davor hüten, auffälliges Verhalten vorschnell als „altersbedingt“ oder „demenztypisch“ abzutun. Wer Unruhe, Rückzug, plötzliche Aggressionen oder auffällige Ängste einfach nur auf das Alter oder die Demenz schiebt, übersieht leicht den eigentlichen Auslöser – und verschließt dem Menschen die Chance auf Erleichterung und Verständnis.

Auch die klassische „Konfrontationstherapie“ ist im Pflegekontext fehl am Platz. Weder sollten wir Menschen absichtlich mit ihren alten Ängsten konfrontieren noch vermeintlich „therapeutisch“ mit Erinnerungen arbeiten, die sie überfordern. Biografisches Arbeiten braucht Fingerspitzengefühl und klare Grenzen. Insbesondere Menschen mit Demenz benötigen Schutz vor einer Überflutung durch unkontrollierbare Gefühle, die sie nicht mehr einordnen oder benennen können.

Nicht zuletzt gilt: Bagatellisieren oder Abwiegeln hilft niemandem weiter. Sätze wie „Das ist doch schon so lange her“ oder „Stellen Sie sich nicht so an“ sind nicht nur respektlos, sondern können altes Leid noch verstärken. Stattdessen braucht es ein ehrliches Zugehen auf den Menschen – und manchmal die Bereitschaft, einfach da zu sein und das Unerklärliche stehen zu lassen.

Es lohnt sich, diese Grundsätze fest im Pflegealltag zu verankern. Sie schützen nicht nur die Betroffenen, sondern geben auch den Pflegekräften mehr Sicherheit im Umgang mit schwierigen Situationen.

8. Wissenschaftlicher Hintergrund und aktuelle Empfehlungen

Die Forschung der letzten Jahre hat klar gezeigt: Traumatische Erfahrungen hinterlassen nicht nur Spuren in der Seele, sondern können auch die biologische Struktur des Gehirns dauerhaft verändern. Vor allem der Hippocampus, der für unser Gedächtnis und die Orientierung wichtig ist, ist nachweislich empfindlich gegenüber chronischem Stress. Wissenschaftler fanden heraus, dass Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Alter häufiger an einer Demenz erkranken als andere. Der ständige Alarmzustand, den das Trauma im Inneren aufrechterhält, führt über die Jahre zu messbaren Veränderungen – sowohl im Hormonhaushalt als auch in der Hirnsubstanz selbst.

Hinzu kommt: Wer traumatisiert ist, leidet häufiger an Depressionen, Schlafstörungen, Angstzuständen und sozialen Rückzug. Diese Faktoren erhöhen zusätzlich das Risiko für eine spätere demenzielle Erkrankung. Studien belegen außerdem, dass besonders einschneidende Erlebnisse – etwa in der Kindheit oder während des Krieges – eine „biografische Hypothek“ darstellen, die im hohen Alter umso deutlicher zum Tragen kommt, wenn eigene Schutzmechanismen versagen.

Aus all diesen Erkenntnissen leitet sich eine klare Empfehlung ab: Trauma und seine Folgen dürfen in der Pflege alter Menschen nicht ausgeklammert werden. Ein traumasensibler Ansatz ist wissenschaftlich geboten und erhöht nicht nur das Wohlbefinden, sondern nachweislich auch die Lebensqualität der Betroffenen.

Im Umgang mit Demenz bedeutet das, Verhaltensänderungen nie vorschnell ausschließlich als Krankheitssymptom zu deuten, sondern immer auch die persönliche Geschichte und die möglichen Auslöser mitzudenken.

Es zeigt sich außerdem, dass eine Stabilisierung und das Schaffen von Sicherheit und Geborgenheit – etwa durch verlässliche Routinen, eine transparente Kommunikation und das Vermeiden von Triggern – weit mehr bewirken können als jede symptomorientierte Therapie. Die Forschung empfiehlt, vorhandene Ressourcen zu aktivieren und Betroffene in ihrer Selbstwirksamkeit und dem „Person-Sein“ zu stärken. Ein behutsamer, respektvoller person-zentrierter Umgang und die interdisziplinäre, kollegiale Zusammenarbeit im Team sind dabei unerlässlich.

Abschließend gilt: Die Auseinandersetzung mit Trauma ist keine zusätzliche Aufgabe, sondern sollte selbstverständlich zum professionellen Selbstverständnis in der Pflege gehören. Wer sich darauf einlässt, eröffnet neue Wege zu einem besseren Verständnis – und zu einem würdigeren Altern für die Menschen, die wir begleiten.

9. Fazit – Verantwortung und Wertschätzung

Die Begleitung alter Menschen war schon immer mehr als bloße Versorgung – sie ist eine Frage der Haltung und des Respekts. Wer sich die Mühe macht, genauer hinzusehen und die Geschichten hinter dem Verhalten zu erkennen, beweist nicht nur Fachwissen, sondern auch Mitmenschlichkeit. Gerade in einer Zeit, in der vieles schneller, lauter und oft auch oberflächlicher wird, bleibt es eine der wichtigsten Aufgaben in der Pflege, die Vergangenheit nicht zu vergessen. Jede seelische Wunde, die ein Mensch im Laufe seines Lebens erlitten hat, verdient Beachtung – auch und gerade dann, wenn Worte dafür fehlen.

Der trauma-sensible Umgang mit Menschen mit Demenz ist keine neue Mode, sondern Ausdruck einer Haltung, die unsere Branche seit Generationen trägt: Es geht darum, Würde zu bewahren, Sicherheit zu vermitteln und Vertrauen wachsen zu lassen. Das gelingt nicht mit schnellen Lösungen, sondern mit Geduld, Ernsthaftigkeit und einer ehrlichen Wertschätzung dessen, was jeder Mensch geleistet und ertragen hat.

Für Pflegekräfte und Betreuende bedeutet das, nie vorschnell zu urteilen, sondern aufmerksam und offen zu bleiben. Nicht jeder Unruhe, jede Angst oder jedes „schwierige“ Verhalten ist Ausdruck der Demenz – manchmal ist es der stumme Schrei einer alten Verletzung. Wer das erkennt, kann Leiden lindern, neue Wege der Begegnung eröffnen und alten Menschen im letzten Lebensabschnitt das schenken, was sie am meisten brauchen: Verständnis, Geborgenheit und ein Gefühl von Heimat.

Es ist an der Zeit, die alten Werte nicht nur zu bewahren, sondern aktiv in den Alltag einzubringen. Mit einem wachen Blick für das Unsichtbare, mit einer offenen Haltung und mit dem Mut, auch das Unausgesprochene zu achten.

Das ist keine leichte Aufgabe – aber sie macht aus Pflege einen echten Beruf, der zu Recht Respekt und Anerkennung verdient.

Praxistipp zum Schluss:

Lassen Sie die Vergangenheit nicht ruhen – sondern geben Sie ihr einen Platz im Pflegealltag. Fragen Sie nicht immer „warum“ – sondern achten Sie auf das „wie kann ich Sicherheit und Würde schaffen?“. So werden Sie nicht nur der Pflege gerecht, sondern auch den Menschen, die Sie begleiten.

„Verstehen kann man das Leben rückwärts; leben muss man es aber vorwärts.“ - Søren Kierkegaard

Tobias Münzenhofer

05.06.2025

© Getty Images/iStockphoto/David Petrus Ibars



Queersensible Pflege in der stationären Altenpflege **– Chancen und Handlungsempfehlungen**

In Pflegeheimen steht der Mensch mit all seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt – das sollte zumindest der Anspruch sein. Jedoch zeigt die Praxis immer wieder, dass gerade Themen rund um sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Pflegealltag häufig unsichtbar bleiben oder gar tabuisiert werden. Dies führt dazu, dass queere Menschen im Alter oft auf Barrieren und Diskriminierungen stoßen, die sich negativ auf ihre Lebensqualität auswirken können. Gerade in Pflegeeinrichtungen, die eigentlich einen sicheren und respektvollen Lebensraum bieten sollten, entstehen dadurch Verunsicherungen und Ängste, die die ohnehin bestehende Vulnerabilität älterer Menschen weiter erhöhen. Viele queere Senior:innen haben in ihrem Leben bereits Diskriminierung erfahren und tragen deshalb oft eine Skepsis oder Angst vor Ablehnung und Ausgrenzung in sich, die im Alter noch einmal besonders belastend werden kann.

Hinzu kommt, dass Pflegeeinrichtungen in der Regel nicht explizit auf queere Lebensrealitäten vorbereitet sind. Oft fehlt den Mitarbeitenden schlichtweg das notwendige Wissen oder eine Sensibilisierung im Umgang mit Vielfalt in Bezug auf sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität.

Die daraus resultierende Unsicherheit kann wiederum zu unbewusster Diskriminierung führen. Queersensible Pflege bietet hier große Chancen, Pflegeheime inklusiver, menschlicher und respektvoller zu gestalten. Ziel muss es daher sein, Strukturen, Prozesse und vor allem die Haltung der Mitarbeitenden so weiterzuentwickeln, dass queere Bewohner:innen sich ebenso willkommen und angenommen fühlen wie alle anderen Menschen in der Einrichtung.

Was bedeutet queersensible Pflege?

Queersensible Pflege geht über eine rein körperliche Versorgung hinaus. Sie berücksichtigt sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität explizit und anerkennt diese als wichtige Teile der persönlichen Identität. Queere Menschen – darunter zählen lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intergeschlechtliche und nicht-binäre Menschen – haben häufig Erfahrungen mit Diskriminierung gemacht. Gerade im Alter kann die Angst vor erneuter Diskriminierung groß sein. Eine queersensible Haltung schafft Vertrauen und Sicherheit und hilft, Diskriminierungserfahrungen zu minimieren oder zu vermeiden. Dabei geht es darum, nicht nur passiv Diskriminierung zu vermeiden, sondern aktiv einen Raum der Akzeptanz und des Verständnisses zu schaffen.

Zudem beinhaltet queersensible Pflege eine reflektierte und kontinuierliche Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen und Vorurteilen. Pflegekräfte lernen, unbewusste Stereotype zu erkennen und kritisch zu hinterfragen. Dies fördert eine respektvolle Interaktion und trägt dazu bei, dass queere Menschen sich ernst genommen fühlen. Queersensible Pflege setzt sich auch bewusst für Sichtbarkeit ein und zeigt deutlich, dass alle Bewohner:innen gleichermaßen willkommen sind und ihre Identität anerkannt wird. Sie bedeutet eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen in seiner Lebensgeschichte und seinen Bedürfnissen, die über rein medizinisch-pflegerische Aspekte hinausgeht.

Herausforderungen in der Praxis

Viele Pflegekräfte fühlen sich unsicher im Umgang mit queeren Bewohner:innen. Häufig fehlt es schlichtweg an Wissen und Verständnis für queere Lebensrealitäten. Zudem existieren in Einrichtungen oft wenig oder keine Strukturen, die queere Menschen sichtbar machen und unterstützen. Dies äußert sich beispielsweise darin, dass Doppelzimmer standardmäßig heteronormativ gedacht und zugeteilt werden, oder dass queere Beziehungen und Intimität kaum Platz finden.

Weiterhin fehlen oft klare interne Leitlinien und Konzepte, wie queersensible Pflege umgesetzt werden kann. Ohne spezifische Vorgaben fällt es Pflegekräften schwer, angemessen und sicher zu handeln, was wiederum zu Unsicherheit und Zögern in der praktischen Umsetzung führt.

Auch fehlen in den meisten Einrichtungen Ansprechpartner:innen oder Vertrauenspersonen, die in schwierigen Situationen beratend zur Seite stehen können.

Ein weiterer Aspekt ist die generelle Tabuisierung und Scham im Umgang mit Themen wie Sexualität und geschlechtlicher Identität im Pflegekontext. Gerade ältere

Generationen, die oft konservativer geprägt sind, empfinden diese Themen als unangenehm oder vermeidbar, wodurch sich Pflegekräfte in einem Spannungsfeld zwischen professioneller Verantwortung und sozialen Normen befinden. Dies erschwert eine offene und inklusive Haltung zusätzlich und kann dazu führen, dass queere Bedürfnisse unbewusst ignoriert oder aktiv unterdrückt werden.

Darüber hinaus fühlen sich Pflegekräfte insbesondere bei der Grundpflege überfordert, wenn es um die Pflege von künstlichen Geschlechtsteilen nach einer Geschlechtsangleichung oder Geschlechtsumwandlung geht. Hier fehlt oft spezifisches Fachwissen, und es besteht eine große Unsicherheit, Fehler zu machen oder die Bewohner:innen unbeabsichtigt zu verletzen. In solchen Situationen ist der Klient selbst häufig der beste Experte, und die Kommunikation und Anleitung durch die betroffenen Personen wird essenziell, um eine würdige und fachgerechte Pflege zu gewährleisten.

Hinzu kommt, dass viele Heimbewohner:innen aus einer Zeit stammen, in der es bis 1994 noch strafbar war, „anders“ zu sein. Aufgrund dieser historischen Erfahrungen verhalten sie sich oft zurückhaltend, in der Hoffnung auf eine vermeintlich „normale“ Behandlung und Pflege. Pflegekräfte hingegen sind teilweise so überfordert und emotional polarisiert, dass in Diskussionen der eigentliche Pflegebedarf in den Hintergrund rückt und stattdessen normative Konflikte dominieren.

Erkenntnisse aus Biografien queerer Menschen im Alter

Die Erkenntnisse aus der Studie „Was queere Biografien über gutes Altern und würdige Pflege verraten“ verdeutlichen, dass queere Senior:innen häufig mit einer doppelten Ausgrenzung konfrontiert sind: Einerseits erleben sie gesellschaftliche Homophobie und Transfeindlichkeit, andererseits erfahren sie altersbedingte Diskriminierung – oft auch innerhalb der LGBTQIA+-Community selbst. Diese doppelte Marginalisierung führt nicht selten zu einem Gefühl der Isolation und zu tief verwurzelt misstrauen gegenüber professionellen Pflegeeinrichtungen.

Zentrale Sorgen betreffen den drohenden Identitätsverlust in der letzten Lebensphase. Viele queere Menschen fürchten, sich in stationären Einrichtungen wieder „verstecken“ zu müssen, um nicht ausgegrenzt oder verletzt zu werden. Besonders trans* Personen äußern Ängste, nach ihrem Tod nicht in Übereinstimmung mit ihrer Geschlechtsidentität behandelt oder bestattet zu werden.

Diese Erfahrungen zeigen: Pflegeeinrichtungen, die nicht aktiv inklusiv sind, werden oft als unsichere Orte empfunden.

Ein weiteres zentrales Thema ist der Verlust sozialer Netzwerke im Alter. Viele queere Menschen leben ohne enge Familienstrukturen, haben jedoch sogenannte „gewählte Familien“ aufgebaut. In traditionellen Pflegekontexten finden diese Bezugspersonen jedoch oft keine Anerkennung – weder rechtlich noch emotional. Dies führt dazu, dass queere Bewohner:innen emotional unversorgt bleiben, auch wenn formale Pflege gewährleistet ist.

Empfehlungen aus der Studie für die Praxis

Die Studie formuliert klare Handlungsempfehlungen:

- **Identität respektieren und sichtbar machen:** Pflegekräfte sollten aktiv nach der Lebensgeschichte und der sexuellen bzw. geschlechtlichen Identität fragen – nicht aus Neugier, sondern aus Fürsorge und Respekt.
- **Pflege als Raum der Zugehörigkeit gestalten:** Wenn Pflegekräfte empathisch und offen handeln, kann Pflege ein sicherer Ort werden, der queere Biografien anerkennt – statt sie zu verletzen.
- **Wahlfamilien einbeziehen:** Pflegeeinrichtungen sollten Strukturen schaffen, in denen gewählte Bezugspersonen als gleichwertige Ansprechpartner:innen eingebunden werden – etwa bei Entscheidungen oder Besuchen.
- **Kreative Ausdrucksformen fördern:** Erinnerungsarbeit, biografisches Erzählen und kreative Aktivitäten helfen, Identität zu stärken und Brücken zwischen Generationen und Lebenswelten zu bauen.
- **Juristische Vorsorge ermöglichen:** Informationen zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sollten LGBTQ-sensibel aufbereitet und kommuniziert werden.

Diese Ansätze ergänzen und vertiefen die bestehenden Handlungsempfehlungen des Artikels – und machen deutlich, dass gute Pflege mehr ist als Hygiene, Sicherheit und medizinische Versorgung. Sie bedeutet, den ganzen Menschen zu sehen – mit seiner Geschichte, seinen Beziehungen und seinem Bedürfnis nach Würde bis zum Schluss.

Praxisorientierte Handlungsempfehlungen

1. Offene Haltung entwickeln

Eine offene Haltung ist das Fundament queersensibler Pflege. Pflegekräfte sollten regelmäßig Raum für Selbstreflexion und Austausch schaffen, um eigene Unsicherheiten oder Vorurteile zu erkennen und zu überwinden. Offene Gespräche im Team, begleitet von Supervision oder kollegialer Beratung, helfen dabei, Vorurteile sichtbar zu machen und konstruktiv zu bearbeiten.

2. Sensibilisierung und Fortbildung der Mitarbeitenden

Pflegeheime sollten kontinuierlich Fortbildungen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt anbieten. Diese sollten sowohl theoretische Grundlagen vermitteln als auch praxisnahe Fallbeispiele behandeln. Externe Expert:innen aus queeren Beratungsstellen oder sexualpädagogischen Einrichtungen können zusätzliche Impulse geben und praxisorientierte Lösungsansätze vorstellen.

3. Sichtbarkeit schaffen

Es ist entscheidend, queere Lebensrealitäten in Pflegeheimen sichtbar zu machen. Dies gelingt beispielsweise durch Materialien wie Poster, Flyer oder thematische Veranstaltungen zum Pride Month. Auch regelmäßige thematische Aktivitäten, etwa Filmabende oder Gesprächsrunden, tragen dazu bei, queere Bewohner:innen sichtbarer und ihre Anliegen hörbarer zu machen.

4. Anamnese und Aufnahmeprozesse anpassen

Aufnahmeprozesse sollten bewusst so gestaltet werden, dass Fragen zu sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität selbstverständlich und respektvoll gestellt werden. Eine standardisierte, wertschätzende Fragestellung schafft Vertrauen und vermittelt den Bewohner:innen, dass ihre Identität anerkannt und respektiert wird.

5. Gestaltung von Wohn- und Lebensräumen

Pflegeheime sollten gezielt auf eine neutrale und flexible Gestaltung von Wohn- und Gemeinschaftsräumen achten. Doppelzimmer sollten so vergeben und gestaltet werden, dass sie unterschiedliche Paar- und Beziehungskonstellationen berücksichtigen. Gemeinschaftsräume sollten zudem neutral und inklusiv gestaltet sein, um eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich alle Bewohner:innen wohlfühlen können.

6. Partnerschaften und Intimität ermöglichen

Pflegeheime sollten Räume schaffen, in denen Partnerschaft und Sexualität in Privatsphäre gelebt werden können. Hierzu gehören klare Regelungen für Privatsphäre in Einzel- und Doppelzimmern sowie spezielle Rückzugsorte für Paare. Pflegekräfte sollten geschult werden, respektvoll mit diesen Themen umzugehen und Bewohner:innen proaktiv bei der Wahrung ihrer Intimsphäre zu unterstützen.

7. Interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern

Die Zusammenarbeit mit externen Expert:innen und Fachstellen sollte institutionalisiert werden. Regelmäßige Kooperationen, gemeinsame Fortbildungen und Beratungen unterstützen Einrichtungen dabei, aktuelle Entwicklungen zu berücksichtigen und queersensible Pflege auf fachlich hohem Niveau umzusetzen.

8. Kommunikation und Austausch fördern

Es ist wichtig, eine offene und wertschätzende Kommunikation zwischen Pflegekräften und Bewohner:innen aktiv zu fördern.

Bewohner:innen sollten ermutigt werden, ihre Bedürfnisse und Erfahrungen frei zu äußern. Der respektvolle Austausch ermöglicht es Pflegekräften, von den Bewohner:innen zu lernen und Pflege individuell anzupassen.

9. Pflege als politische Verantwortung begreifen

Pflegeeinrichtungen sollten sich bewusst sein, dass queersensible Pflege nicht nur eine individuelle, sondern auch eine gesellschaftliche Verantwortung ist. Indem sie eine klare Haltung nach außen vertreten, tragen sie aktiv zur gesellschaftlichen Akzeptanz von Vielfalt bei und stärken das Selbstverständnis ihrer Mitarbeitenden.

Fazit

Queersensible Pflege ist kein Nischen-Thema, sondern ein essenzieller Baustein einer modernen, ganzheitlichen und menschenzentrierten Pflegepraxis. Pflegeeinrichtungen, die sich aktiv und bewusst für eine queersensible Pflege einsetzen, übernehmen eine bedeutende gesellschaftliche Verantwortung. Sie senden ein klares Signal der Akzeptanz und Wertschätzung an alle Bewohner:innen und Mitarbeitenden und tragen entscheidend dazu bei, Diskriminierung und Vorurteile nachhaltig abzubauen.

Eine bewusste und offene Haltung gegenüber sexueller und geschlechtlicher Vielfalt schafft nicht nur ein angenehmes Klima für queere Bewohner:innen, sondern verbessert auch das Zusammenleben aller Bewohner:innen im Heim. Einrichtungen, die sich offen zu Vielfalt bekennen und diese leben, steigern die Lebensqualität und Zufriedenheit ihrer Bewohner:innen und schaffen zugleich eine attraktivere Arbeitsumgebung für ihre Mitarbeitenden.

Die Implementierung einer queersensiblen Pflege ist dabei nicht nur eine Frage von Professionalität, sondern auch von Empathie und Menschlichkeit. Sie fordert Pflegekräfte dazu auf, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln und eine Haltung des lebenslangen Lernens einzunehmen. Pflegekräfte gewinnen dabei an Selbstvertrauen, Kompetenz und Zufriedenheit, da sie befähigt werden, mit Vielfalt und den unterschiedlichen Bedürfnissen ihrer Klient:innen souverän umzugehen.

Jede Einrichtung, die sich auf den Weg der queersensiblen Pflege begibt, leistet zudem einen wichtigen Beitrag zu einer inklusiveren Gesellschaft. Sie hilft dabei, die Geschichte von Diskriminierung und Stigmatisierung queerer Menschen sichtbar zu machen und aufzuarbeiten, indem sie offen für alle Lebensentwürfe und Identitäten eintritt. Damit wird das Pflegeheim zu einem Vorbild für eine inklusive Gesellschaft, in der Vielfalt als Stärke und Bereicherung anerkannt wird.

Ein möglicher Wegweiser auf diesem Weg ist das anerkannte Qualitätssiegel "Lebensort Vielfalt" der Schwulenberatung Berlin. Es unterstützt Pflegeeinrichtungen dabei, sich systematisch und nachhaltig für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt zu öffnen.

Das Siegel stellt nicht nur ein Zeichen für die Außenwirkung dar, sondern dient zugleich als Instrument zur Qualitätsentwicklung und -sicherung innerhalb der Einrichtung. Es bietet konkrete Kriterien, Leitfäden und Fortbildungsangebote, die Pflegeheime dabei unterstützen, queersensible Strukturen zu schaffen und weiterzuentwickeln.

Es gilt nun, mutig und konsequent die empfohlenen Handlungsschritte zu ergreifen und Pflegekräfte sowie Bewohner:innen aktiv in den Entwicklungsprozess einzubeziehen. Eine gelingende Umsetzung erfordert Engagement, Entschlossenheit und die Bereitschaft, sich stetig selbst zu reflektieren und weiterzubilden. Pflegeheime, die diesen Weg beschreiten, positionieren sich als fortschrittliche Einrichtungen, die authentisch für die Bedürfnisse aller Bewohner:innen eintreten.

Schließlich sollten alle Mitarbeitenden erkennen, dass queersensible Pflege eine Chance bietet, über das alltägliche Pflegehandeln hinauszuwachsen und echte soziale und kulturelle Veränderungen herbeizuführen. Sie werden so Teil eines wichtigen gesellschaftlichen Wandels, der langfristig dazu beiträgt, Lebensqualität und Zufriedenheit für alle Menschen im Pflegeheim und darüber hinaus zu verbessern. Es ist an der Zeit, queersensible Pflege nicht nur anzuerkennen, sondern aktiv zu gestalten und zu leben.

Tobias Münzenhofer



Recht auf Verwahrlosung in der Langzeitpflege

– Dilemma zwischen Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht

Verwahrlosung in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein Thema, das in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Die demografische Entwicklung in Deutschland führt dazu, dass immer mehr Menschen im hohen Alter auf stationäre Pflege angewiesen sind. Dabei stellt sich die Pflegebranche der Aufgabe, nicht nur medizinische Versorgung sicherzustellen, sondern auch die Selbstbestimmung und Würde der Bewohner zu respektieren. Doch in der Realität begegnen Pflegekräfte häufig Situationen, in denen Bewohner ihre grundlegenden Bedürfnisse wie Körperpflege, Ernährung oder Ordnung in der eigenen Umgebung massiv vernachlässigen. Diese Verwahrlosung kann schleichend beginnen und unbemerkt bleiben oder sehr plötzlich auftreten und akute Interventionen notwendig machen.

Die Frage, wann eine Verwahrlosung noch Ausdruck persönlicher Freiheit und Lebensgestaltung ist oder wann sie eine Gefährdung darstellt, ist keineswegs einfach zu beantworten. Pflegekräfte und Einrichtungsleitungen stehen in einem komplexen Spannungsfeld zwischen der Verpflichtung zur Achtung der Autonomie ihrer Bewohner und ihrer Garantenstellung, die sie zur Abwendung von Gefahren verpflichtet. Dabei bewegen sie sich rechtlich auf einem schmalen Grat: Einerseits darf das Recht auf Selbstbestimmung nicht leichtfertig eingeschränkt werden, andererseits können Unterlassungen in gravierenden Fällen strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen stellt sich auch eine ethische Verantwortung: Wie kann die Würde des Bewohners gewahrt werden, wenn sein Handeln für Außenstehende als unzumutbar oder gefährlich erscheint? Welche Maßnahmen sind erlaubt, welche geboten, und welche könnten die Grenze zum

Übergreif überschreiten? Welche Rolle spielt dabei der mutmaßliche Wille eines eventuell nicht mehr urteilsfähigen Bewohners?

Dieser Artikel möchte Praxisvertretern, Pflegefachkräften und Beratenden eine praxisorientierte Handreichung bieten. Ziel ist es, anhand rechtlicher, ethischer und praktischer Gesichtspunkte aufzuzeigen, wie Verwahrlosung in stationären Einrichtungen professionell und verantwortungsvoll eingeschätzt und bearbeitet werden kann. Es werden die rechtlichen Grundlagen erläutert, die ethische Entscheidungsfindung vorgestellt, typische Praxissituationen dargestellt und konkrete Handlungsempfehlungen gegeben.

Dabei soll deutlich werden: Nicht jede Verwahrlosung ist automatisch eine Gefahr. Nicht jede unkonventionelle Lebensweise verlangt ein Eingreifen. Aber es gibt Situationen, in denen pflegerisches Nichtstun unververtretbar wird – und professionelles, strukturiertes Handeln gefragt ist.

2. Rechtlicher Rahmen

Pflegekräfte in stationären Einrichtungen agieren nicht im rechtsfreien Raum. Ihre Entscheidungen und Handlungen – oder auch ihr bewusstes Unterlassen – sind eingebettet in ein dichtes Geflecht gesetzlicher Bestimmungen. Um Verwahrlosungssituationen rechtssicher und im Sinne der Bewohner zu begegnen, müssen zentrale juristische Grundlagen verstanden und in die tägliche Praxis integriert werden.

2.1 Menschenwürde und Selbstbestimmung (Art. 1, 2, 13 GG)

Das Grundgesetz (GG) bildet den höchsten rechtlichen Maßstab.

- **Art. 1 GG** schützt die Menschenwürde. Diese ist unantastbar und verpflichtet Staat und Gesellschaft, sie zu achten und zu schützen. In der Pflegepraxis bedeutet das: Auch wenn das Verhalten eines Bewohners als "verwahrlost" erscheint, dürfen Pflegekräfte nicht automatisch davon ausgehen, dass ein Eingreifen gerechtfertigt ist.
- **Art. 2 Abs. 1 GG** schützt die freie Entfaltung der Persönlichkeit. Jeder Mensch hat das Recht, sein Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten – auch wenn diese Vorstellungen von gesellschaftlichen Konventionen abweichen.
- **Art. 13 GG** garantiert die Unverletzlichkeit der Wohnung. Im Pflegeheim umfasst dies den persönlichen Bereich eines Bewohners, zum Beispiel das eigene Zimmer. Eingriffe, wie das Aufräumen gegen den Willen eines Bewohners, sind daher nur unter sehr engen Voraussetzungen zulässig.

Diese Grundrechte gelten **uneingeschränkt auch für pflegebedürftige Menschen**. Ein Abweichen ist nur dann gerechtfertigt, wenn eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

2.2 Die Garantenpflicht (§ 13 StGB)

Pflegekräfte haben aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit eine sogenannte **Garantenstellung** gegenüber den ihnen anvertrauten Menschen. Laut § 13 Strafgesetzbuch (StGB) macht sich strafbar, wer es unterlässt, einen Schaden abzuwenden, obwohl er rechtlich dafür einzustehen hat.

Das bedeutet konkret:

- Pflegekräfte dürfen eine beobachtete Selbst- oder Fremdgefährdung nicht ignorieren.
- Sie sind verpflichtet, angemessene Maßnahmen zu ergreifen, um Schaden abzuwenden.

Ein Beispiel: Erkennt eine Pflegekraft, dass ein Bewohner schwer dehydriert ist, muss sie reagieren. Unterlässt sie dies und kommt der Bewohner zu Schaden, kann dies als Körperverletzung durch Unterlassen gewertet werden.

Wichtig: Die Garantenpflicht bedeutet nicht, dass in jedem Fall in das Leben eines Bewohners eingegriffen werden muss. Entscheidend ist stets die Abwägung zwischen Fürsorge und Achtung der Selbstbestimmung.

2.3 Einwilligungsfähigkeit und mutmaßlicher Wille (§ 1901 BGB)

Zentral ist die Frage, ob der Bewohner **einwilligungsfähig** ist:

- Kann er Art, Bedeutung und Tragweite einer Maßnahme erfassen und beurteilen?
- Kann er die Entscheidung auf dieser Grundlage frei und unbeeinflusst treffen?

Ist der Bewohner einwilligungsfähig, muss sein Wille respektiert werden – selbst wenn er aus professioneller Sicht „schädlich“ erscheint.

Fehlt die Einwilligungsfähigkeit, etwa bei schwerer Demenz, richtet sich das Handeln nach dem **mutmaßlichen Willen**:

- Was hätte der Bewohner selbst gewollt, wenn er urteilsfähig wäre?
- Hinweise darauf liefern frühere Äußerungen, Wertehaltungen oder eine Patientenverfügung.

Betreuer oder Bevollmächtigte handeln stellvertretend nach diesen Grundsätzen. Maßgeblich ist § 1901 BGB, der die Pflichten von Betreuern klar regelt: Sie müssen den Wünschen und dem Wohl des Betroffenen Vorrang einräumen.

2.4 Selbstgefährdung und Fremdgefährdung

Pflegekräfte müssen zwischen **Selbstgefährdung** und **Fremdgefährdung** unterscheiden:

- **Selbstgefährdung:** Der Bewohner gefährdet ausschließlich sich selbst, z.B. durch massive Vernachlässigung von Ernährung oder Hygiene.
- **Fremdgefährdung:** Das Verhalten eines Bewohners stellt eine Gefahr für andere dar, z.B. durch Verbreitung von Infektionen bei schweren hygienischen Mängeln.

Nur wenn eine erhebliche Gefährdung vorliegt, dürfen Maßnahmen auch gegen den Willen des Bewohners getroffen werden – und auch dann nur unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit.

Besonderheit:

Fremdgefährdungen rechtfertigen schneller Eingriffe als reine Selbstgefährdungen, da hier der Schutz Dritter zusätzlich zum Schutzauftrag gegenüber dem Bewohner hinzutritt.

3. Wann muss, wann darf eingegriffen werden?

Der Umgang mit Verwahrlosung in stationären Pflegeeinrichtungen stellt Pflegekräfte immer wieder vor die schwierige Entscheidung, ob und wann ein Eingreifen erforderlich oder überhaupt zulässig ist. Dabei geht es nicht nur um pflegerische Abwägungen, sondern auch um rechtliche und ethische Bewertungen. Ziel ist es, Gefahren für Leib und Leben abzuwenden, ohne die Persönlichkeitsrechte der Bewohner unnötig zu verletzen.

3.1 Pflicht zur Intervention bei akuter Gefahr

Besteht eine **akute Gefahr** für den Bewohner oder andere Personen, ergibt sich für Pflegekräfte eine klare Handlungspflicht. Grundlage hierfür ist die Garantenpflicht nach § 13 StGB sowie das Prinzip der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB). Pflegekräfte dürfen nicht untätig bleiben, wenn sie erkennen, dass ein Bewohner in Lebensgefahr schwebt oder schwere gesundheitliche Schäden drohen.

Beispiele für akute Gefährdungssituationen:

- Massive Dehydration bei anhaltender Verweigerung von Flüssigkeitsaufnahme
- Schwere Mangelernährung mit drohendem Organversagen
- Offene, infizierte Wunden durch Vernachlässigung der Körperpflege
- Psychische Zustände, die zu Selbstverletzungen führen könnten

In solchen Situationen ist schnelles, entschlossenes Handeln geboten. Das kann bedeuten:

- Arzt oder Rettungsdienst verständigen
- Angehörige oder gesetzliche Betreuer informieren
- Notwendige pflegerische oder medizinische Maßnahmen einleiten

Je gravierender die Gefahr, desto weniger Spielraum bleibt für Abwarten oder zögerliches Handeln.

3.2 Grenzen der Intervention: Recht auf Verwahrlosung

Anders stellt sich die Lage dar, wenn ein Bewohner bei klarem Verstand Maßnahmen ablehnt und dadurch keine akute Gefahr entsteht. Hier steht die Achtung der **Selbstbestimmung** im Vordergrund.

Beispiel:

- Eine rüstige Bewohnerin weigert sich, täglich zu duschen und trägt mehrfach getragene Kleidung. Sie wirkt ungepflegt, gefährdet aber weder sich selbst noch andere erheblich.

In solchen Fällen dürfen Pflegekräfte keine Zwangsmaßnahmen ergreifen, selbst wenn sie persönlich andere Vorstellungen von Hygiene und Lebensqualität haben. Jede Maßnahme gegen den erklärten Willen wäre ein Eingriff in das Persönlichkeitsrecht und könnte juristisch als Nötigung oder Körperverletzung gewertet werden (§ 223, § 240 StGB).

Praxisregel:

- ➡ Keine unmittelbare Gefahr = Keine Zwangsintervention
- ➡ Stattdessen: Gesprächsangebote, Aufklärung und respektvolle Begleitung

3.3 Vorgehen bei Fremdgefährdung

Liegt eine **Fremdgefährdung** vor – etwa durch extreme hygienische Missstände, die Mitbewohner gefährden –, dürfen Pflegeeinrichtungen entschiedener eingreifen. Dabei sind die gesetzlichen Anforderungen an Eingriffe in den Wohnbereich (Art. 13 GG) zu beachten.

Beispiel:

- Ein Bewohner hortet verdorbene Lebensmittel in seinem Zimmer, was zu einem Schädlingsbefall führt, der andere Bereiche des Hauses bedroht.

In diesem Fall:

- Zunächst versuchen, den Bewohner freiwillig zur Kooperation zu bewegen.
- Bei Weigerung: ggf. richterlichen Beschluss einholen (wenn keine akute Gefahr besteht) oder sofortige Gefahrenabwehr bei „Gefahr im Verzug“.

Wichtig ist immer die Dokumentation der Situation und der Versuche, eine einvernehmliche Lösung zu finden.

3.4 Rolle von Betreuern und gerichtlichen Genehmigungen

Ist ein Bewohner **nicht mehr einwilligungsfähig**, greifen besondere Regelungen:

- Betreuer oder Bevollmächtigte entscheiden stellvertretend.
- Maßnahmen, die die Freiheit erheblich beschränken (z.B. Unterbringung in einem Krankenhaus, Zwangspflege), bedürfen einer **gerichtlichen Genehmigung** (§ 1906 BGB).

Das bedeutet für die Praxis:

- Vor freiheitsentziehenden Maßnahmen muss immer das zuständige Betreuungsgericht eingeschaltet werden.
- Alle Maßnahmen müssen dem mutmaßlichen Willen und Wohl des Bewohners entsprechen.

Besonderheit:

Auch bei betreuten Bewohnern muss immer geprüft werden, ob mildere Mittel möglich sind. Zwang ist nur das letzte Mittel – und nur dann zulässig, wenn keine andere Maßnahme den drohenden Schaden abwenden kann.

4. Ethische Entscheidungsfindung – Die Nimwegener Methode

Pflegekräfte stehen in Verwahrlosungssituationen nicht nur vor fachlichen, sondern oft vor tiefgreifenden ethischen Entscheidungen. Die reine Anwendung gesetzlicher Vorschriften reicht in vielen Fällen nicht aus, um komplexe Fragen zu beantworten, bei denen es um Autonomie, Schutz und Menschenwürde geht. Um eine fundierte und verantwortungsvolle Entscheidung zu treffen, hat sich die sogenannte Nimwegener Methode bewährt, ein strukturierter ethischer Entscheidungsprozess, der insbesondere für Pflegeeinrichtungen geeignet ist.

Am Anfang steht die bewusste Benennung des ethischen Problems. Es genügt nicht, eine praktische Fragestellung zu formulieren, vielmehr muss der moralische Konflikt klar herausgearbeitet werden. Beispielsweise: Dürfen Pflegekräfte eine Bewohnerin, die jede Körperpflege ablehnt, trotz ihrer ausdrücklichen Weigerung zum Waschen bewegen? Die präzise Definition des Problems ist entscheidend, um die weiteren Schritte gezielt einzuleiten.

Im zweiten Schritt werden alle relevanten Fakten umfassend zusammengetragen. Dazu gehören nicht nur medizinische Diagnosen und Prognosen, sondern auch pflegerische Einschätzungen, psychologische Aspekte, soziale Bedingungen sowie rechtliche Rahmenbedingungen. Die Informationssammlung erfolgt dabei

multidimensional, damit alle Teammitglieder auf derselben Wissensbasis diskutieren können. Ziel ist es, die Situation aus möglichst vielen Blickwinkeln objektiv zu erfassen.

Besondere Bedeutung kommt im dritten Schritt der Perspektive des betroffenen Bewohners zu. Die Nimwegener Methode stellt konsequent den Willen und die Werte der betroffenen Person in den Mittelpunkt der Entscheidungsfindung. Ist der Bewohner einwilligungsfähig, muss sein aktueller Wille respektiert werden – auch dann, wenn dieser dem pflegerischen Fachwissen oder den Wertvorstellungen der Pflegekräfte widerspricht. Liegt keine Einwilligungsfähigkeit mehr vor, etwa bei schwerer Demenz, wird anhand biografischer Informationen, früherer Äußerungen oder vorhandener Patientenverfügungen versucht, den mutmaßlichen Willen zu rekonstruieren. Diese bewusste Orientierung an der individuellen Perspektive des Bewohners schützt vor Übergriffen und erleichtert es, Entscheidungen moralisch zu begründen.

Erst danach folgt die gemeinsame Entwicklung von Handlungsempfehlungen im Team. Verschiedene Optionen – vom Abwarten über sanfte Unterstützung bis hin zu behördlichem Einschreiten – werden gegeneinander abgewogen, auf ihre ethische Vertretbarkeit geprüft und im Lichte des Wohls und Willens des Bewohners bewertet. Am Ende steht idealerweise ein Konsens, der klar dokumentiert wird und als gemeinsame Grundlage für das weitere Vorgehen dient. Sollte keine Einigung möglich sein, kann in schwierigen Fällen ein externes Ethikkomitee hinzugezogen werden.

Die Stärke der Nimwegener Methode liegt darin, dass sie Entscheidungen nicht isoliert oder intuitiv trifft, sondern auf ein strukturiertes, partizipatives und wertorientiertes Verfahren setzt. Sie schützt Pflegekräfte vor Überforderung, gibt rechtliche Sicherheit und stellt sicher, dass ethische Fragen in der Praxis nicht unter Zeitdruck oder persönlichen Befindlichkeiten untergehen. Insbesondere bei Verwahrlosungssituationen, in denen Grenzfragen zwischen Autonomie und Fürsorge zu beantworten sind, schafft sie eine verlässliche Grundlage, auf der Entscheidungen getragen werden können – von Bewohnern, Angehörigen und dem gesamten Pflegeteam.

5. Praxisbeispiele aus dem Pflegealltag

Um die abstrakten Prinzipien rund um Verwahrlosung, Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht greifbar zu machen, lohnt sich ein Blick auf konkrete Alltagssituationen aus stationären Pflegeeinrichtungen. Diese Beispiele zeigen, wie unterschiedlich Verwahrlosung auftreten kann und welche verschiedenen Strategien erforderlich sind, um fachlich korrekt und menschlich respektvoll zu handeln.

5.1 Fallbeispiel 1: Herr M. – Stille Verwahrlosung

Ausgangslage:

Herr M., 85 Jahre alt, lebt seit drei Jahren in einer Pflegeeinrichtung. Nach dem Tod seiner Ehefrau zieht er sich zunehmend zurück. Er verliert das Interesse an sozialen Aktivitäten, isst und trinkt unregelmäßig und vernachlässigt seine Körperpflege.

Sein Zimmer ist zunehmend ungeordnet, Kleidungsstücke liegen auf dem Boden, Müll wird nicht entsorgt.

Einschätzung:

- Keine bewusste Ablehnung von Pflegeleistungen
- Symptome einer depressiven Störung
- Selbstgefährdung durch Dehydration und Mangelernährung droht

Intervention:

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung durch feste Bezugspflegekräfte
- Aktivierende Pflege: Trinkangebote, kleine, ansprechende Mahlzeiten
- Einbindung des Hausarztes zur Diagnostik und Behandlung möglicher Depressionen
- Regelmäßige Zimmerpflege mit Zustimmung von Herrn M.

Ergebnis:

Durch kontinuierliche Begleitung und Motivation verbessert sich Herr M.s Zustand. Seine Grundbedürfnisse werden besser erfüllt, ohne dass seine Würde verletzt wird.

5.2 Fallbeispiel 2: Frau T. – Selbstbestimmte Verwahrlosung

Ausgangslage:

Frau T., 75 Jahre alt, lebt seit einem Jahr im Pflegeheim. Sie ist kognitiv klar, jedoch eigenwillig und legt bewusst wenig Wert auf Körperpflege. Duschangebote lehnt sie regelmäßig ab, ihre Kleidung wird selten gewechselt, das Zimmer ist unaufgeräumt.

Einschätzung:

- Volle Einwilligungsfähigkeit
- Keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- Ausdruck einer selbstgewählten Lebensweise

Intervention:

- Motivierende Gesprächsführung: Verständnis zeigen, kleine Kompromissangebote machen („Darf ich Ihnen zumindest die Haare kämmen?“)
- Information über mögliche gesundheitliche Risiken, aber ohne Druck
- Dokumentation der Angebote und Reaktionen

Ergebnis:

Nach längerer Beziehungsarbeit akzeptiert Frau T. gelegentliche Hilfen (z.B. Händewaschen). Ihre grundsätzliche Entscheidung, auf intensive Körperpflege zu verzichten, wird respektiert. Ihre Selbstbestimmung bleibt gewahrt.

5.3 Fallbeispiel 3: Herr B. – Verwahrlosung bei Demenz und Fremdgefährdung**Ausgangslage:**

Herr B., 82 Jahre alt, ist schwer dement. Er sammelt Lebensmittelreste in seinem Schrank, sein Zimmer verströmt einen intensiven Geruch, es kommt zu einem Schädlingsbefall, der andere Bereiche bedroht. Herr B. zeigt kein Verständnis für die Situation.

Einschätzung:

- Keine Einwilligungsfähigkeit mehr vorhanden
- Akute hygienische Fremdgefährdung
- Gefahr für ihn selbst durch mögliche Infektionen

Intervention:

- Einschaltung des gesetzlichen Betreuers
- Beantragung einer gerichtlichen Genehmigung zur Intervention
- Schonende Reinigung des Zimmers unter medizinischer Begleitung
- Sensibler Umgang mit Herrn B. (Validation, beruhigende Begleitung)

Ergebnis:

Die Maßnahmen konnten rechtlich und ethisch sauber abgesichert werden. Nach der Reinigung wird eine engmaschige Beobachtung eingeführt, um erneuten Verwahrlosungstendenzen frühzeitig zu begegnen.

5.4 Erkenntnisse aus den Praxisbeispielen

Diese drei sehr unterschiedlichen Fälle zeigen:

- **Verwahrlosung ist kein einheitliches Phänomen.** Es reicht von depressiv bedingter Vernachlässigung über bewusste Ablehnung von Pflege bis hin zu krankheitsbedingtem Verlust der Urteilsfähigkeit.
- **Die Reaktion muss immer individuell angepasst werden.** Standardrezepte gibt es nicht. Was bei einem Bewohner hilfreich ist, wäre bei einem anderen übergriffig.
- **Der ethische und rechtliche Rahmen ist stets zu beachten.** Eine falsche Einschätzung kann sowohl die Würde des Bewohners verletzen als auch rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Professionelle Pflege bedeutet deshalb, diese feinen Unterschiede zu erkennen und die jeweils angemessene Balance zwischen Nichtstun und Eingreifen zu finden.

6. Handlungsmöglichkeiten und Empfehlungen für die Praxis

Um Verwahrlosung in stationären Pflegeeinrichtungen professionell zu begegnen, müssen Pflegekräfte und Pflegeberater*innen zunächst eine strukturierte Situationsbewertung vornehmen. Dazu gehört die Einschätzung von Körperpflege, Ernährungszustand, Wohnumfeld, sozialen Kontakten sowie der Umgang des Bewohners mit Unterstützungsangeboten. Eine isolierte Beobachtung reicht dabei nicht aus; vielmehr sollten die einzelnen Faktoren im Gesamtzusammenhang betrachtet werden. Nur so lässt sich beurteilen, ob es sich um eine harmlose Abweichung von gesellschaftlichen Normen handelt oder ob eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Entscheidend ist die Unterscheidung: Liegt keine akute Gefahr vor, ist Zurückhaltung geboten. Selbst wenn Pflegekräfte bestimmte Verhaltensweisen als unordentlich, unhygienisch oder unangemessen empfinden, darf ein urteilsfähiger Bewohner grundsätzlich selbst über seinen Lebensstil bestimmen. Besteht jedoch eine erhebliche Gefährdung – etwa durch Mangelernährung, Dehydration oder hygienische Risiken für andere Bewohner –, sind Pflegekräfte verpflichtet zu handeln. Hier kann das Einschalten von Ärzten, gesetzlichen Betreuern oder im Extremfall auch gerichtlichen Instanzen erforderlich sein.

Vor jedem Eingreifen muss die Einwilligungsfähigkeit des Bewohners geprüft werden. Kann die Person Art, Bedeutung und Tragweite einer Maßnahme erfassen und eine freie Entscheidung treffen, so ist ihr Wille grundsätzlich zu respektieren. Ist sie dazu nicht in der Lage, muss der mutmaßliche Wille anhand früherer Äußerungen und Wertvorstellungen ermittelt werden. Hierbei können ärztliche Einschätzungen, Gespräche mit Angehörigen und vorhandene Patientenverfügungen helfen.

Komplexe Fälle sollten nie im Alleingang entschieden werden. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit – etwa mit Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und externen Fachstellen – sorgt für eine umfassende Perspektive und erhöht die Qualität der Entscheidungsfindung. Besonders hilfreich sind strukturierte ethische Fallbesprechungen, etwa nach der Nimwegener Methode, bei denen die Perspektive des Bewohners konsequent in den Mittelpunkt gestellt wird.

Alle Beobachtungen, Einschätzungen, Angebote und Maßnahmen müssen sorgfältig dokumentiert werden. Die Dokumentation dient nicht nur der rechtlichen Absicherung, sondern auch der Nachvollziehbarkeit und Transparenz innerhalb des Teams und gegenüber Dritten.

Ein zentrales Handlungsinstrument bleibt die Kommunikation. Motivierende Gesprächsführung – basierend auf reflektierendem Zuhören, offenen Fragen und Betonung der Autonomie – kann helfen, Widerstände abzubauen und Veränderungen

im Verhalten des Bewohners anzustoßen. Auch Angehörige sollten frühzeitig und partnerschaftlich einbezogen werden, da sie wertvolle Hinweise geben und den Zugang zum Bewohner erleichtern können.

Grundsätzlich empfiehlt es sich, bei der Begleitung von Menschen mit Verwahrlosungstendenzen auf folgende Leitlinien zu achten: Autonomie respektieren, wo immer möglich, aber konsequent handeln, wo akute Gefährdung besteht. Ethische Diskussionskultur im Team fördern und auf rechtliche Maßnahmen nur als letztes Mittel zurückgreifen. Die eigenen Grenzen erkennen und akzeptieren, dass nicht jeder Mensch in eine gesellschaftlich normierte Lebensweise „zurückgeführt“ werden kann oder will.

Pflege bedeutet in diesem Kontext oft nicht, den Bewohner zu verändern, sondern ihn trotz seiner Eigenheiten und Einschränkungen zu begleiten und zu schützen – mit Respekt, Fachwissen und einer Haltung der Achtung gegenüber seiner Würde und Selbstbestimmung.

8. Fazit

Verwahrlosung in stationären Pflegeeinrichtungen fordert Pflegekräfte und Praxisvertreter gleichermaßen heraus: Es geht nicht nur darum, hygienische Standards zu sichern oder Gesundheitsgefahren abzuwenden – es geht immer auch um Grundfragen der Menschenwürde, der Freiheit und der professionellen Verantwortung.

Pflegekräfte bewegen sich dabei auf einem schmalen Grat zwischen zu frühem Eingreifen und dem Risiko des fahrlässigen Unterlassens. Einerseits schützt das Grundgesetz die freie Entfaltung der Persönlichkeit – auch dann, wenn ein Lebensstil für Außenstehende irritierend wirkt. Andererseits verpflichtet die Garantenstellung der Pflege dazu, ernsthafte Gefahren für Leib und Leben nicht zu ignorieren. Dieses

Spannungsfeld verlangt nicht nach schnellen Reflexen, sondern nach klarem, strukturiertem und empathischem Handeln.

Der Schlüssel liegt in einer sorgfältigen Analyse jeder einzelnen Situation: Was genau ist das Problem? Besteht eine reale Gefahr? Ist der Bewohner einwilligungsfähig? Welche Möglichkeiten zur Unterstützung und Begleitung gibt es? Erst wenn diese Fragen beantwortet sind, können Interventionen geplant werden, die die Würde des Bewohners respektieren und gleichzeitig seiner Verletzlichkeit gerecht werden.

Professionelle Pflege bedeutet in diesem Kontext, die Vielfalt menschlicher Lebensentwürfe auszuhalten, abweichende Vorstellungen von Hygiene und Ordnung nicht vorschnell zu pathologisieren – und gleichzeitig klare Grenzen zu setzen, wo

Gesundheit oder Leben gefährdet sind. Es bedeutet auch, das Team einzubeziehen, sich Zeit für ethische Reflexion zu nehmen und notfalls externe Unterstützung in Anspruch zu nehmen, etwa durch Gerichte oder Fachstellen.

Nicht jede Verwahrlosung kann oder soll durch Pflegekräfte verhindert werden. Manche Formen sind Ausdruck individueller Freiheit. Andere jedoch erfordern entschiedenes Handeln – immer mit dem Ziel, nicht zu bevormunden, sondern zu unterstützen.

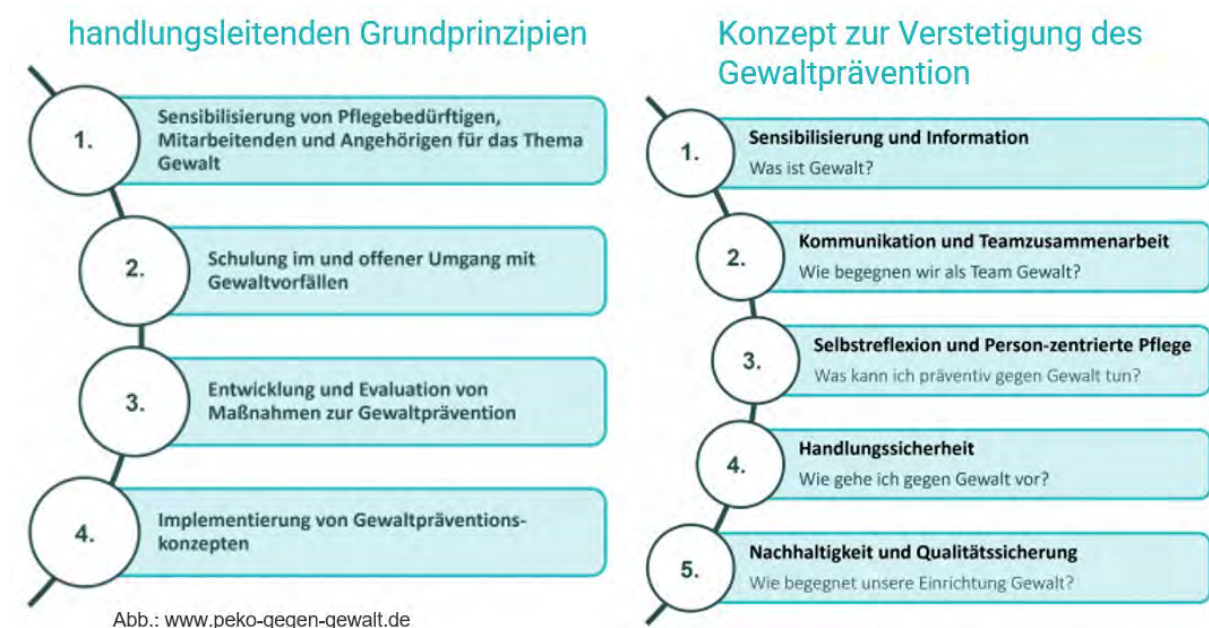
Am Ende bleibt die vielleicht wichtigste Einsicht: Pflege ist keine Machtausübung über andere Menschen, sondern ein verantwortungsbewusstes Begleiten. Ein Begleiten, das sowohl die Kraft hat, Fürsorge zu leisten, als auch die Größe, Selbstbestimmung zu respektieren. Nur in diesem Gleichgewicht wird Pflege ihrem hohen ethischen Anspruch gerecht – und ermöglicht den Menschen, die sie betreut, ein Leben in größtmöglicher Würde und Sicherheit.

Tobias Münzenhofer

26.02.2025

Sichere Pflege von innen heraus: Mit partizipativen Prozessen zum eigenen Gewaltschutzkonzept

„Wie würde unser Pflegealltag aussehen, wenn jeder im Team sein eigenes Gewaltverständnis reflektiert und zugleich gemeinsam nach Lösungen sucht?“



Gewalt in Pflegebeziehungen ist ein Thema, das viele erst einmal abwehren möchten: „Bei uns doch nicht!“ – so lautet häufig die erste Reaktion. Doch der Begriff „Gewalt“ umfasst viel mehr als körperliche Übergriffe; auch verbale Entgleisungen, Mobbing, Vernachlässigung oder freiheitsentziehende Maßnahmen können Formen von Gewalt sein. Hinzu kommen enge Zeitpläne, hohe körperliche und emotionale Belastungen sowie strukturelle Herausforderungen wie Personalmangel oder ungeeignete Räumlichkeiten. Diese Faktoren können die Gefahr für Spannungen, Konflikte und damit potenziell gewaltbegünstigende Situationen erhöhen.

Das alles zeigt, dass es wichtig ist, sich aktiv mit dem Thema auseinanderzusetzen. Dabei hilft ein systematisches **Gewaltschutzkonzept**. Es macht Ihre Einrichtung zu einem sicheren Ort: für Bewohnerinnen und Bewohner wie auch für die Beschäftigten. Im Folgenden erfahren Sie erste Impulse, was man unter einem Gewaltschutzkonzept verstehen kann, welche Bausteine es haben kann, warum es sich lohnt, es umzusetzen, und wie Sie am besten vorgehen könnten.

1. Warum ein Gewaltschutzkonzept?

1.1 Mehr als nur ein Dokument

Auf den ersten Blick könnte man annehmen, ein Gewaltschutzkonzept sei lediglich eine Sammlung von Richtlinien, die man irgendwo abheftet. Tatsächlich aber geht es um mehr: Um eine Haltung, eine Kultur des Vertrauens und der Achtsamkeit.

Wer sich dem Thema offen stellt, erkennt schnell, dass Gewaltprävention weit über das reine Verhindern von Vorfällen hinausgeht. Es geht um Qualität, um sicheren Freiraum und um Würde. Dabei bringt das Konzept allen Beteiligten Nutzen:

- **Bewohnerinnen und Bewohner** erhalten mehr Mitsprache, Selbstbestimmung und das gute Gefühl, dass ihre Rechte geachtet werden.
- **Mitarbeitende** arbeiten in einer Kultur, in der schwierige Situationen offen thematisiert und bearbeitet werden. Langfristig führt das zu weniger Konflikten, weniger Überforderung und einer größeren Zufriedenheit im Team.
- **Angehörige und Betreuende** profitieren von mehr Transparenz und von klaren Ansprechstellen für Sorgen und Beschwerden.

1.2 Gesetzliche und ethische Verpflichtungen

Viele Einrichtungen kennen bereits die rechtlichen Grundlagen: das Arbeitsschutzgesetz, das SGB XI, landesrechtliche Vorgaben und die Garantenpflicht (§ 13 StGB) – alle verpflichten dazu, die Würde und Sicherheit älterer bzw. pflegebedürftiger Menschen zu schützen. Ebenso gehört es zu den **ethischen Grundsätzen** der Pflege, Gewalt zu verhindern. Ein Gewaltschutzkonzept bietet den Rahmen, diese Verpflichtungen mit Leben zu füllen – und sie nicht nur auf dem Papier zu belassen.

1.2.1 Aktuelle Verpflichtungen in Bayern

Mit der Novellierung des bayerischen **Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG)** zum 24. Juli 2023 wurden die ohnehin bestehenden Anforderungen an den Schutz pflegebedürftiger Menschen noch einmal präzisiert. So müssen Einrichtungen in Bayern:

- **Ein Gewaltschutzkonzept vorhalten:** Nach **Art. 3 Abs. 2 Nr. 1 und 11 PfleWoqG** ist ein Konzept zu entwickeln, das gezielt gegen Gewalt und Übergriffe in der Pflege vorgeht.
- **Eine fachliche Konzeption mit Fokus auf Gewaltprävention** erstellen: Aus **Art. 4 Abs. 1 Nr. 8 PfleWoqG** ergibt sich, dass die Konzeption die Umsetzung einer gewaltfreien Betreuung und Pflege konkret beschreiben muss.
- **Verbindliche Handlungsabläufe** etablieren: Dabei geht es um Meldewege, Interventions- und Dokumentationspflichten, die im Ernstfall eine schnelle und transparente Klärung gewährleisten.
- **Regelmäßige Schulungen** gewährleisten: Alle Mitarbeitenden sind zu sensibilisieren und im Umgang mit herausforderndem Verhalten sowie Deeskalationstechniken zu schulen.

- **Die Garantenstellung nach § 13 StGB** beachten: Jede Pflegekraft trägt als Garant die Verpflichtung, Schaden vom Rechtsgut „Leib und Leben“ abzuwenden. Bereits ein Unterlassen kann hier strafrechtlich, wie ein aktives Fehlverhalten bewertet werden.

Diese Bestimmungen machen deutlich, dass ein Gewaltschutzkonzept in bayerischen Pflegeeinrichtungen nicht nur aus ethischer Sicht geboten, sondern **gesetzlich verpflichtend** ist. Einrichtungen werden stärker in die Pflicht genommen, ihre Strukturen und Abläufe so zu gestalten, dass Gewalt erst gar nicht entsteht. Prävention und Aufklärung rücken dabei ebenso in den Vordergrund wie ein etabliertes Interventionssystem für den Fall eskalierender Situationen.

1.3 Ein starkes Zeichen gegen Tabuisierung

Wer offen für ein Gewaltschutzkonzept eintritt, setzt ein deutliches Statement: „Wir schauen hin!“ Das ist wichtig, denn nichts lässt Gewalt besser gedeihen als Schweigen und Wegschauen. Einrichtungsvertreterinnen und -vertreter, die ein Gewaltschutzkonzept initiieren, übernehmen Verantwortung – und senden damit auch eine klare Botschaft an alle Mitarbeitenden und Bewohner/innen, dass die Themen Grenzverletzung oder Aggression ernst genommen werden.

2. Was gehört zu einem Gewaltschutzkonzept?

Ein Gewaltschutzkonzept besteht aus verschiedenen Elementen, die ineinandergreifen und sich wechselseitig stärken:

2.1 Gefährdungsanalyse und Sensibilisierung

Am Anfang steht eine **Gefährdungsanalyse**: Welche Situationen oder Strukturen in Ihrer Einrichtung könnten Konflikte begünstigen? Wo herrscht Personalknappheit, wo gibt es räumliche Engstellen, die Unruhe auslösen, wo fehlt es an Rückzugsmöglichkeiten? Auch die Frage, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Gewalt denken und reden, ist wichtig. Häufig hilft es, im Team zu klären:

- Was verstehen wir unter Gewalt?
- Welche Situationen lassen uns unsicher oder ohnmächtig zurück?
- Wie äußert sich verbale, psychische und strukturelle Gewalt im Alltag.

Allein der offene Austausch darüber bewirkt schon eine Sensibilisierung. Die Belegschaft lernt, wahrzunehmen, wo Grenzverletzungen beginnen, und wie schnell aus Fürsorge unbeabsichtigt „fürsorgliche Gewalt“ werden kann, wenn jemand z. B. aus Zeitmangel auf Widerstand nicht mehr eingeht.

2.2 Prävention – Strukturen der Mitbestimmung und Beschwerdewege

- **Mitbestimmung**: Bewohnerinnen und Bewohner haben das Recht auf Partizipation. Dazu gehören Bewohnerbeiräte, regelmäßige Gesprächsrunden, die Möglichkeit, sich aktiv an der Tagesstruktur oder Freizeitangeboten zu beteiligen. Auch Mitarbeitende benötigen ein Mitspracherecht, um eigene

- Erfahrungen und Vorschläge zum Umgang mit schwierigen Situationen einzubringen.
- **Beschwerdemanagement:** Ein funktionierendes Beschwerdesystem ist essenziell. Es schafft Vertrauen und ist ein Frühwarnsystem: Beschwerden können Probleme aufzeigen, bevor sie sich zuspitzen. Wichtig ist, dass alle über die Beschwerdewege Bescheid wissen – also auch Angehörige, Ehrenamtliche und natürlich die Bewohner/innen selbst.

2.3 Klare Regeln, Zuständigkeiten und Notfallpläne

Für den Ernstfall, also wenn eine Situation bereits eskaliert, braucht es klare Handlungsanweisungen. Diese sind in einem **Interventionsplan** festgehalten. Darin geht es beispielsweise um:

- **Meldeketten:** Wen informiere ich zuerst, wenn ein Vorfall geschieht?
- **Notrufsysteme:** Wie hole ich schnell Unterstützung, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner aggressiv wird?
- **Dokumentation:** Wie erfasse ich Verletzungen oder Übergriffe, damit Ursachen geklärt und Betroffene geschützt werden können? Diese **Checklisten** und **Notfallpläne** geben allen Mitarbeitenden Handlungssicherheit: In Krisensituationen wissen sie, was zu tun ist, ohne dass sie in Panik oder Kopfllosigkeit verfallen.

2.4 Aufarbeitung und Nachsorge

Selbst mit einem guten Präventions- und Interventionsplan lässt sich Gewalt nie gänzlich ausschließen. Kommt es tatsächlich zu einem Vorfall, ist eine **Nachsorge** umso wichtiger:

- **Erstbetreuung:** Wer übernimmt die Versorgung und Unterstützung der Betroffenen (z. B. psychologische Unterstützung)?
- **Team-Besprechung:** Ein Übergriff bedeutet immer Stress für alle. Die Situation muss aufgearbeitet werden, ohne in Schuldzuweisungen zu verfallen.
- **Supervision:** Regelmäßige Fall- oder Teamsupervision hilft, die Hintergründe zu verstehen und nachhaltig bessere Strategien im Umgang mit schwierigen Personen oder Konstellationen zu finden.

Wenn die Aufarbeitung ernst genommen wird, erfahren Betroffene Wertschätzung und das Team lernt, wie es künftigen Situationen vorbeugen kann.

3. Der Nutzen für Ihre Einrichtung

Viele Einrichtungsleitungen sorgen sich, ein Gewaltschutzkonzept könne von der Außenwelt als Eingeständnis von Missständen gedeutet werden. Genau das Gegenteil ist jedoch der Fall: Offenheit signalisiert Qualität und Selbstbewusstsein.

3.1 Qualitätsgewinn und Rechtssicherheit

Stellen Sie sich vor, ein Vorfall geschieht: Werden externe Stellen (Heimaufsicht, Polizei) eingeschaltet, zeigen Sie mit einem vorhandenen Gewaltschutzkonzept, dass Sie strukturiert und transparent vorgehen. Dies erhöht nicht nur die Rechtssicherheit, sondern stärkt auch den Ruf Ihrer Einrichtung als professionell und verantwortungsbewusst.

3.2 Höhere Mitarbeiterzufriedenheit

Pflegekräfte klagen häufig über hohe Belastungen, emotionalen Stress und das Gefühl, Konfliktsituationen alleine bewältigen zu müssen. Ein Gewaltschutzkonzept entlastet, weil es:

- **klare Regeln** für schwierige Situationen bietet,
- **kollegiale Beratung** oder Supervision institutionalisiert und
- **Rückhalt** seitens der Leitung zusichert.

Das Gefühl, einander nicht alleine zu lassen, erhöht die Arbeitszufriedenheit und mindert die Fluktuation. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wertschätzen das, weil sie so spüren, dass ihre Arbeit geachtet und ihre Sicherheit ernst genommen wird.

3.3 Schutz der Bewohner/innen und Bewahrung ihrer Würde

Am wichtigsten: Die Menschen, die Ihre Einrichtung aufsuchen, vertrauen Ihnen. Sie verlassen sich darauf, professionell und angemessen versorgt zu werden. Sie sind oft sehr verletzlich – zum Beispiel demenziell erkrankte Menschen, die ihre Bedürfnisse nicht klar formulieren können. Ein Gewaltschutzkonzept hilft, genau an diesen Stellen achtsam zu sein. Werden Teilhaberechte, Mitbestimmung, Partizipation und Selbstbestimmung ernst genommen, fühlen sich Bewohnerinnen und Bewohner sicher und respektiert.

4. Schritte zu einem Gewaltschutzkonzept

4.1 Schritt 1: Bestandsaufnahme

Bevor Sie sich an einen Schreibtisch setzen, lohnt es sich, durch Ihre Einrichtung zu gehen und mit Beschäftigten, Bewohner/innen und Angehörigen ins Gespräch zu kommen. Fragen Sie ruhig, wie das Thema Gewalt wahrgenommen wird. Gibt es bereits Standards oder Schulungen? Welche Situationen sind schon einmal „schiefgegangen“?

Ganz wesentlich ist in diesem Zusammenhang auch die von der BGW geforderte **psychische Gefährdungsbeurteilung**. Dafür gibt es bereits etablierte und gut erprobte Verfahren, die außerdem rechtlich verpflichtend anzuwenden sind. Eine sorgfältig durchgeführte Erhebung, welche psychischen Belastungen in Ihrer Einrichtung vorliegen und wie hoch sie sind, kann Ihnen wertvolle Hinweise liefern, wo beispielsweise Konflikte schnell eskalieren oder welche organisatorischen Faktoren Stress und Aggression begünstigen. Aus den Ergebnissen dieser psychischen

Gefährdungsbeurteilung lassen sich dann gezielt **Maßnahmen** und **Handlungsbedarfe** ableiten, die sich gut in Ihr Gewaltschutzkonzept integrieren lassen.

- **Tipp:** Dokumentieren Sie Beispiele, sammeln Sie sie in einer kleinen Arbeitsgruppe und besprechen Sie mögliche Muster. Ergänzen Sie diese um die Ergebnisse aus der psychischen Gefährdungsbeurteilung, sodass Sie von Anfang an ein fundiertes Bild gewinnen, wo in Ihrer Einrichtung Präventionsbedarf besteht.

4.2 Schritt 2: Konzeptgruppe bilden

Im zweiten Schritt empfehlen wir, eine **Steuerungsgruppe** oder „Konzeptgruppe“ zu gründen. Sie besteht idealerweise aus:

- Einrichtungs- und Pflegedienstleitung
- Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen (Pflege, sozialer Dienst, Hauswirtschaft)
- Evtl. Angehörigenvertretung bzw. Ehrenamtlichen
- Bei Möglichkeit: Vertreter/in aus dem Bewohnerbeirat

Diese Gruppe sichtet zunächst die vorhandenen Strukturen, Checklisten, Ablaufpläne und Richtlinien. Dann legt sie Ziele, Prioritäten und Vorgehensweisen fest, etwa: „Wir möchten zuerst das Beschwerdemanagement verbessern, dann folgt ein Konzept zum Umgang mit demenziell bedingter Aggression.“

4.3 Schritt 3: Dokument erstellen und Leitbild verankern

Die Gruppe erarbeitet ein Dokument, das die **Grundsätze des Gewaltschutzes** in Ihrer Einrichtung beschreibt. Dazu gehören:

1. **Grundhaltung:** Klare Aussagen zur Ablehnung von Gewalt, zur Wertschätzung der Würde jedes Menschen und zu den zentralen Prinzipien (z. B. Partizipation, Transparenz, Fehlerfreundlichkeit).
2. **Prävention:** Festgelegte Maßnahmen wie regelmäßige Schulungen, Fallbesprechungen, Deeskalationstrainings, feste Beschwerdewege, Supervision.
3. **Intervention:** Vorgehen und Verteilung der Zuständigkeiten bei Verdachtsfällen, Meldesysteme, Notruf- oder Alarmierungssysteme.
4. **Nachsorge und Aufarbeitung:** Genaue Regelungen, wie ein Vorfall aufgearbeitet wird und welche Hilfsangebote für Betroffene bestehen.

Damit dieser Rahmen nicht nur ein „Wunschkatalog“ bleibt, verankern Sie ihn in Ihrem **Leitbild** oder in Ihren internen Dienstanweisungen. Neue Kolleginnen und Kollegen sollten bei der Einarbeitung über diese Grundsätze informiert werden – so wird das Konzept schnell zur gelebten Praxis.

4.4 Schritt 4: Schulungen und Übungsszenarien

Ein Gewaltschutzkonzept kann nur so gut sein wie die Umsetzung in der Realität. Es empfiehlt sich, das Team regelmäßig zu schulen, z. B. in:

- **Deeskalation:** Techniken der Gesprächsführung, um Konflikte frühzeitig zu entschärfen.
- **Erkennen von Vernachlässigung oder Misshandlungen:** Woran erkennt man Hämatome oder Druckstellen, die verdächtig wirken? Welche Verhaltensänderungen deuten auf seelische Gewalt hin?
- **Gesprächsführung und Selbstschutz:** Wie verhalte ich mich, wenn mich ein Bewohner anfeindet? Wen informiere ich? Wie bleibe ich selbst ruhig?

Über **Szenarietrainings** können Teams alltägliche Situationen durchspielen: etwa wie man bei verbaler Aggression reagiert oder wie man bei einem lautstarken Streit zwischen Bewohner und Angehörigem eingreift. Diese Übungen schaffen Handlungssicherheit, weil sie den Transfer vom Konzept in die Praxis ermöglichen.

4.5 Schritt 5: Evaluation und Weiterentwicklung

Eine Schublade ist nicht der richtige Ort für Ihr Gewaltschutzkonzept. Stattdessen gehört es ins Teamgespräch und in jede Teamsitzung. Fragen Sie einmal jährlich: Was funktioniert gut? Wo hakt es noch? Haben sich Arbeitsbedingungen, z. B. durch neue Bewohnergruppen oder bauliche Änderungen, verändert? Bei Bedarf passen Sie das Konzept an neue Gegebenheiten an.

5. Stolpersteine und wie Sie sie umgehen

- **Zeit und Ressourcen:** Einwände lauten oft: „Dafür fehlt uns die Zeit.“ Ja, es kostet Zeit, ein Konzept zu erstellen. Aber denken Sie daran: Jeder ungeklärte Vorfall bindet ebenfalls massiv Zeit und Energie. Vorbeugung lohnt sich langfristig.
- **Angst vor Rufschädigung:** Einige fürchten, das Thema Gewalt könnte ein negatives Licht auf die Einrichtung werfen. Doch ein transparenter, präventiver Umgang wirkt viel positiver, als wenn erst durch externe Stellen Probleme öffentlich werden.
- **Widerstände im Team:** Manche Beschäftigte empfinden das Thema als Angriff auf ihre Arbeitsweise. Eine offene und wertschätzende Kommunikation hilft, Befürchtungen aufzufangen. Es geht um gemeinsame Entlastung und Sicherheit – nicht um Misstrauen.
- **Fehlende externe Unterstützung:** Falls Unsicherheit herrscht, wie ein Gewaltschutzkonzept im Detail aussehen kann, oder wenn wenig interne Ressourcen zur Verfügung stehen, lohnt sich die Zusammenarbeit mit Fachstellen, z. B. Beratungsdiensten, Berufsgenossenschaften oder Trägerverbänden.

6. Fazit: Gemeinsam Richtung Zukunft

Ein Gewaltschutzkonzept führt zu mehr Sicherheit für alle, erhöht die Qualität Ihrer Einrichtung und stärkt das Vertrauen von Bewohner/innen, Angehörigen und Mitarbeitenden. Statt in Schubladen zu liegen, sollte es zum Motor für eine Kultur der Achtsamkeit werden.

- **Konkreter Plan:** Legen Sie mit einer Steuerungsgruppe fest, welchen Zeitrahmen Sie anpeilen: z. B. drei Monate, um einen ersten Konzeptentwurf zu erstellen; sechs Monate, um Schulungen durchzuführen und Beschwerdewege zu optimieren; ein Jahr, um die ersten Erfahrungen auszuwerten.
- **Motivation:** Geben Sie immer wieder Einblicke in positive Beispiele. Berichten Sie im Team, wie bereits kleine Veränderungen große Wirkung zeigen. Etwa wenn eine Mitarbeiterin erzählt, wie ein standardisierter Handlungsleitfaden ihr in einer überfordernden Situation geholfen hat.
- **Beteiligung:** Beziehen Sie Bewohner/innen und Angehörige in Form von Meetings, Fragebögen, Sprechstunden oder einem Runden Tisch ein. Das schafft Vertrauen und stellt sicher, dass Sie den tatsächlichen Bedürfnissen gerecht werden.
- **Erfolgskontrolle:** Nichts ist so motivierend wie spürbarer Erfolg. Dokumentieren Sie die Prozessschritte und überprüfen Sie nach einiger Zeit, ob bestimmte Vorfälle abgenommen haben oder ob sich Mitarbeitende sicherer fühlen.

7. Ein letzter Impuls

Wenn Sie als Einrichtungsvertreterin oder -vertreter mit Ihrem Team ein Gewaltschutzkonzept entwickeln, tragen Sie dazu bei, den Menschen in Ihrer Einrichtung ein Stück mehr Würde und Lebensqualität zu bewahren.

Zugleich erleichtern Sie Ihren Mitarbeitenden das berufliche Handeln in schwierigen Situationen und schaffen Klarheit bei Konflikten.

Was zunächst nach zusätzlichem Aufwand klingt, entpuppt sich rasch als wirksamer Hebel für eine bessere Pflegekultur, geringere Belastung und höhere Zufriedenheit. Nehmen Sie also den Mut zusammen, starten Sie den Prozess, bilden Sie ein Team für die Konzeptentwicklung – und erleben Sie, wie das Thema „Gewaltschutz“ vom Angstbegriff zum Qualitätsmerkmal Ihrer Einrichtung werden kann!

Ihre Einrichtung wird dadurch nicht nur dem gesetzlichen Anspruch gerecht, sondern sie agiert auch vorbildlich im Sinne aller Beteiligten. Es ist ein Prozess, kein Punkt, den man einmal abhakt und vergisst. Doch jeder Schritt, den Sie in Richtung Gewaltschutz gehen, ist ein Schritt zu einem sichereren, würdevolleren und letztlich besseren Pflegealltag für alle.

Gehen Sie es an. Schaffen Sie ein Umfeld, in dem sich niemand ausgeschlossen oder allein gelassen fühlt. Schaffen Sie eine Organisation, in der kritische Situationen nicht zum Tabu erklärt, sondern gemeinsam gelöst werden. Setzen Sie auf Kommunikation, Transparenz und Achtsamkeit – für ein Mehr an Sicherheit, Zufriedenheit und Menschlichkeit in Ihrer Pflegeeinrichtung.

„Welche Kräfte könnten freiwerden, wenn wir Konflikte als Chance zur Qualitätsentwicklung betrachten und nicht als bedrohliches Tabuthema?“

Tobias Münzenhofer

21.02.2025



Selbst- und Fremdgefährdung in der Langzeiteinrichtung gemeinsam begegnen

– Evidenzbasierte präventive Ansätze für die Langzeitpflege, um Zwang zu vermeiden

In der stationären Altenpflege stehen Pflegekräfte regelmäßig vor der Herausforderung, mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten von Bewohnern umzugehen. Besonders Menschen mit Demenz zeigen häufig herausforderndes Verhalten, das von Unruhe und verbaler Aggression bis hin zu körperlichen Übergriffen oder selbstverletzenden Handlungen reichen kann. Pflegekräfte sind in solchen Situationen nicht nur gefordert, adäquat zu reagieren, sondern auch sicherzustellen, dass Maßnahmen dem individuellen Wohl der Betroffenen dienen und ethisch sowie rechtlich vertretbar sind.

Dieser Artikel vermittelt auf Basis der aktuellen **S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“** evidenzbasierte Strategien zur Prävention und Bewältigung von Selbst- und Fremdgefährdung in der Langzeitpflege. Ziel ist es, den Handlungsspielraum der Pflegekräfte zu erweitern, den Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen zu minimieren und die Sicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten. Darüber hinaus soll eine klare Abgrenzung zwischen herausforderndem Verhalten, das pflegerisch bewältigt werden kann, und Situationen, in denen eine psychiatrische Intervention notwendig wird, aufgezeigt werden.

Grundlagen der Selbst- und Fremdgefährdung

Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten kann verschiedene Formen annehmen. Während Selbstgefährdung in Form von Stürzen, Nahrungsverweigerung oder suizidalen Tendenzen auftritt, äußert sich Fremdgefährdung oft durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Mitbewohnern oder Pflegepersonal. Besonders häufig treten diese Verhaltensweisen bei Menschen mit neurokognitiven

Tobias Münzenhofer | LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

E-Mail: info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern | Internet: www.lichtblicke-demenzstrategie.bayern

Erkrankungen wie Demenz auf, da kognitive Einschränkungen, Orientierungsverlust und emotionale Unsicherheit oft in herausforderndem Verhalten münden.

Die **S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“** empfiehlt die Anwendung standardisierter Instrumente zur Risikoeinschätzung, um Gewaltrisiken frühzeitig zu erkennen.

Dazu gehören die **Broset Violence Checklist (BVC)** oder das **Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA)**, **COHEN-MANSFIELD AGITATION INVENTORY (CMAI)**, **Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model (NDB-Modell)**, die Pflegekräften helfen, potenzielle Eskalationen vorherzusehen und präventive Maßnahmen zu ergreifen. Eine sorgfältige Dokumentation dieser Einschätzungen kann nicht nur dazu beitragen, Eskalationen zu vermeiden, sondern bietet auch eine rechtliche Absicherung für Pflegekräfte.

Ein weiterer essenzieller Aspekt ist die medizinische Abklärung möglicher Ursachen für herausforderndes Verhalten. Unerkannte Schmerzen, Infektionen, Dehydratation, Nebenwirkungen von Medikamenten oder auch ein Delir können Agitiertheit, Verwirrung und Aggression auslösen. Besonders bei Menschen mit eingeschränkter verbaler Ausdrucksfähigkeit ist eine regelmäßige somatische Überprüfung von großer Bedeutung.

Ursachen und Auslöser verstehen

Aggressives Verhalten oder selbstgefährdende Handlungen entstehen selten ohne Grund. Häufig spielen unbehandelte, unerkannte Schmerzen, sensorische Reizüberflutung oder Einsamkeit eine entscheidende Rolle. Insbesondere bei Menschen mit Demenz führt das eingeschränkte Sprachvermögen oft dazu, dass Bedürfnisse nicht verbal kommuniziert werden können und sich stattdessen durch Unruhe oder Aggression ausdrücken.

Doch neuesten Studien zufolge, zeigen 50 Prozent aller Pflegeheimbewohner Schmerzen. Dabei erhalten 20 Prozent keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Ein trauma-sensibler Ansatz ist in der Altenpflege von besonderer Bedeutung. Studien belegen, dass frühere Traumatisierungen, etwa durch Kriegserlebnisse oder Missbrauch, in späteren Lebensphasen zu erhöhten Stressreaktionen führen können. Eine wertschätzende, individuell angepasste Kommunikation sowie eine möglichst reizarme Umgebung können helfen, Angst und Überforderung zu reduzieren. Ebenso sollte der Einfluss von Psychopharmaka kritisch hinterfragt werden, da bestimmte Medikamente, insbesondere klassische Neuroleptika, kognitive Funktionen weiter beeinträchtigen und paradoxe Reaktionen wie vermehrte Unruhe oder Aggression auslösen können.

Ein strukturiertes **Gewaltpräventionsmanagement** sollte in jeder Einrichtung etabliert sein, um wiederkehrende Konfliktsituationen frühzeitig zu entschärfen. Dabei sind **präventive Maßnahmen** wie gezielte Tagesstrukturierung, musiktherapeutische

Angebote oder sensorische Stimulation nachweislich hilfreich. Hierbei gilt es, die individuellen Ressourcen der Betroffenen zu nutzen, anstatt auf starre Verhaltensregeln zu setzen.

Prävention und Krisenmanagement

Die Vermeidung von Selbst- und Fremdgefährdung sollte primär durch präventive Strategien erfolgen. Ein zentraler Aspekt ist die Umgebungsgestaltung: Angemessene Beleuchtung, ruhige Rückzugsräume und eine klar strukturierte Tagesroutine tragen dazu bei, Desorientierung und Unsicherheiten zu minimieren. Besonders wichtig ist ein sensibler und achtsamer Umgang mit Bewohnern, der Ängste ernst nimmt und Eskalationen durch frühzeitige Deeskalation vermeidet.

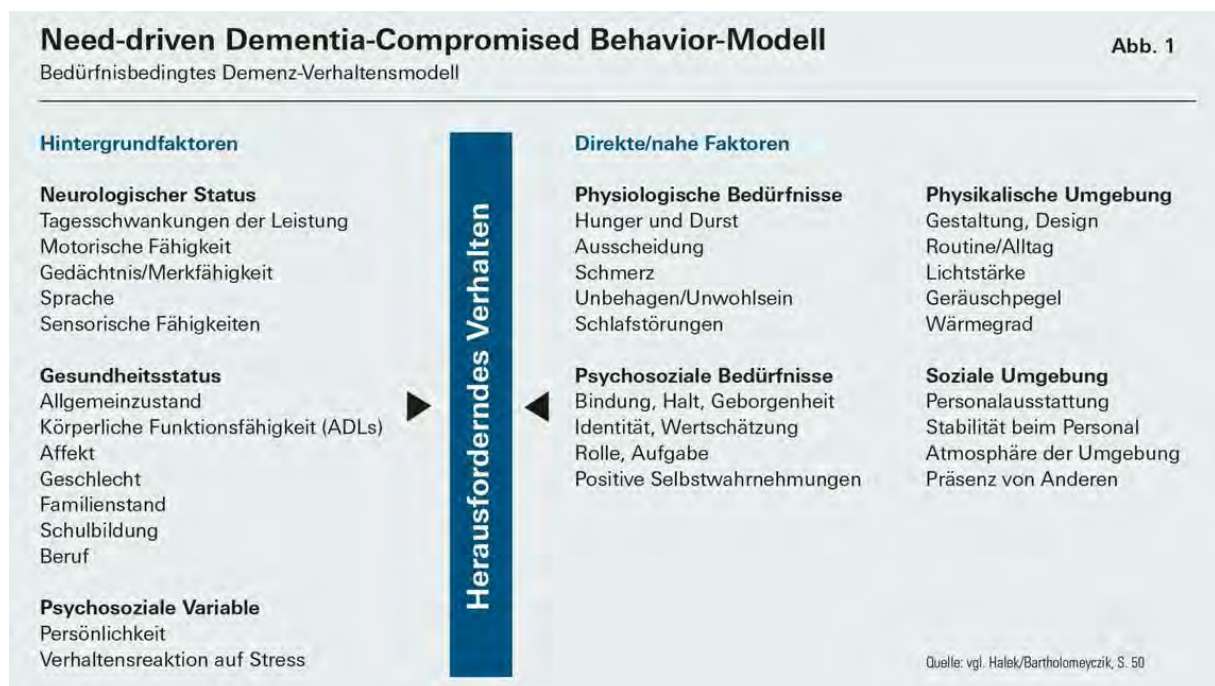


Die **S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“** betont die Bedeutung von Behandlungsvereinbarungen und Krisenplänen, die gemeinsam mit Bewohnern und Betreuern erstellt werden. Diese ermöglichen es, individuelle Präferenzen festzuhalten und alternative Strategien für Krisensituationen zu entwickeln.

Zudem empfiehlt die Leitlinie den Einsatz evidenzbasierter Deeskalationstechniken, wie den **Low-Arousal-Ansatz**, der auf eine Reduzierung von Reizen und eine möglichst ruhige, wertschätzende Kommunikation setzt.

Ein wesentlicher Aspekt erfolgreicher Prävention ist jedoch die **kollektive Reflexion des Teams**. Pflegekräfte müssen sich kontinuierlich bewusst machen, wie sie selbst auf herausforderndes Verhalten reagieren und welche Annahmen sie darüber haben. **Bewusstwerdung und Bewusstmachung** innerhalb eines Teams sind entscheidend, um eine gemeinsame Strategie zu entwickeln, die nicht auf individuellen

Einschätzungen beruht, sondern aus einem **geteilten Verständnis** von Selbst- oder Fremdgefährdung hervorgeht. Erst wenn ein Team eine **gemeinsame Verstehenshypothese** für herausforderndes Verhalten entwickelt, können daraus gezielte Interventionen abgeleitet, evaluiert und fortlaufend angepasst werden.



Hierzu ist eine **objektive und wertfreie Wahrnehmung** sowie eine strukturierte Beobachtung, Reflexion und Dokumentation unverzichtbar. Nur durch regelmäßigen fachlichen Austausch innerhalb des Teams können Muster erkannt und Reaktionsstrategien verbessert werden. Objektive Assessments spielen hierbei eine entscheidende Rolle, da sie dazu beitragen, individuelle Wahrnehmungsverzerrungen zu minimieren und eine vergleichbare Einschätzung innerhalb des Teams zu gewährleisten. Standardisierter Instrumente zur Risikoeinschätzung unterstützen dabei, Risiken strukturiert zu erfassen und frühzeitig geeignete Maßnahmen einzuleiten.

Das Konzept „**Pflegerische Unterstützung von Heimbewohnern mit Verhaltensproblemen**“ wurde im Rahmen des Projekts „Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern als Pflegeproblem“ entwickelt. Das Konzept wurde als Teilprojekt des Pflegeforschungsverbunds NRW „Patienten- und Nutzerorientierung – Konzepte zur Optimierung der Pflege“ erarbeitet, das unter der Leitung von Prof. Dr. Doris Schaeffer stand und im Rahmen des ehemaligen Förderschwerpunkts „Angewandte

Pflegeforschung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführt wurde.

Das Konzept verfolgt einen **präventiven Ansatz**, der darauf abzielt, herausforderndem Verhalten frühzeitig entgegenzuwirken, anstatt ausschließlich auf akute Krisensituationen zu reagieren. Es basiert auf der Annahme, dass problematische Verhaltensweisen nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern durch ein Zusammenspiel individueller, sozialer und umgebungsbedingter Faktoren entstehen.

Durch die **systematische Einschätzung, Maßnahmenplanung und Evaluation** bietet das Konzept eine praxisnahe Unterstützung für Pflegekräfte. Es stellt strukturierte Instrumente zur Verfügung, um Risiken frühzeitig zu erkennen und durch gezielte Anpassungen in der Versorgungssituation problematisches Verhalten zu minimieren. Wissenschaftliche Evaluierungen haben gezeigt, dass die konsequente Anwendung dieses Konzepts dazu beiträgt, die Häufigkeit von Verhaltensproblemen zu verringern und die Lebensqualität der Bewohner:innen nachhaltig zu verbessern.

Ein Team, das auf Basis gemeinsamer Hypothesen agiert, gewinnt nicht nur an Sicherheit im Handeln, sondern steigert auch seine **Interventionsqualität und Konsistenz**. Dies reduziert Unsicherheiten, vermeidet unkoordinierte Reaktionen und schafft eine professionelle, reflektierte Haltung gegenüber herausforderndem Verhalten. Langfristig führt dies zu einer verbesserten Arbeitsatmosphäre, weniger emotionaler Belastung für Pflegekräfte und einer deutlichen Erhöhung der Sicherheit für Bewohner sowie das gesamte Team.

Rechtliche Aspekte in der Altenpflege

Pflegekräfte müssen sich im Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung stets im rechtlichen Rahmen bewegen. Besonders relevant sind die Konzepte der **Notwehr, Nothilfe (§ 32 StGB)** und des **rechtfertigenden Notstands (§ 34 StGB)**. Notwehr erlaubt es Pflegekräften, sich gegen Angriffe zu verteidigen, sofern dies verhältnismäßig geschieht. Der rechtfertigende Notstand ermöglicht Maßnahmen, um akute Gefahren abzuwenden, wenn keine milderer Alternativen verfügbar sind.

Es gibt eine Einschränkung oder Ausschluss des Notwehrrechts bei Angriffen von schuldlos Handelnden (z.B. bei Demenz, Intoxikationen etc.). Daher gibt es ein **dreistufiges Vorgehen** als Maßstab für die zulässige Notwehrhandlung.

Begründung: Dem Opfer ist es bei *schuldlos Handelnden* vielfach möglich deren Angriffe auszuweichen und diese auch ohne Gegenangriff die Schranken zu verweisen:

1. Grundsätzlich ist dem Angriff auszuweichen
2. Wenn ausweichen nicht möglich, ist Schutzwehr möglich (d.h. defensive Verteidigung wie z. B. Wegdrücken der Schlaghand des Angreifers)

3. Nur wenn das auch nicht erfolgsversprechend ist, bleibt die aktive Gegenwehr oder Gegenangriff unter größtmöglicher Schonung des Angreifers zulässig.

Freiheitsentziehende Maßnahmen, wie Bettgitter oder medikamentöse Ruhigstellung, sind nur unter strengen Voraussetzungen zulässig.

Obwohl antipsychotische Medikamente im Einsatz gegen herausforderndes Verhalten wenig Wirkung zeigen und alle Leitlinien angesichts riskanter Nebenwirkungen nicht-pharmakologische Möglichkeiten empfehlen, erhalten etwa 50% aller Heimbewohner mit Demenz weiterhin eben diese Medikamente. Bekannt ist, dass diese Medikamente in über 80% der Fälle abgesetzt werden können, ohne dass das herausfordernde Verhalten wiederkommt.

Aus einer Studie ging die Anregung für Neuverschreibungen von Psychopharmaka in der Regel von Pflegenden aus (65,8%), gefolgt von Betreuern (39,5%) und Hausärzten (23,7%) – Mehrfachnennungen möglich. Hauptgründe für die Verschreibung bildeten weiterhin bestehende oder neu auftretende Agitiertheit und Aggression. Andere Gründe (z.B. Umherlaufen, Apathie, abweichende Motorik) wurden nur je einmal genannt.

Pflegefachkräfte tragen hierzu die Durchführungsverantwortung, der Arzt die Anordnungsverantwortung und die Einrichtung die Organisationsverantwortung.

Die Verabreichung von Psychopharmaka kann nur mit dem Hintergrund einer therapeutischen Heilbehandlung / Heilzweck erfolgen und steht immer für das Ultima ratio. So kann es sein, dass die häufig formulierte Indikation „Unruhe“ allenfalls eine Gefälligkeit des Heimarztes gegenüber den Pflegekräften ist.

Ein konkret definierter Heilzweck ist Rechtfertigungsgrund für den Einsatz sedierender Medikamente die in ihrer Wirkung die körperliche wie auch geistige Integrität beeinflussen bzw. das Verhalten und die Bewegung dämpfen. Eine freiheitsentziehende Zielsetzung liegt dann nicht vor, wenn die Unterbindung des Bewegungsbedürfnisses eine Nebenwirkung eines angstdämpfenden therapeutischen Zweckes darstellt, weil ein subjektives Leiden der Betroffenen gezielt unterbunden werden soll. Der bewusste Einsatz von Psychopharmaka hat somit die Absicht einen gegenwärtigen, anhaltenden subjektiven Leidensdruck zu reduzieren, der sich bei psychosozialen Interventionen nicht mehr reduzieren lässt.

Laut der Leitlinie müssen Zwangsmaßnahmen gut begründet, dokumentiert und als letzte Möglichkeit eingesetzt werden.

Der bloße Umstand, dass anfallartige Fremdgefährdungen durch gewalttätige Ausbrüche bei einem psychisch Erkrankten festgestellt werden können, rechtfertigt wegen der erforderlichen Abwägung mit den Freiheitsrechten des betroffenen Patienten regelmäßig keine derartigen gesteigerten freiheitsentziehenden Maßnahmen.

„Anfallartige Ausbrüche haben nämlich auch die Eigenschaft, dass sie nur von vorübergehender Dauer sind und die Dauer der anfallsfreien Phasen um ein vielfaches länger ist als die Dauer der Anfallsphasen.“ (AG Kassel, Urteil vom 29.01.2015, 435 C 5598 / 13)

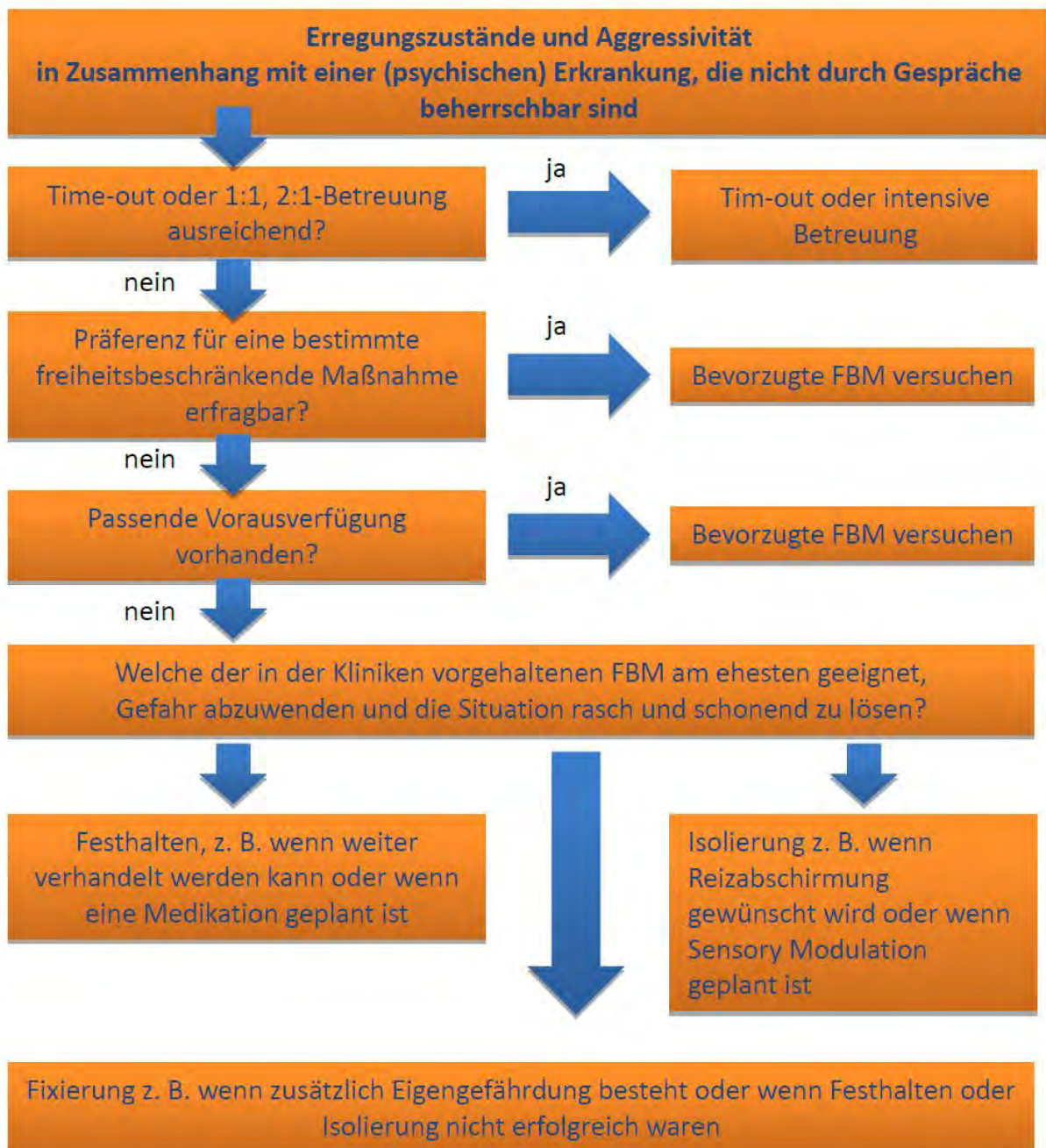
Indikation für eine Psychiatrieeinweisung bei Selbst- und Fremdgefährdung

In manchen Fällen reicht die pflegerische und gerontopsychiatrische Betreuung nicht mehr aus, um eine akute Gefährdungssituation zu entschärfen. Eine psychiatrische Einweisung kann dann erforderlich sein, um das Wohl des betroffenen Bewohners sowie der Mitbewohner und des Pflegepersonals zu gewährleisten.

Die **S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“** empfiehlt eine Einweisung in die Psychiatrie unter folgenden Bedingungen:

- **Akute Selbstgefährdung:** Der Bewohner zeigt suizidale Absichten, wiederholte Selbstverletzungen oder verweigert lebenswichtige Maßnahmen wie Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme.
- **Akute Fremdgefährdung:** Es liegt eine akute Aggression vor, die eine Gefahr für Mitbewohner oder Pflegekräfte darstellt und nicht durch deeskalierende Maßnahmen kontrolliert werden kann.
- **Fehlende Einwilligungsfähigkeit:** Der Bewohner ist aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen nicht in der Lage, die Tragweite seines Handelns oder der notwendigen Behandlung zu verstehen.
- **Keine Alternative zur stationären psychiatrischen Behandlung:** Alle anderen Maßnahmen, einschließlich intensiver pflegerischer Betreuung und medikamentöser Interventionen, wurden ausgeschöpft, ohne dass eine ausreichende Stabilisierung erzielt wurde.

Die Entscheidung für eine Einweisung muss immer auf Grundlage einer fachärztlichen Einschätzung erfolgen. In den meisten Bundesländern ist eine richterliche Anordnung für eine unfreiwillige psychiatrische Unterbringung notwendig. Pflegekräfte spielen in diesem Prozess eine wichtige Rolle, indem sie eine lückenlose Dokumentation des Verhaltens sicherstellen und enge Absprachen mit Ärzten und Betreuern treffen.



Grafik: S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang

Rechtliche Rahmenbedingungen für den Umgang mit tätlichen Angriffen auf Pflegepersonal

- **Strafrechtliche Einordnung:** Tätliche Angriffe wie Schlagen, Kratzen oder Beißen gelten als Körperverletzung gemäß § 223 Strafgesetzbuch (StGB). Bei Verwendung von Gegenständen kann eine gefährliche Körperverletzung nach § 224 StGB vorliegen.
- **Schmerzensgeldansprüche:** Schadensersatzansprüche, einschließlich Schmerzensgeld, setzen voraus, dass der Täter schuldfähig ist. Bei gerontopsychiatrischen Patienten ist die Schuldfähigkeit oft eingeschränkt,
- wodurch strafrechtliche Verfolgung und zivilrechtliche Ansprüche erschwert werden.
- **Unfallversicherungsschutz:** In Fällen, in denen keine individuellen Schadensersatzansprüche durchsetzbar sind, greift die gesetzliche Unfallversicherung. Diese deckt Heilbehandlungskosten, Verletztengeld und unter bestimmten Voraussetzungen eine Erwerbsunfähigkeitsrente ab.

Es ist weiterhin unerlässlich, dass Pflegeeinrichtungen präventive Maßnahmen wie **Gewaltschutzkonzept implementieren und systematisch verstetigen**, um das Personal zu schützen. Zudem sind Arbeitgeber verpflichtet, gemäß **§ 5 Arbeitsschutzgesetz Gefährdungsbeurteilungen** durchzuführen und entsprechende Schutzmaßnahmen für die Mitarbeiter zu ergreifen.

Aktuelle Informationen bestätigen diese Rechtslage und unterstreichen die Bedeutung von Präventionsstrategien im Pflegealltag.

Schutz der Pflegekräfte bei Gewalt durch Bewohner

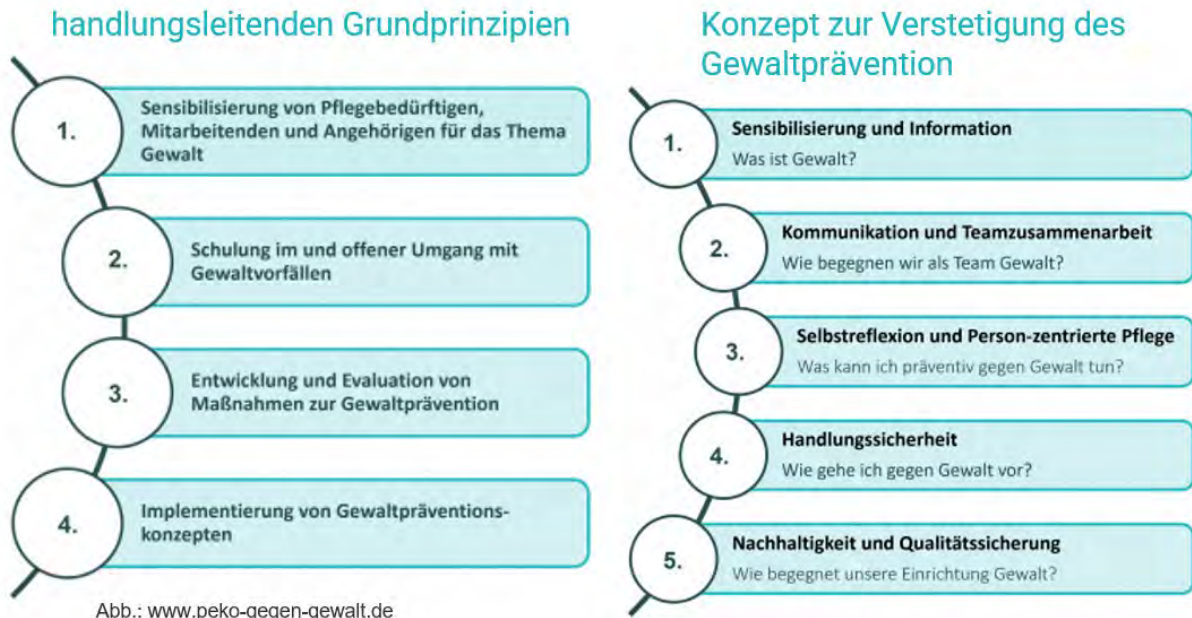
Die Gewalt gegenüber Pflegekräften stellt ein ernstzunehmendes Problem dar. Die **S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“** empfiehlt daher verpflichtendes Fortbildungskonzept für das gesamte Pflegepersonal nebst Führungskräften. Diese sollen nicht nur Techniken zur Vermeidung von Gewalt vermitteln, sondern auch Möglichkeiten der **psychosozialen Unterstützung** für betroffene Pflegekräfte aufzeigen.

Besonders wichtig ist eine standardisierte Nachbesprechung nach Gewaltsituationen. Die Leitlinie betont, dass derartige Reflexionsgespräche dazu beitragen, psychische Belastungen zu reduzieren und langfristig eine sicherere Arbeitsumgebung zu schaffen. Arbeitgeber sind nicht nur gesetzlich verpflichtet, Schutzmaßnahmen für ihr Personal zu etablieren, sondern auch in regelmäßigen Gefährdungsanalysen zu überprüfen.

Fazit: Evidenzbasierte Praxis für den Pflegealltag

Die Implementation eines **Gewaltschutzkonzeptes** auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse in den Pflegealltag ist entscheidend, um Bewohner bestmöglich zu

begleiten und gleichzeitig die Sicherheit der Pflegekräfte zu gewährleisten. Die **S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“** liefert wertvolle evidenzbasierte Ansätze, um Selbst- und Fremdgefährdung in der Langzeitpflege zu reduzieren.



Ein essenzieller Erfolgsfaktor ist die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** zwischen Pflegekräften, Ärzten, Psychologen, Sozialdiensten und weiteren Akteuren. Nur wenn alle Beteiligten ein gemeinsames Verständnis von Gewalt und deren Entstehung entwickeln, kann eine effektive Strategie zur Prävention und Bewältigung selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens etabliert werden. Hierbei spielen **strukturelle Rahmenbedingungen** eine wesentliche Rolle: Ein Team benötigt klare Abläufe, ausreichende personelle Ressourcen und regelmäßige Schulungen, um in kritischen Situationen sicher agieren zu können. Ebenso wichtig ist die **interne Teamstabilität**, denn ein gefestigtes, reflektiertes Team trägt maßgeblich zur Verhinderung von Eskalationen bei.

Ein entscheidender Aspekt ist die Etablierung einer **offenen Fehlerkommunikation**. Es muss eine Teamkultur geschaffen werden, in der Gewaltpotenziale erkannt, offen angesprochen und reflektiert werden können. Dies setzt voraus, dass ein gemeinsamer Gewaltbegriff definiert wird, an dem sich alle Teammitglieder orientieren. Pflegekräfte dürfen nicht isoliert handeln, sondern müssen als **in sich stützender Block** fungieren, der sich gegenseitig absichert. Die Führungsebene hat hierbei eine zentrale Rolle, da sie die Rahmenbedingungen für eine professionelle Fehler- und Kommunikationskultur setzt und die **Handlungssicherheit** der Mitarbeitenden stärkt.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Bedeutung der **Prävention**. Deeskalation ist keine punktuelle Maßnahme, sondern eine **grundlegende Arbeitsweise**, die im Pflegealltag ständig angewendet werden sollte.

Das Erkennen von Gewalt und die Entstehung von Aggressionen müssen aktiv thematisiert und benannt werden. Zu oft agiert die Pflege nach dem Prinzip „Aktion-Reaktion“, doch in vielen Fällen ist es dann bereits zu spät. Ein vorausschauendes, präventives Arbeiten bedeutet, frühzeitig Warnzeichen zu erkennen, alternative Kommunikationsstrategien anzuwenden und strukturelle Anpassungen vorzunehmen, um eskalierende Situationen zu vermeiden.

Zusammenfassend kann eine nachhaltige Veränderung im Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten nur durch eine **professionelle Haltung, interdisziplinäre Zusammenarbeit**, eine gelebte Fehlerkultur und eine proaktive Präventionsstrategie erreicht werden. Führungskräfte sind gefordert, die richtigen Rahmenbedingungen zu schaffen, Deeskalation als Leitprinzip zu verankern und Teams zu stärken, damit sie als stabiler, gemeinsamer Verbund agieren können. Nur so lässt sich eine langfristig sichere, würdevolle und möglichst gewaltfreie Langzeitpflege gewährleisten, in der Zwang stets als letztes Mittel der Wahl betrachtet wird.

Tobias Münzenhofer

Gewalt in der häuslichen Pflege: Erkennen, Benennen und Handeln



Gewalt in der Pflege ist ein komplexes Thema, bei dem ein kriminologischer Ansatz – Wer ist Täter, wer Opfer? – wenig hilfreich ist.

**Gewaltprävention in der häuslichen Pflege:
Strukturen verstehen, Angehörige unterstützen**

Die Pflege von Angehörigen in den eigenen vier Wänden kann eine erfüllende, aber auch außerordentlich belastende Aufgabe sein. Häufig übernehmen Familienmitglieder diese Verantwortung aus tiefer Verbundenheit oder schlicht aus Mangel an Alternativen. Dennoch finden sich in der häuslichen Pflege mitunter Situationen, in denen Gewalt entsteht – sei es gegenüber der pflegebedürftigen Person oder gegenüber den Pflegenden selbst. Wichtig ist hierbei, dass wir Gewalt nicht ausschließlich als vorsätzliche Tat „böser Angehöriger“ verstehen dürfen. Denn in

vielen Fällen ist Gewalt in der Pflege das Resultat von Überlastung, fehlender Unterstützung und strukturellen Defiziten. In diesem Artikel soll deshalb beleuchtet werden, was wir unter Gewalt in der häuslichen Pflege verstehen, wie häufig sie auftritt und in welchen Formen sie vorkommt. Dabei wird auch der Frage nachgegangen, welche Entlastungs- und Präventionsmaßnahmen helfen können, um einer Gewaltspirale vorzubeugen und ein respektvolles Miteinander zu fördern.

1. Was Gewalt bedeutet

Der Begriff „Gewalt“ ist vielschichtig und lässt sich nicht immer eindeutig definieren. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt Gewalt als ein komplexes Phänomen, das sowohl aktives Handeln (wie Schlagen oder Anschreien) als auch unterlassenes Handeln (beispielsweise Vernachlässigung) umfasst. Auch emotionale und psychische Gewalt – etwa das Herabsetzen, Beschimpfen oder Einschüchtern einer Person – fällt in diesen Bereich. Bei älteren oder pflegebedürftigen Menschen kann sich Gewalt darüber hinaus in der Verletzung ihrer Würde und Selbstbestimmung ausdrücken. Beispielsweise ist es eine Form von Gewalt, wenn einem älteren Menschen, der noch in der Lage wäre, Entscheidungen zu treffen, dieser Entscheidungsspielraum komplett verwehrt wird.

Im Kontext der häuslichen Pflege greifen viele bekannte Definitionen zu kurz, wenn sie lediglich zwischen „Täter“ und „Opfer“ unterscheiden. Natürlich gibt es Fälle, in denen vorsätzlich Gewalt ausgeübt wird. Häufiger jedoch handelt es sich um Eskalationen in extremen Belastungssituationen: Ein pflegender Angehöriger, der sich allein gelassen fühlt und über keinen ausreichenden Zugang zu Unterstützungsangeboten verfügt, gerät an seine Grenzen.

Die Frustration oder Verzweiflung kann sich dann in aggressivem Verhalten niederschlagen. Umgekehrt kann auch die pflegebedürftige Person – insbesondere bei demenziellen Veränderungen – Gewalt gegen den Pflegenden ausüben, ohne sich ihres Tuns voll bewusst zu sein. Gewalt in der Pflege entsteht also oft in Strukturen, die eine dauerhaft hohe Belastung erzeugen, ohne dass Ausgleich und professionelle Hilfe in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen.

2. Prävalenz „Gewalt in der häuslichen Pflege“

Die Frage, wie häufig Gewalt in der häuslichen Pflege vorkommt, lässt sich nicht einfach beantworten, da es zu Dunkelziffern und fehlender Meldung kommt. Pflegebedürftige Personen schämen sich möglicherweise, darüber zu sprechen, oder fürchten, als „schwierig“ zu gelten und damit ihre familiäre Unterstützung zu verlieren. Pflegende Angehörige wiederum möchten oft nicht eingestehen, dass sie sich im Ausnahmezustand befinden und gewalttätig reagieren, weil dies gesellschaftlich stark tabuisiert ist.

Zahlen aus verschiedenen Erhebungen zeigen jedoch, dass Gewalt keineswegs ein Randphänomen ist. So berichten beispielsweise 45 % der pflegenden Angehörigen, innerhalb der letzten sechs Monate psychische Gewalt in Form von Anschreien, Beleidigen oder Einschüchtern erlebt zu haben. Etwa 11 % geben an, körperliche Gewalt wie Schubsen, Festhalten oder Schlagen erfahren zu haben. Auf der anderen Seite gaben 32 % der Pflegenden zu, selbst psychische Gewalt ausgeübt zu haben, während 12 % von körperlichen Übergriffen und 11 % von Vernachlässigung berichten. Diese Zahlen veranschaulichen die Vielschichtigkeit des Problems: Gewalt kann von beiden Seiten ausgehen und wird meist durch große Überforderung in einem unzureichend unterstützten Pflegearrangement befördert.

Zudem liegen Hinweise vor, dass vor allem die Pflege von Menschen mit Demenz mit einem erhöhten Risiko für gewaltförmiges Verhalten einhergeht. Eine Veränderung des Bewusstseins und der Wahrnehmung bei der pflegebedürftigen Person kann aggressive Reaktionen hervorrufen, die den Pflegenden an seine Grenzen bringen. Umgekehrt können im Umgang mit demenzbedingt verändertem Verhalten auch die pflegenden Angehörigen hilflos reagieren und zu aggressiven Mitteln greifen.

3. Gewalterleben der Angehörigen

Gewalt richtet sich in vielen Fällen gegen die pflegebedürftige Person. Doch die Angehörigen selbst können ebenso Opfer werden. Wird dies in der öffentlichen Diskussion thematisiert, geraten besonders die Pflegenden unter Rechtfertigungsdruck: „Wie kann man seinen Angehörigen Gewalt antun?“ Dabei geht oft unter, dass Angehörige selbst auf vielfältige Weise Gewalt erleben:

- **Verbale Gewalt:** Pflegebedürftige Personen – insbesondere mit kognitiven Beeinträchtigungen wie einer Demenz – können teils ungefiltert Beleidigungen oder Beschimpfungen äußern. Das trifft die pflegenden Angehörigen hart, zumal es von einer geliebten Person kommt.
- **Physische Gewalt:** Manche Pflegenden berichten, gestoßen oder geschlagen worden zu sein, etwa wenn sie versuchen, die Körperpflege durchzuführen. Die Demenzkranken können die Situation falsch einschätzen oder in Panik geraten.
- **Psychische Gewalt durch Dritte:** Nicht selten fühlen sich Angehörige, die zu Hause pflegen, von ihrer Umgebung verurteilt oder missverstanden. Wenn dann noch Behörden, Nachbarn oder andere Familienmitglieder Vorwürfe machen oder Druck ausüben („Du machst das alles falsch“), kann das als psychische Gewalt wahrgenommen werden.

- **Strukturelle Gewalt:** Das Gefühl, von Politik, Gesundheitswesen oder Gesellschaft allein gelassen zu werden, kann eine subtile Form von Gewalt darstellen. Die Betroffenen sind dann oft auf sich gestellt und müssen ihre Pflegesituation ohne ausreichende finanzielle und personelle Hilfen meistern.

Gewalt in der häuslichen Pflege ist also nicht nur ein Phänomen zwischen zwei Akteuren, sondern eingebettet in ein komplexes Gefüge aus familiären, sozialen und institutionellen Faktoren. Angehörige sind sowohl potenzielle „Täter“ als auch potenzielle „Opfer“. Umso bedeutender ist es, die Strukturen zu hinterfragen, die Gewalt begünstigen, und Angebote zu stärken, die Angehörige entlasten.

4. Gewaltformen und Auftreten

Gewalt in der häuslichen Pflege zeigt sich in unterschiedlichen Formen, die nicht immer eindeutig voneinander abgegrenzt werden können. Grundsätzlich lassen sich folgende Kategorien unterscheiden:

1. **Körperliche Gewalt:** Schlagen, Stoßen, grobes Anfassen oder sogar Fixieren. Häufig entsteht diese Form aus einem Gefühl der Überforderung – zum Beispiel, wenn ein Demenzkranker unkontrolliert um sich schlägt oder wegläuft und der Pflegende versucht, ihn festzuhalten.
2. **Psychische Gewalt:** Herabsetzen, Einschüchtern, Beleidigen, Demütigen oder Drohen. Auch das Ignorieren von Wünschen oder Bedürfnissen zählt dazu, sofern es das Gegenüber massiv belastet.
3. **Sexuelle Gewalt:** Jegliche Form von sexuellem Übergriff, unerwünschte Berührungen oder das Erzwingen sexueller Handlungen. Diese Form von Gewalt tritt seltener in Statistiken auf, was jedoch auch an mangelnder Meldung liegen kann.
4. **Finanzielle Ausbeutung:** Unberechtigte Verfügung über das Vermögen des Pflegebedürftigen, Unterschlagung von Renten- oder Pflegegeldern, Nötigung zur Überschreibung von Konten oder Immobilien.
5. **Vernachlässigung:** Das Unterlassen notwendiger Pflegehandlungen, wie Körperpflege, Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe. Vernachlässigung kann sowohl aus Unwissenheit (fehlende pflegerische Kompetenz) als auch aus Gleichgültigkeit oder Verzweiflung erfolgen.
6. **Freiheitsentziehende Maßnahmen:** Beispielsweise das Einsperren oder Fixieren an Bett oder Stuhl, um die pflegebedürftige Person ruhigzustellen. Solche Maßnahmen sind nur in sehr eng begrenzten medizinischen Ausnahmefällen und mit richterlicher Genehmigung zulässig, werden aber in der Praxis oft aus Angst oder Hilflosigkeit angewandt.

Das Auftreten dieser Gewaltformen ist häufig eng verzahnt. Eine verbale Auseinandersetzung kann sich schnell in eine körperliche Eskalation steigern; Vernachlässigung kann psychische Gewalt beinhalten („Ich kümmere mich nicht mehr um dich, du raubst mir meine ganze Kraft.“). Klar ist: Jede Form von Gewalt ist verletzend und kann langfristige seelische wie körperliche Schäden hinterlassen – bei allen Beteiligten.

5. Erkennungsmerkmale von Gewalt

Viele Gewaltdelikte in der häuslichen Pflege bleiben unerkannt, weil sowohl pflegebedürftige Personen als auch Angehörige aus Scham, Angst oder Unkenntnis schweigen. Dennoch gibt es gewisse Anzeichen, die Außenstehende – etwa Nachbarn, ambulante Pflegedienste oder behandelnde Ärzte – alarmieren sollten:

- **Physische Indikatoren:** Hämatome, Frakturen, Kratz- oder Bisswunden, auffällige Druckstellen (möglicherweise durch unprofessionelles Fixieren), schlechte Körperhygiene oder Untergewicht, das nicht einer erklärbaren Erkrankung zuzuordnen ist.



- **Psychische Signale:** Angstzustände, Depression, sozialer Rückzug, starke Verhaltensänderungen, Panikreaktionen bei bestimmten Berührungen oder Worten. Auch eine übermäßige Passivität kann ein Hinweis sein, dass jemand eingeschüchtert oder entmutigt wurde.
- **Soziale Anzeichen:** Isolation, abrupte Unterbrechung sozialer Kontakte, fehlender Zugang zu Telefon oder Besuch, auffällige Abhängigkeit in Bezug auf Finanzen oder Alltagsgeschäfte.
- **Kommunikationsmuster:** Gespräche werden von einer Person dominiert, die pflegebedürftige Person kommt kaum zu Wort oder wirkt verängstigt. Manche Angehörige wechseln das Thema, wenn kritische Fragen gestellt werden.

Professionelle Helferinnen und Helfer, aber auch Laien, können durch achtsames Beobachten und gezieltes Nachfragen wichtige Hinweise erhalten. Eine einfühlsame Kommunikation ist dabei essenziell: Betroffene müssen spüren, dass sie sicher sind und Unterstützung erhalten, wenn sie sich öffnen. Hilfreich sind offene Fragen wie „Wie fühlen Sie sich gerade in Ihrer Situation?“ oder „Was belastet Sie besonders?“.

6. Belastungsfaktoren von Angehörigen

Pflegende Angehörige befinden sich oft in einem Spannungsfeld aus persönlicher Verpflichtung, emotionaler Bindung und gesellschaftlichem Druck. Sie pflegen ihre Liebsten, weil sie ihnen helfen möchten, und scheuen oft davor zurück, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Doch die Belastungen sind vielfältig:

- **Zeitliche Überforderung:** Häufig müssen pflegende Angehörige den Spagat zwischen Berufstätigkeit, Kindererziehung und Pflege leisten. Freizeit, Hobbys oder soziale Kontakte geraten ins Hintertreffen.
- **Fehlendes Fachwissen:** Angehörige verfügen nicht automatisch über medizinische oder pflegerische Kompetenzen. Kommt dann noch eine Demenzerkrankung hinzu, sind viele mit den veränderten Beziehungsregeln überfordert.
- **Finanzielle Sorgen:** Die Pflege kann mit hohen Kosten verbunden sein, und nicht alle Leistungen werden ausreichend von der Pflegeversicherung oder anderen Trägern übernommen.
- **Emotionale Belastung:** Zu sehen, wie ein geliebter Mensch abbaut oder sich persönlich verändert, ist seelisch enorm anstrengend. Bei Demenz werden alte Rollen auf den Kopf gestellt, was Trauer und Hilflosigkeit erzeugen kann.
- **Soziale Isolation:** Angehörige, die rund um die Uhr pflegen, haben kaum Zeit und Kraft für den persönlichen Austausch mit Freunden oder Bekannten. Das Gefühl, allein zu sein und keine Unterstützung zu haben, verstärkt das Risiko für konflikträchtige Situationen.

Wenn diese Faktoren zusammenkommen und über längere Zeit anhalten, entsteht eine chronische Überforderungssituation. Unter solchen Bedingungen steigt das Potenzial, dass es zu Gewalt in der häuslichen Pflege kommt – sei es aus Wut, Verzweiflung oder mangelnder Kenntnis von Alternativen.

7. Anzeichen von Überlastung wahrnehmen

Damit es nicht zu einer Eskalation in Form von Gewalt kommt, ist es wichtig, erste Anzeichen von Überlastung zu erkennen – bei sich selbst ebenso wie bei anderen pflegenden Angehörigen. Frühwarnsignale können sein:

- **Körperliche Symptome:** Schlafstörungen, anhaltende Müdigkeit, Rückenschmerzen, Kopf- oder Magenschmerzen, Herzrasen oder andere Stressreaktionen. Bei hoher Belastung tritt häufig ein Teufelskreis ein, in dem die körperliche Erschöpfung weitere Probleme wie Infektanfälligkeit nach sich zieht.
- **Psychische Warnzeichen:** Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Stimmungsschwankungen, Gefühle von Ohnmacht, Schuld oder Versagen. Ein dauerhafter „innere Unruhe“-Zustand kann in Gereiztheit oder Aggressivität umschlagen.
- **Veränderungen im Verhalten:** Die Pflege wird nur noch als Pflichtprogramm betrachtet, es fehlt an Geduld und Einfühlungsvermögen. Manche Angehörige ziehen sich zurück, vermeiden Gespräche oder wirken „abgeschaltet“.
- **Soziale Isolation:** Wenn Freunde, Nachbarn oder Bekannte spüren, dass Kontaktversuche abgeblockt werden, oder wenn die Pflegeperson kaum mehr das Haus verlässt und keine Auszeiten nimmt, sollte man aufmerksam werden.

Es ist entscheidend, solche Warnsignale nicht zu bagatellisieren, sondern frühzeitig Hilfe zu suchen und anzunehmen. Ein ärztlicher Rat, ein Gespräch mit der Pflegekasse oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe können wichtige Entlastungsschritte sein. In manchen Fällen kann auch eine psychotherapeutische Begleitung sinnvoll sein, um den eigenen Gefühlen Raum zu geben und Lösungsstrategien zu entwickeln.

8. Risikofaktoren bei Angehörigen und pflegebedürftigen Personen

Das Risiko, dass es zu Gewaltsituationen kommt, steigt, wenn bestimmte Faktoren bei den Pflegenden und bei den Pflegebedürftigen zusammenfallen. Zu den wesentlichen Risikofaktoren zählen:

1. **Pflegende Angehörige mit eigenem Gesundheitsrisiko**
Wer selbst krank, depressiv oder stark erschöpft ist, läuft Gefahr, die Pflege mit immer weniger Kraft und Empathie zu bewältigen. Sind bereits psychische Probleme vorhanden, kann der Druck die psychische Stabilität weiter untergraben.
2. **Mangelnde Unterstützung und fehlendes Netzwerk**
Fühlen sich Pflegende allein gelassen, ohne Austausch oder professionelle Hilfe, wächst der Stresspegel und damit das Risiko für gewaltsames Verhalten. Umgekehrt kann ein stabiles Netzwerk aus Nachbarn, Freunden und professionellen Angeboten entlasten.
3. **Pflegebedürftige mit Demenz oder geistigen Einschränkungen**
Menschen mit Demenz können sich nicht mehr klar artikulieren, reagieren mit Verwirrung und Ängsten auf alltägliche Situationen. Dies kann zu aggressiven Ausbrüchen führen. Für die Angehörigen bedeutet das eine besonders herausfordernde Pflegesituation.
4. **Ungünstige Wohnsituation und fehlende Hilfsmittel**
Ist die Wohnung nicht barrierefrei, fehlen Hilfsmittel wie ein Pflegebett, ein Rollstuhl oder ein Badewannenlift, kann dies zu ständigen körperlichen Belastungen und Überforderung führen.
5. **Finanzielle Engpässe**
Können Pflege- und Lebenshaltungskosten nicht ausreichend gedeckt werden, steigt die emotionale Anspannung. Finanzielle Sorgen sind ein häufiger Auslöser für familiäre Konflikte.

6. Wenig Wissen über Krankheit und Pflege

Angehörige, die nicht ausreichend über Krankheitsbilder, Pflegeaufgaben und Umgangsstrategien informiert sind, geraten in Stresssituationen schneller in eine Spirale von Angst, Ohnmacht und Frust.

Das Zusammenspiel all dieser Faktoren macht klar, wie leicht Gewalt in der häuslichen Pflege eskalieren kann, wenn vorbeugende Maßnahmen und kontinuierliche Unterstützungsangebote fehlen. Der Schlüsselsatz lautet deshalb: „Nicht die bösen Angehörigen sind das Problem, sondern die Strukturen, in denen sie sich allein gelassen fühlen.“

9. Entlastung, Unterstützung, Fachlicher Rat

Um Gewalt in der häuslichen Pflege vorzubeugen, braucht es ein ganzheitliches Unterstützungssystem. Dies setzt an verschiedenen Punkten an:

Helfende statt strafender Interventionen

Ein zentrales Anliegen in der Prävention von Gewalt ist es, nicht nur strafende, sondern vor allem helfende Interventionen zu ermöglichen. Pflegende Angehörige dürfen nicht das Gefühl haben, kriminalisiert zu werden, wenn sie über ihre Überforderung sprechen. Stattdessen müssen niederschwellige Angebote geschaffen werden, die zügig und unbürokratisch helfen.

Aufbau eines tragfähigen Netzwerks

Pflegende Angehörige brauchen konkrete Entlastung: sei es durch stundenweise Verhinderungspflege, Tagespflegeangebote, ambulante Pflegedienste oder ehrenamtliche Helfer. Mehrgenerationenhäuser, Nachbarschaftshilfen und Wohlfahrtsverbände können Kontakte zu Selbsthilfegruppen oder Gesprächskreisen vermitteln, in denen Erfahrungen ausgetauscht werden können. Solche Gruppen helfen dabei, Überlastung frühzeitig zu erkennen, Strategien zur Deeskalation zu entwickeln und emotionale Unterstützung zu erfahren.

Rechtsrahmen und Schutzmaßnahmen

Gesetzliche Bestimmungen wie das Gewaltschutzgesetz (<https://www.gesetze-im-internet.de/gewschg/index.html>) bieten Pflegebedürftigen und Pflegenden gleichermaßen einen rechtlichen Schutz. Bei häuslicher Gewalt können zudem zivilrechtliche Maßnahmen ergriffen werden, um beispielsweise eine gewalttätige Person räumlich zu distanzieren. Allerdings greifen diese Mechanismen nur, wenn Gewalt als solche wahrgenommen und gemeldet wird. Hier ist ein offenes Umfeld wichtig, in dem Betroffene vertrauensvoll von Problemen berichten können.

Fachliche Beratung und Screening-Instrumente

Die Inanspruchnahme professioneller Beratung ist ein wichtiger Schritt, um sowohl pflegebedürftige Personen als auch Angehörige zu schützen. Eine hilfreiche Ergänzung kann das Screening-Instrument **FARBE** (Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung) sein, das vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) entwickelt wurde (<https://www.zqp.de/angebot/fragebogen-farbe/>). Mit FARBE können Beraterinnen und Berater erfassen, wie hoch die Belastung eines pflegenden Angehörigen ist und wo seine Resilienzfaktoren liegen. Durch gezielte Maßnahmen lässt sich dann die Widerstandskraft stärken und die Gefahr stressbedingter Krisen reduzieren.

Psychoedukation und Deeskalationstechniken

Pflegende benötigen Handwerkszeug, um im Alltag angemessen reagieren zu können. Rollenspiele, Fallbesprechungen und Schulungen zu Kommunikationstechniken und Deeskalationsstrategien vermitteln Sicherheit im Umgang mit herausforderndem Verhalten. Zum Beispiel lernen Angehörige, Warnsignale einer aufkommenden

Aggression früh zu erkennen und ihnen mit klärenden Gesprächen, Atempausen oder räumlichem Rückzug zu begegnen, bevor es zu einem Gewaltausbruch kommt.

Krisentelefone und Notfallkontakte

In akuten Notsituationen können Krisentelefone weiterhelfen. Eine Übersicht bietet das ZQP unter <https://www.zqp.de/angebot/krisentelefone/#krisentelefone>. Auch die örtlichen Pflegestützpunkte oder Beratungsstellen der Kirchen und Kommunen sind wichtige Anlaufstellen. Im Notfall sollte nicht gezögert werden, auch die Polizei einzuschalten, wenn Gefahr für Leib und Leben besteht.

Pflegeversicherung und finanzielle Hilfen

Um die finanzielle Last zu mildern und den Alltag zu erleichtern, sollte man die Leistungen der Pflegeversicherung umfassend nutzen. Hierzu zählen unter anderem:

- Pflegegeld und Sachleistungen
- Verhinderungspflege (finanzielle Unterstützung für stundenweise Entlastung durch externe Personen)
- Kurzzeitpflege (vorübergehende stationäre Pflege)
- Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen
- Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Lifter, technische Alltagshilfen)

Die Pflegekassen und private Pflegeversicherungen geben Auskunft über die jeweiligen Ansprüche, ebenso wie kommunale Beratungsstellen und Pflegestützpunkte.

Wohnungsanpassung und strukturelle Verbesserungen

Kleine oder größere Umbaumaßnahmen (rutschfeste Böden, Haltegriffe, barrierefreie Dusche) können den Pflegealltag wesentlich erleichtern und das Risiko von Stürzen reduzieren. Dadurch werden stressige Situationen minimiert, in denen es zu gewaltsamen Handlungen kommen könnte – etwa wenn eine Person mit eingeschränkter Mobilität ständig gestützt oder getragen werden muss.

Selbstreflexion und kollegiale Beratung

Angehörige sollten immer wieder in einen Prozess der Selbstreflexion gehen: „Wo stehe ich gerade? Welche Gedanken und Gefühle belasten mich? Wie gehe ich damit um?“ Moderierte Gesprächsrunden, Supervision oder kollegiale Beratung – etwa in Gruppen für pflegende Angehörige – ermöglichen, Erfahrungen offen zu teilen, Ratschläge einzuholen und sich gegenseitig zu stützen. Auf diese Weise lässt sich das Risiko von Gewalthandlungen deutlich reduzieren.

Praktisches Beispiel: Entschärfung einer Konfliktsituation

Frau M. pflegt ihre demenzkranke Mutter. Diese reagiert oft aggressiv, wenn es um die Körperpflege geht. Frau M. fühlt sich überfordert, weil sie nebenbei noch halbtags arbeitet und zwei Kinder im Teenageralter versorgt. Der Stress wächst, Frau M. wird zunehmend gereizt und schreit ihre Mutter mehrmals an, was die Situation weiter eskaliert. Schließlich sucht sie Hilfe in einer Selbsthilfegruppe und lernt Deeskalationstechniken: Sie erklärt ihrer Mutter vor jeder Pflegesituation, was gleich geschehen wird, vermeidet hastige Bewegungen und spricht ruhig in kurzen Sätzen. Zwischendurch legt sie Pausen ein, wenn beide sich überfordert fühlen. Zudem besorgt sie sich Unterstützung durch einen ambulanten Dienst für ein- bis zweimal die Woche. Ergebnis: Die Konflikte nehmen ab,

und Frau M. fühlt sich weniger schuldig. Sie erkennt, dass es vor allem strukturelle Faktoren waren – fehlende Zeit, unzureichende Unterstützung und mangelnde Kenntnisse über Demenz – die ihre Gewaltbereitschaft haben ansteigen lassen.

Fazit

Gewalt in der häuslichen Pflege ist ein vielschichtiges und sensibles Thema, das nicht auf simple Täter-Opfer-Schemata reduziert werden sollte. Häufig geraten pflegende Angehörige in Konfliktsituationen, weil sie mit der Komplexität der Pflege und dem strukturellen Mangel an Hilfeleistungen überfordert sind. Es geht dabei nicht um „böse“ Menschen, sondern um ein System, das ihnen zu wenig praktische und finanzielle Unterstützung bietet, um die Pflege würdevoll und respektvoll zu gestalten. Gewalt kann jedoch verhindert werden, wenn:

1. **Belastungssituationen frühzeitig erkannt** werden – körperliche und psychische Warnsignale einer Überforderung sollten weder verdrängt noch tabuisiert werden.
2. **Rechtzeitige und passgenaue Hilfe** in Anspruch genommen wird – von Beratungsstellen über Krisentelefone bis hin zur Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen der Pflegeversicherung.
3. **Soziale Netzwerke und Nachbarschaftshilfen** aktiviert werden – gemeinsamer Austausch und praktische Unterstützung reduzieren Isolation und geben Kraft.
4. **Professionelle Beratung und Screening-Instrumente** wie FARBE eingesetzt werden – sie können Risiken und Ressourcen identifizieren und gezielt intervenieren.
5. **Deeskalationstechniken und Kommunikation** trainiert werden – um Konflikte gar nicht erst eskalieren zu lassen und respektvoll miteinander umzugehen.

Entscheidend ist, dass pflegende Angehörige wissen, dass sie weder allein sind noch sich schämen müssen, Entlastung zu suchen. Ebenso gilt, dass professionelle Einrichtungen und Beratungsstellen genügend Kapazitäten haben, um die Hilfesuchenden kompetent zu begleiten. Nur so lässt sich die Gewaltspirale in der häuslichen Pflege durchbrechen und langfristig eine wertschätzende, gesundheitsfördernde Pflegesituation für alle Beteiligten schaffen.

Tobias Münzenhofer

18.11.2024

Personzentrierte Praxis – Ein Rahmenkonzept für Führungskräfte



Ein langfristiger Kulturwandel

Die Pflegebranche steht vor immer komplexeren Herausforderungen. Die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen, die Diversität ihrer Bedürfnisse sowie der gesellschaftliche Druck, qualitativ hochwertige und zugleich effiziente Pflege zu gewährleisten, erfordern neue Ansätze. Das Konzept der personzentrierten Praxis (Person-Centred Practice, PCP) bietet einen solchen

Rahmen und setzt den Menschen – ob Bewohner, Patient, Gast, Klient oder Mitarbeiter – ins Zentrum aller Bemühungen. Es verbindet wissenschaftliche Erkenntnisse mit praktischen Instrumenten und schafft eine Kultur, die von Respekt, Selbstbestimmung und individueller Betreuung geprägt ist.

Dieser Artikel richtet sich an Führungskräfte und zeigt u.a. auf, wie das PeoPLe-Modell (Personzentrierte Praxis in der Langzeitpflege) sowie der DNQP-Expertenstandard „Beziehungsgestaltung“ als strategisches Werkzeug genutzt werden kann, um eine Kultur des Miteinanders zu fördern. Dabei werden die Rahmenbedingungen, Grundprinzipien sowie die organisatorischen und individuellen Voraussetzungen beleuchtet.

Hintergrund und Entstehung des PeoPLe-Modells

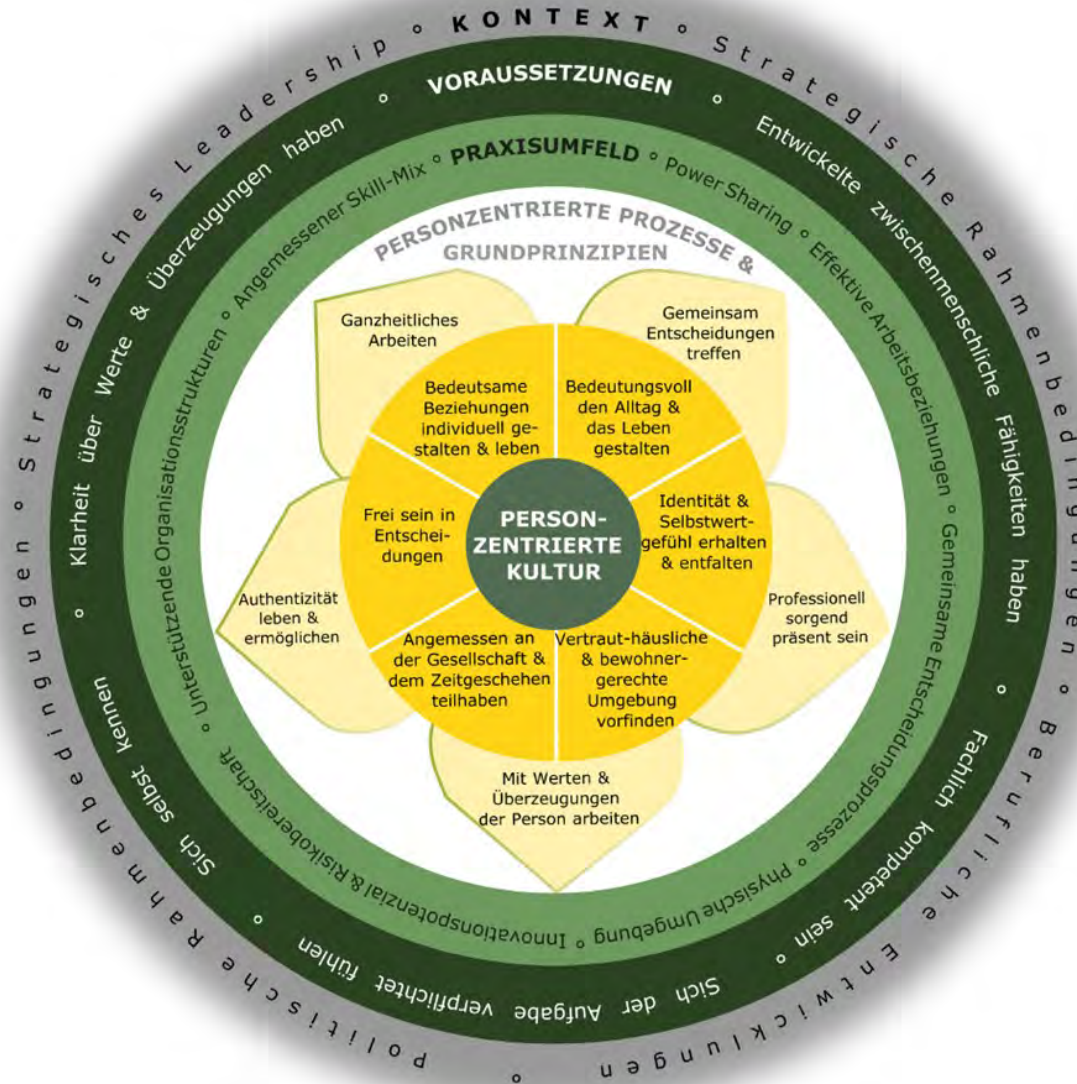
Das PeoPLe-Modell wurde im Rahmen der Initiative „Leben entfalten – Zukunft gestalten“ entwickelt, um ein einheitliches Qualitätskonzept für Pflegezentren zu schaffen. Es basiert auf dem international anerkannten Person-Centred Practice Framework (McCormack [& McCance, 2017) und integriert wissenschaftliche sowie praxisnahe Perspektiven.

Es verbindet vier zentrale Elemente:

1. Voraussetzungen: Kompetenzen und Haltungen der Mitarbeiter.
2. Praxisumfeld: Organisationale Strukturen und Prozesse.
3. Personzentrierte Prozesse: Pflege- und Betreuungspraktiken.
4. Grundprinzipien: Bewohnerorientierte Ziele und Werte.



Das Modell „Personzentrierte Praxis – Langzeitpflege (PeoPLe)“ (Mayer, McCormack [&] McCance);



Die Rolle der Führungskräfte

Führungskräfte spielen eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung einer personzentrierten Kultur. Sie beeinflussen nicht nur die Organisationsstruktur, sondern auch die Arbeitsatmosphäre und das Engagement der Mitarbeitenden. Zu ihren Hauptaufgaben gehören

- Schaffung unterstützender Organisationsstrukturen: Eine offene, wertschätzende Unternehmenskultur fördert Kreativität und Professionalität.
- Power Sharing: Die Delegation von Verantwortung und Entscheidungsbefugnis stärkt das Team und reduziert Hierarchien.
- Förderung effektiver Arbeitsbeziehungen: Respektvolle Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Teams schaffen die Grundlage für Qualität.
- Gemeinsame Entscheidungsfindung: Partizipation und Inklusion von Mitarbeitenden und Bewohnern erhöhen die Akzeptanz von Entscheidungen.



- Innovationsmanagement: Führungskräfte müssen Mut zur Veränderung zeigen und Mitarbeitende ermutigen, innovative Lösungen zu entwickeln.

Die sechs Grundprinzipien der Personenzentrierung

Grundprinzipienmodell der Pflege und Betreuung (© Universität Wien, Land NÖ)



Diese sechs Grundprinzipien bilden das Herzstück des Modells und leiten das tägliche Handeln in der Pflege:

1. **Bedeutungsvolle Beziehungen gestalten:** Beziehungen zu Angehörigen, Freunden und Pflegepersonen müssen individuell gefördert werden.
2. **Vertraut-häusliche Umgebung schaffen:** Die physische Umgebung sollte Wohlbefinden und Sicherheit gewährleisten.
3. **Freiheit in Entscheidungen ermöglichen:** Autonomie und Mitbestimmung der Bewohner stehen im Vordergrund.
4. **Identität und Selbstwertgefühl fördern:** Bisher gelebte Rollen und individuelle Identität sind essenziell.



5. **Alltag und Leben bedeutungsvoll gestalten:** Tagesabläufe sollten Interessen und Fähigkeiten der Klientel widerspiegeln.
6. **Teilnahme am gesellschaftlichen Leben:** Das Klientel soll die Möglichkeit haben, an gesellschaftlichen und zeitlichen Ereignissen teilzunehmen.

Voraussetzungen: Was brauchen Mitarbeiter?

Für die erfolgreiche Umsetzung personenzentrierter Praxis sind die Kompetenzen und Haltungen der Mitarbeiter entscheidend:

- Fachliche Kompetenz: Reflektiertes Wissen und Fertigkeiten bilden die Basis.
- Zwischenmenschliche Fähigkeiten: Empathie und Kommunikationsstärke sind unverzichtbar.
- Selbstkenntnis und Reflexionsfähigkeit: Das Bewusstsein eigener Werte und Überzeugungen fördert die Entwicklung einer personenzentrierten Haltung.
- Engagement und Verantwortungsbewusstsein: Ein hohes Maß an beruflichem Einsatz ist erforderlich.

Führungskräfte müssen kontinuierliche Weiterbildung und Reflexionsräume anbieten, um diese Kompetenzen zu fördern.

Das Praxisumfeld gestalten

Das Praxisumfeld bestimmt maßgeblich, wie gut eine personenzentrierte Praxis umgesetzt werden kann. Hier sind insbesondere folgende Aspekte relevant:

- Organisationsstrukturen: Flexible, offene Strukturen fördern Eigenverantwortung und Professionalität.
- Skill-Mix: Ein ausgewogenes Team mit unterschiedlichen Kompetenzen ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung.
- Physische Umgebung: Eine gesundheitsfördernde und ästhetische Gestaltung verbessert das Wohlbefinden aller Beteiligten.

Führungskräfte sollten die Entwicklung des Teams durch gezielte Maßnahmen unterstützen und sicherstellen, dass die räumlichen Gegebenheiten den Bedürfnissen der Klientel entsprechen.

Der DNQP-Expertenstandard „Beziehungsgestaltung“: Standard oder Chance für eine personenzentrierte Teamentwicklung

Die Gestaltung von Pflegebeziehungen, insbesondere bei Menschen mit Demenz, erfordert nicht nur fachliche Expertise, sondern auch eine klare Haltung, die Personenzentrierung als Grundprinzip verankert. Der DNQP-Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ bietet dafür eine praxisnahe Grundlage. Er zeigt auf, wie Führungskräfte eine Kultur der Empathie und Reflexion schaffen können, die sowohl die Lebensqualität der Betroffenen als auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte fördert.

Personenzentrierung als Führungskompetenz

Führungskräfte tragen die Verantwortung, eine Pflegeorganisation aufzubauen, die den Prinzipien der Personenzentrierung folgt. Das bedeutet:

1. **Entwicklung einer personenzentrierten Haltung:** Führungskräfte müssen aktiv daran arbeiten, eine Atmosphäre zu schaffen, in der Empathie, gegenseitiger Respekt und Reflexion zentrale Werte sind. Dies erfordert die Förderung einer empathischen Kommunikationskultur, in der die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen im Mittelpunkt stehen.
2. **Schaffung strukturierter Rahmenbedingungen:** Personenzentrierte Pflege ist nur möglich, wenn Führungskräfte klare organisatorische Strukturen schaffen. Dazu gehören interdisziplinäre Verfahrensregelungen, die Zuständigkeiten definieren und sicherstellen, dass beziehungsfördernde Maßnahmen im Pflegealltag etabliert werden.

Die fünf zentralen Handlungsebenen des DNQP-Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz

Der DNQP-Expertenstandard beschreibt fünf Handlungsebenen, die Führungskräften als strategischer Leitfaden dienen können:

- **Erhebung des Unterstützungsbedarfs:** *Die Einrichtung (Führungskraft) fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.* Pflegekräfte müssen geschult werden, individuelle Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit Demenz präzise zu erfassen.
 - Reflexionsräume und dokumentierte Verstehenshypothesen helfen dabei, passende Maßnahmen abzuleiten.
- **Planung beziehungsfördernder Maßnahmen.** *Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.*
 - Auf Basis der erhobenen Daten entwickeln Führungskräfte gemeinsam mit ihrem Team Maßnahmen, die sowohl die Lebensqualität der Betroffenen als auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden fördern. Diese Maßnahmen sollten flexibel gestaltet werden, um auf fluktuierende Zustände der Betroffenen einzugehen.
- **Beratung, Anleitung und Schulung:** *Die Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.*

- o Führungskräfte stellen sicher, dass Mitarbeitende sowie Angehörige kontinuierlich geschult und beraten werden. Dies stärkt das Verständnis für Demenz, fördert Selbstfürsorge und ermöglicht einen konstruktiven Umgang mit Herausforderungen.
- **Durchführung beziehungsfördernder Maßnahmen:** *Die Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte, beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.* Maßnahmen wie soziale Teilhabe, biografische Ansätze oder die Unterstützung von Eigenaktivitäten fördern die Autonomie und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz.
 - o Führungskräfte sorgen dafür, dass solche Angebote in den Alltag integriert und von qualifiziertem Personal begleitet werden.
- **Evaluation der Maßnahmen:** *Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.*
 - o Eine kontinuierliche Reflexion und Dokumentation ermöglicht es, die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen und Anpassungen vorzunehmen. Führungskräfte schaffen die Voraussetzungen für eine solche Evaluation und fördern eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen Pflegepraktiken.

Führungskräfte als Schlüssel zu einer personenzentrierten Kultur

Die Umsetzung des DNQP-Expertenstandards verlangt von Führungskräften nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch eine ausgeprägte Kommunikations- und Methodenkompetenz. Sie müssen:

- Reflexionsräume für ihr Team schaffen, um den Pflegealltag kontinuierlich zu evaluieren.
- Teamdynamiken aktiv gestalten, um eine bewohnerorientierte Haltung zu fördern.
- Schulungsangebote bereitstellen, die auf die spezifischen Herausforderungen der Pflege von Menschen mit Demenz eingehen.

IQM-Demenz: Fragen zur Selbstbewertung – Ein Bild für Reflexion und Praxis

Im Rahmen des Artikels bietet sich die Einbindung dieser Selbstbewertungsfragen aus dem „Integrierten Qualitätsmanagement - IQM-Demenz“ an, die speziell auf die Management-Ebene abzielen. Sie unterstützen Führungskräfte dabei, die Umsetzung des DNQP-Expertenstandards in ihrer Einrichtung kritisch zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Selbstbewertung im Austausch: Aspekte zur Umsetzung des Expertenstandards auf der Management-Ebene:



In erster Linie ist der Expertenstandard eine Führungsaufgabe. **Wie stellt das Leitungsteam sicher, dass ...**

1. ... die Arbeit sinnvoll und erfreulich erlebt wird?
2. ... die Mitarbeitenden selbstständig und eigenverantwortlich in ihrem Arbeitsbereich tätig sind?
3. ... das Team als wichtigste Motivationsquelle erlebt wird?
(Supervision, Besprechungszeiten, Teamdynamiken u. a.)
4. ... Mitarbeitende zeitnah auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz reagieren können?
(Nachfragen, Zeit, Rückmeldung u. a.)
5. ... Pflegende neue Interventionen in die Ablaufstruktur einbringen können?
(Erkenntnisse aus Fortbildungen und Fallbesprechungen, kreative Ideen usw.)
6. ... Pflegende in wichtige Entscheidungen einbezogen sind?
(Neubelegung, Einstellung neuer Mitarbeitender, Ablauforganisation, bauliche Veränderungen)
7. ... Schwierigkeiten und Herausforderungen lösungsorientiert, offen und ohne Schuldzuweisungen angesprochen werden?
8. ... Pflegende qualifiziert sind, sodass sie selbstbewusst und professionell auftreten und sicher argumentieren können?
9. ... Pflegende gelassen, entspannt und zielsicher in Krisensituationen reagieren können? (z. B. durch Fortbildung)

Wie stellt das Leitungsteam sicher, dass ...

1. ... kontinuierliche Schulungen und Auffrischungen zum Grundwissen Demenz und zur Beziehungsgestaltung für alle stattfinden?
2. ... eine Mitarbeitende im Arbeitsbereich mit einer Zusatzausbildung tätig ist?
3. ... eine gerontopsychiatrische Fachkraft in die Managementebene eingebunden ist?

Wie stellen Sie eine person-zentrierte Pflegeorganisation sicher?

Die Pflegefachkraft tritt verantwortlich als Bezugspflegerin in direkte Kommunikation mit allen Beteiligten. Sie übernimmt die Planungsverantwortung, sorgt für personelle Kontinuität in einem stabilen Team und ist in der direkten pflegerischen Versorgung tätig.

Ein langfristiger Kulturwandel

Der DNQP-Expertenstandard „Beziehungsgestaltung“ ist mehr als ein Instrument zur Qualitätssicherung – er ist ein Leitfaden für eine nachhaltige, personenzentrierte Pflegekultur. Führungskräfte sind dabei der Schlüssel, um eine Haltung zu etablieren, die Pflegebeziehungen nicht als technische Aufgabe, sondern als menschliche Interaktion begreift. Mit diesem Standard können Einrichtungen eine Arbeitskultur schaffen, die sowohl



den Bedürfnissen der Bewohner als auch der Mitarbeitenden gerecht wird – eine Win-win-Situation für alle Beteiligten

Gedanken zur Entwicklung eines Personenzentriertes Pflege- und Betreuungskonzept

Ein Praxiskonzept ist ein umfassender Plan, der die Vision, Strategie und operative Ausrichtung einer Arztpraxis definiert. Es umfasst Elemente wie die Praxisphilosophie, Zielgruppenanalyse, Dienstleistungsportfolio, Marketingstrategien, Personalmanagement und betriebswirtschaftliche Planung. Ziel ist es, die Ziele der Praxis klar zu definieren, die Patientenversorgung zu optimieren und die Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Im Kontext der Pflege steht PCC für "Person-Centered Care" oder "Personenzentrierte Pflege". Dieser Ansatz stellt die individuellen Bedürfnisse, Präferenzen und Werte der Patienten in den Mittelpunkt der Versorgung. Ein PCC-Praxiskonzept integriert diese personenzentrierte Philosophie in die tägliche Praxisgestaltung.

Ein solches Konzept beinhaltet:

- Individuelle Pflegeplanung: Entwicklung von Pflegeplänen, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Wünsche jedes Patienten abgestimmt sind.
- Partizipative Entscheidungsfindung: Einbeziehung der Patienten in alle Entscheidungen, die ihre Pflege betreffen, um ihre Autonomie zu fördern.
- Empathische Kommunikation: Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung durch offene und respektvolle Kommunikation.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Koordination zwischen verschiedenen Fachbereichen, um eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen.
- Kontinuierliche Weiterbildung: Schulung des Personals in personenzentrierten Ansätzen und Techniken.

Die Implementierung eines PCC-Praxiskonzepts erfordert eine Kulturveränderung innerhalb der Einrichtung, bei der der Mensch als Ganzes im Mittelpunkt steht. Dies kann zu verbesserten Patientenergebnissen, höherer Zufriedenheit und effizienteren Arbeitsabläufen führen.

Die Wahl zwischen „One size fits all“ und „tailored approaches“ hängt von der Zielgruppe, dem Kontext und den Zielen ab. Hier eine Übersicht der Vor- und Nachteile beider Ansätze:

„One size fits all“

Vorteile

- Effizienz: Ein standardisiertes Konzept spart Zeit und Ressourcen, da es nicht individuell angepasst werden muss.
- Konsistenz: Alle Beteiligten erhalten die gleiche Botschaft oder das gleiche Training.
- Skalierbarkeit: Leicht auf viele Gruppen oder Organisationen anwendbar.
- Kosteneffizienz: Weniger Aufwand bei der Entwicklung und Implementierung.[nbsp]

Nachteile

- Begrenzte Relevanz: Kann nicht auf spezifische Bedürfnisse oder Kontexte eingehen.
- Geringe Akzeptanz: Teilnehmer fühlen sich möglicherweise nicht abgeholt, was die Wirkung beeinträchtigen kann.
- Starrheit: Wenig Raum für Flexibilität oder Anpassung an unerwartete Herausforderungen.

„Tailored approaches“

Vorteile

- Individualität: Maßgeschneiderte Ansätze adressieren spezifische Bedürfnisse und Herausforderungen.
- Höhere Wirksamkeit: Inhalte sind relevanter und praxisnah, was die Motivation und die Umsetzung erhöht.
- Flexibilität: Ansätze können dynamisch angepasst werden, wenn neue Erkenntnisse oder Anforderungen auftauchen.
- Verstärkte Bindung: Teilnehmer fühlen sich ernst genommen und unterstützt.

Nachteile

- Zeit- und Ressourcenaufwand: Erfordert intensivere Vorbereitung und Abstimmung.
- Kosten: Entwicklung und Durchführung sind oft teurer.
- Komplexität: Höherer Anspruch an die Koordination, besonders bei heterogenen Gruppen.

Empfehlung für Pflege- und Weiterbildungssettings

Im Bereich Pflege und Weiterbildung, wo individuelle Bedürfnisse und Kontexte stark variieren, haben „tailored approaches“ in der Regel die besseren Ergebnisse. Themen wie Demenz, Gerontopsychiatrie oder Deeskalation profitieren enorm von auf die Zielgruppe abgestimmten Inhalten, da die Herausforderungen in Einrichtungen, Teams oder Regionen unterschiedlich sind.

Kompromiss

Ein „hybrider Ansatz“ kann die Vorteile beider Welten verbinden:

- Kerninhalte als standardisiertes Modul.
- Flexibilisierung in Workshops, Diskussionen oder Fallbesprechungen.

Anforderungen an eine personenzentrierte Pflegeorganisation

- Schaffung eines einheitlichen Werte- und Pflegeverständnisses (Haltung als Basis der Reflexion und Weiterentwicklung)

- Verständnis von der Thematik als „komplexes System“
- Alle Bereiche sind an der Pflege beteiligt.
- Changemanagement
(Lern-, Entwicklungs- und Veränderungsprozesse / externe Beratung)
- Gesetzliche Verpflichtung zu QM

Empfehlung: Der Person-Centred Climate Questionnaire (PCQ) als Assessment-Instrument

Die Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz erfordert eine bedürfnisorientierte und individuelle Betreuung, um den komplexen Versorgungsanforderungen gerecht zu werden. Herausforderungen wie verändertes Verhalten (z. B. Aggressivität, Wanderverhalten oder Apathie) machen es notwendig, die Person-Zentriertheit der Pflege zu gewährleisten. Dieser Ansatz, entwickelt von Tom Kitwood basierend auf der Persönlichkeitstheorie von Carl Rogers, stellt die Persönlichkeit des Menschen in den Mittelpunkt und beeinflusst Pflegeumfeld, Kommunikationsstile und Maßnahmen wesentlich.

Um den Grad der Person-Zentriertheit in einer Einrichtung systematisch zu erfassen, empfehle ich den Person-Centred Climate Questionnaire (PCQ). Dieses international validierte Instrument ermöglicht eine präzise Einschätzung in den drei Dimensionen:

- Sicherheit: Das Gefühl der Geborgenheit und Schutz innerhalb der Einrichtung.
- Alltagsleben: Die Möglichkeit, den Alltag individuell und bedeutungsvoll zu gestalten.
- Gemeinschaft: Die Förderung von Beziehungen und sozialer Interaktion.

Vorteile des PCQ

1. Mehrdimensionale Perspektive: Das Instrument bietet Versionen für Mitarbeitende (PCQ-G-M), Bewohner (PCQ-G-B) und Angehörige (PCQ-G-A), wodurch unterschiedliche Sichtweisen integriert werden.
2. International validiert: Der PCQ ist wissenschaftlich fundiert und erlaubt eine vergleichende Bewertung.
3. Praktikabel: Mit nur 14 Fragen pro Version ist der PCQ einfach und effizient einsetzbar.

Einsatzmöglichkeiten

- Selbstevaluation: Einrichtungen können den PCQ nutzen, um die eigene Person-Zentriertheit zu bewerten und zu verbessern.
- Qualitätsmanagement: Der PCQ hilft, den Einfluss von Veränderungen oder neuen Maßnahmen auf die Wahrnehmung der Person-Zentriertheit zu messen.
- Kommunikationsgrundlage: Die Ergebnisse können als Grundlage für den Dialog zwischen Mitarbeitenden, Bewohner und Angehörigen dienen.

Der **Person-Centred Climate Questionnaire** ist ein wertvolles Instrument, um die Qualität und Person-Zentriertheit einer Einrichtung gezielt zu erfassen und weiterzuentwickeln. Seine Anwendung unterstützt Führungskräfte und Teams dabei, personenzentrierte Pflege zu fördern und den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz gerecht zu werden.

7-Punkte Programm zur Personenzentrierten Pflege

1. Schaffung professioneller Rahmenbedingungen für Pflegebeziehungen

- Um eine professionelle Pflegebeziehung zu ermöglichen, müssen offene und flexible Rahmenbedingungen geschaffen werden. Es bedarf eines Kontexts, der Spielräume und Flexibilität zulässt, um situativ reagieren zu können. Eine solche Umgebung fördert eine Pflege, die sich nicht auf starre Abläufe beschränkt, sondern individuelle Bedürfnisse und Gegebenheiten berücksichtigt. Hierbei ist eine Kultur entscheidend, die Innovation, Reflexion und Anpassungsfähigkeit ermöglicht.

2. Entwicklung eines personenzentrierten Pflegekonzepts

- Ein modernes Pflegekonzept muss die Lebenswelt und Wahrnehmung der pflegebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellen.
- Wertschätzung und Präsenz: Die Pflegefachkraft muss die Einzigartigkeit jedes Individuums respektieren und in der Interaktion präsent sein.
- Spezifische Maßnahmen: Pflege und Betreuung müssen affektive, beziehungsorientierte, betätigungsfördernde und geborgenheitssichernde Maßnahmen umfassen.
- Evaluation: Die Wirkung von Maßnahmen wird kontinuierlich anhand von Affekt, Beziehung, Betätigung und Geborgenheit überprüft.
- Einbindung der Angehörigen: Angehörige sollten aktiv in die Pflege eingebunden und in ihrer Rolle gestärkt werden.

3. Kontinuierliche Entwicklung der Mitarbeiter

- Eine erfolgreiche Umsetzung personenzentrierter Pflege erfordert qualifizierte und motivierte Mitarbeiter. Wesentliche Aspekte sind:
- Fortlaufende Kompetenzentwicklung: Schulungen und Assessments fördern Wissen und Handlungskompetenzen.
- Stärkung der Selbststeuerungsfähigkeit: Mitarbeiter und Teams entwickeln durch Matrixorganisationen und Fachkompetenzen (z. B. Gerontopsychiatrie) die Fähigkeit, eigenständig und flexibel zu agieren.
- Basisqualität sicherstellen: Alle Pflegekräfte sollten ein gemeinsames Grundniveau an Qualität in der Pflege erreichen.

4. Praxis der Fallbesprechungen und Verstehenshypothesen

- Fallbesprechungen und Verstehenshypothesen bilden die Grundlage für eine professionelle Pflege- und Betreuungsplanung. Durch gemeinsame Reflexion können

- Pflegekräfte die individuellen Bedürfnisse und Hintergründe der pflegebedürftigen Menschen besser verstehen. Diese Praxis unterstützt eine kohärente Sorgerechtung, die auch Angehörige einbezieht und eine ganzheitliche Betreuung fördert.

5. Entwicklung gemeinsamer Sorgerechtung und Entscheidungsbeteiligung

- Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und die Einbeziehung der pflegebedürftigen Menschen – insbesondere bei Demenz – sind essenziell. Alle Entscheidungen sollten partizipativ getroffen werden, wobei passende Informationen zu Demenz bereitgestellt werden. Dies stärkt das Vertrauen und ermöglicht eine individuelle Ausrichtung der Pflege.

6. Beziehungsorientierte Pflegeplanung und Dokumentation

- Pflegeplanung und Dokumentation sollten sich auf beziehungsrelevante Aspekte fokussieren, um Affekte, Beziehungen, Betätigungen und Geborgenheit zu reflektieren und festzuhalten. Die Planung sollte flexibel genug sein, um gute wie auch schlechte Tage der Bewohner abzudecken, wobei die Person mit Demenz stets im Vordergrund steht.

7. Integration von Pflege und Betreuung

- Pflege und Betreuung sind untrennbar miteinander verbunden. Eine funktionale, verrichtungsorientierte Pflege steht dabei im Kontrast zur beziehungsorientierten Pflege, die alle Tätigkeiten in den Kontext der Beziehung setzt. Die Pflegeplanung basiert auf Verstehenshypothesen, stärkt subjektive Bedürfnisse und fördert die Selbststeuerungsfähigkeit sowohl der Bewohner als auch der Mitarbeitenden und Bezugspersonen.

Implementierung und Evaluation

Die Implementierung einer personenzentrierten Praxis erfordert einen systematischen Ansatz:

1. Assessment: Regelmäßige Evaluierung der individuellen und organisatorischen Voraussetzungen.
2. Schulungen und Workshops: Weiterbildungen zu Kommunikation, Ethik und Selbstreflexion.
3. Feedback-Kultur: Mitarbeitergespräche und Teambesprechungen fördern den kontinuierlichen Austausch.
4. Messbare Ziele setzen: Erfolgskriterien sollten klar definiert und regelmäßig überprüft werden.

Anforderungen und Eckpunkte für die Implementierung personenzentrierter Pflegekonzepte

Träger und Leitungen von Pflegeeinrichtungen tragen die Verantwortung, den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen und eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Dafür benötigen sie fundierte Kenntnisse in Pflege, Berufsethik sowie Betriebs-, Finanz- und



Personalwirtschaft. Neben Fachwissen sind Führungs- und Kommunikationsfähigkeiten, eine ausgeprägte Methodenkompetenz sowie die Fähigkeit zur kontinuierlichen Weiterqualifikation erforderlich. Leitungen sollten nicht nur über eine wertschätzende Grundhaltung verfügen, sondern diese auch vorleben. Spezifische Kenntnisse in der Pflege von Menschen mit Demenz sind ebenso essenziell wie ein aufrichtiges Interesse und Engagement für das Wohl der gepflegten Menschen.

Wesentliche Eckpunkte des Implementierungsprozesses

Ein erfolgreicher Implementierungsprozess personenzentrierter Pflege erfordert klare Strukturen und Maßnahmen:

- Demenz-Coach und „Verbündete“: Experten sollten direkt im Arbeitsumfeld agieren und die Mitarbeitenden durch Schulungen und Beratung unterstützen.
- Gezielte Arbeitsaufträge: Einzelpersonen oder Projektgruppen sollten spezifische Aufgaben erhalten, um die Umsetzung zu fördern.
- Beratungsprozesse:
 - Interdisziplinäre Fallbesprechungen stärken die Zusammenarbeit.
 - Gemeinsames Wissen wird aktiv geteilt.
 - Rückfälle in funktionale Arbeitsstile werden reflektiert.
 - Lernen im Team wird als Kernprozess etabliert.
- Technologische Unterstützung: Chatrooms und andere Online-Plattformen fördern den Austausch.
- Nachschulungen: Regelmäßige Weiterbildung mit methodischen Variationen sorgt für nachhaltigen Kompetenzaufbau.
- Positive Gewohnheiten: Nachhaltige, positive Routinen sollten etabliert und belohnt werden.
- Flankierende Maßnahmen: Leitungen schaffen unterstützende Rahmenbedingungen.
- Individuelle Anpassung: Interventionen werden auf die Bedürfnisse des Klientel und ihren Angehörigen zugeschnitten.

Konzeptionelle Grundlagen und Arbeitshilfen

Ein wichtiger Schritt zur Umsetzung ist die Analyse des Status quo der Rahmenbedingungen für ein personenzentriertes Milieu. Pflegeleitbilder, Konzepte und Verfahrensanweisungen müssen aktualisiert und an die Bedürfnisse des Klientel angepasst werden. Arbeitshilfen sind hierbei unverzichtbar, z. B.:

- Instrumente zur Einschätzung kognitiver Leistungseinbußen.
- Leitfäden zur Beziehungsgestaltung bei Demenz.
- Evaluationsinstrumente zur Überprüfung der Maßnahmen.

Positive Erfahrungen im Implementierungsprozess

Eine gelungene Implementierung zeichnet sich durch die Integration personenzentrierter Maßnahmen in den Alltag aus. Sichere Abläufe und praxisnahe Strukturen fördern die Akzeptanz. Symbolische Aktionen wie spezielle Kleidung, Farben oder Rituale stärken das Gemeinschaftsgefühl und die Identifikation mit dem Konzept. Ein motivierender, zirkulärer Prozess entsteht, wenn Leitungen die Arbeitsprozesse klar strukturieren und Erfolge gezielt belohnen.

Negative Erfahrungen im Implementierungsprozess

Herausforderungen im Implementierungsprozess können durch Überarbeitung, Zeitmangel und Erschöpfung entstehen. Fehlende Anpassungen der Interventionen durch das Team sowie negative Teamdynamiken mindern die Wirksamkeit. Wenn Angehörige sich distanzieren, verhalten und Pflege und Betreuung voneinander getrennt bleiben, wird die personenzentrierte Ausrichtung geschwächt.

Förderlich für die nachhaltige Umsetzung sind...

Fortbildungen für die Pflegenden, die Gewinnung von geeignetem Personal, die vorbildhafte Pflege durch Demenzexperten und vor allem die „Bereitschaft der Pflegenden, ihre Haltung und ihren Arbeitsstil zu verändern“. Zudem spielen Teamstabilität und Teamentwicklungsmaßnahmen, z. B. Supervision, aber auch der Austausch der Berufsgruppen untereinander und das Ausräumen von „Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Sozialen Dienst und der Pflege“ eine große Rolle. Von Seiten der Einrichtungsleitungen braucht es eine offene Haltung gegenüber dem Thema Beziehungsgestaltung im Speziellen und personenzentrierter Pflege im Allgemeinen. Dabei steht im Mittelpunkt ein „am Ball bleiben auf der Führungsebene auch über die entsprechende Stärkung positiven Verhaltens der Mitarbeitenden durch Feedback und durch fallorientierte Schulungen“ und die Entwicklung einer „Kultur der Beziehungsgestaltung für die Mitarbeiter und das ganze Haus“. Damit unterstreichen die Projektverantwortlichen die Bedeutung eines lebendigen Konzepts für eine personenzentrierte Pflege

Im Sinne einer guten und gelingenden gerontopsychiatrischen Pflege gilt es also, das Augenmerk auf eben diese konzeptuellen Grundlagen zu legen und nicht der formalen Erfüllung von Standardkriterien Vorrang zu gewähren.

Letztendlich wird sich der Erfolg der Standardeinführung zunächst weniger an Letzterem messen lassen, sondern auf Teamentwicklungsprozessen, Kompetenz- und Haltungsentwicklung beruhen. Führungskräfte sind aufgefordert, diese Entwicklung zu fördern, zu fordern und Verantwortung für die Lebendigkeit personenzentrierter Konzepte zu übernehmen. So tragen sie zu einem Binnenklima bei, welches es den Pflegenden ermöglicht, bei diesem vulnerablen gerontopsychiatrischen Klientel Angebote zur Beziehungsgestaltung zu machen, die ihnen das Gefühl geben, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Menschen verbunden zu sein.

To do's

1. Strategische Ziele vor Implementierung entwickeln.
2. Geeigneten Zeitpunkt für den Start wählen.
3. Ganzes Team, MmD und Angehörige involvieren.
4. Unterstützung durch externe Trainer und Supervisoren.
5. Kontinuierliche Evaluation.
6. Feedback an alle Beteiligten.
7. Detaillierter Implementierungsplan.

Ein langfristiger Kulturwandel

Die personenzentrierte Pflege stellt den Menschen mit all seinen Bedürfnissen und Ressourcen in den Mittelpunkt. Sie erfordert flexible Strukturen, kontinuierliche Weiterbildung und eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten. Führungskräfte und Pflegekräfte müssen gemeinsam eine Kultur entwickeln, die durch Empathie, Reflexion und Respekt geprägt ist, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Die Einführung einer personenzentrierten Praxis ist kein kurzfristiges Projekt, sondern ein fortlaufender Prozess. Führungskräfte tragen die Verantwortung, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen und eine Kultur des Respekts und der Selbstbestimmung zu fördern. Mit dem PeoPLe-Modell wie Expertenstandard haben sie ein wissenschaftlich fundiertes Instrument an der Hand, das sowohl theoretische als auch praktische Ansätze integriert. Für die Pflegebranche eröffnet sich durch die konsequente Anwendung die Möglichkeit, nicht nur die Lebensqualität der gerontopsychiatrischen Klientel zu steigern, sondern auch die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter zu erhöhen – ein entscheidender Faktor für den langfristigen Erfolg von Pflegeeinrichtungen. Eine erfolgreiche Umsetzung personenzentrierter Pflege erfordert die aktive Beteiligung von Trägern, Leitungen, Teams und Angehörigen. Durch gezielte Maßnahmen, kontinuierliche Weiterbildung und klare Strukturen kann ein nachhaltiger Kulturwandel hin zu einer beziehungs- und bedürfnisorientierten Pflege erreicht werden.

Tobias Münzenhofer

10.11.2024

Schlafförderung bei Menschen mit Demenz in Pflegeeinrichtungen begleiten

- Nächtliche Unruhe: Ursache und Abhilfe

Quelle: imago images/photothek



Demenzerkrankungen gehen neben kognitiven Beeinträchtigungen oft mit behavioralen und psychologischen Symptomen (BPSD) einher, darunter Schlafstörungen, Depressionen und Apathie. Schlafstörungen wie Insomnie, zirkadiane Rhythmusstörungen und motorische Unruhe in der Nacht belasten die Betroffenen und das Umfeld stark und erschweren den klinischen Verlauf. Die Diagnostik dieser Störungen erfordert eine umfassende Schlafanamnese und die Berücksichtigung individueller Risikofaktoren. Die Behandlung fokussiert sich zunächst auf nicht-pharmakologische Ansätze wie Schlafhygiene, Entspannungstechniken und psychotherapeutische Unterstützung, da Medikamente in dieser vulnerablen Gruppe oft erhebliche Nebenwirkungen haben und nur in Ausnahmefällen in limitierter Dosierung eingesetzt werden sollten.

Die Schlafförderung bei Menschen mit Demenz ist ein zentrales Thema in der Pflege, da Schlafstörungen und nächtliche Verwirrtheit bei dieser Patientengruppe häufig auftreten. Schlafprobleme stellen für Menschen mit Demenz eine schwere Belastung dar, die sich auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden auswirkt und auch die Angehörigen und Pflegekräfte stark beansprucht. Das Projekt MoNoPol-Sleep, ein Zusammenschluss der Universität zu Köln, der Universität zu Lübeck, der

Tobias Münzenhofer | LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE®

E-Mail: info@lichtblicke-demenzstrategie.bayern | Internet: www.lichtblicke-demenzstrategie.bayern

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in Witten, hat in den letzten Jahren umfassende Forschung betrieben, um ein nicht-pharmakologisches Maßnahmenpaket zur Schlafförderung zu entwickeln und in Pflegeheimen umzusetzen.

Dieser Artikel gibt Pflege- und Betreuungskräften einen praxisnahen Überblick über die Ursachen von Schlafproblemen bei Menschen mit Demenz sowie die Maßnahmen, die im Rahmen des MoNoPol-Sleep-Projekts als besonders wirksam identifiziert wurden. Ziel ist es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und den Pflegealltag durch wissenschaftlich fundierte Interventionen zu erleichtern.

1. Ursachen von Schlafproblemen bei Menschen mit Demenz

Schlafstörungen können bei älteren Menschen und insbesondere bei Menschen mit Demenz durch eine Vielzahl von Faktoren ausgelöst werden.

Menschen mit Demenz fallen oftmals aus Langeweile und Unterforderung tagsüber in einen Dämmer Schlaf und benötigen somit nachts weniger Schlaf.

Je nach Art der Demenz gibt es unterschiedliche Muster der Schlafstörungen. Bei Alzheimer kann es länger brauchen bis der Betroffene einschläft, bei der Lewy-Körperchen- Demenz erwachen die Betroffenen mehrmals in der Nacht und bei Demenzen im Zusammenhang mit Parkinson kommt es häufig zu einer ausgeprägten Tagesschläfrigkeit.

Zu den häufigsten Ursachen gehören:

1.1. Physiologische Veränderungen im Alter und bei Demenz

Der Schlaf-Wach-Rhythmus wird im Alter zunehmend instabil. Die „innere Uhr“, die den Tag-Nacht-Rhythmus steuert, reagiert im Alter weniger empfindlich auf die äußeren Zeitgeber wie Licht und Dunkelheit. Mit zunehmendem Alter nehmen auch Tief- und REM-Schlafphasen ab, was zu einem weniger erholsamen Schlaf führt. Bei Menschen mit Demenz sind diese Veränderungen oft noch ausgeprägter, sodass die Betroffenen Schwierigkeiten haben, zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden.

1.2. Medizinische Ursachen

Viele Menschen mit Demenz leiden an Mehrfacherkrankungen, die den Schlaf beeinträchtigen können. Schmerzen, Atemprobleme, Inkontinenz oder das nächtliche Aufwachen, um zur Toilette zu gehen, sind häufige Ursachen von Schlafstörungen. Darüber hinaus können Medikamente wie Beruhigungsmittel, Psychopharmaka und Schlafmittel selbst Nebenwirkungen haben, die den Schlaf weiter stören.

1.3. Psychische Ursachen und Verhaltensveränderungen

Schlafprobleme und psychische Belastungen bedingen sich oft gegenseitig. Angst, Stress, Depressionen oder Gefühle der Einsamkeit können dazu führen, dass Menschen mit Demenz besonders am Abend unruhig werden (Sundowning). Auch

Halluzinationen oder Verwirrtheit, die häufig in den Abendstunden zunehmen, können den Schlaf beeinträchtigen und zu nächtlicher Rastlosigkeit führen.

1.4. Umgebungsfaktoren und Pflegebedingungen

In Pflegeeinrichtungen ist es häufig schwierig, eine optimale Schlafumgebung zu schaffen. Faktoren wie Lärm durch andere Bewohner oder Pflegepersonal, Beleuchtung und die Temperatur in den Räumen beeinflussen die Schlafqualität erheblich. Zudem können pflegerische Tätigkeiten, wie nächtliche Kontrollgänge, das An- und Ablegen von Inkontinenzmaterial oder das Bereitstellen von Medikamenten den Schlaf der Bewohner stören.

1.5. Auswirkungen von Schlafmangel auf Menschen mit Demenz

Schlafmangel wirkt sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus. Menschen mit Demenz, die an Schlafproblemen leiden, neigen zu erhöhter Verwirrtheit und haben ein erhöhtes Risiko für Stürze, was wiederum die Pflege erschwert und das Verletzungsrisiko steigert. Ein chronischer Schlafmangel kann außerdem das Fortschreiten der Demenz beschleunigen und das Gedächtnis sowie andere kognitive Funktionen weiter schwächen.

2. Schlaffördernde Maßnahmen: Die sechs Säulen des MoNoPol-Sleep-Projekts

Im Rahmen des MoNoPol-Sleep-Projekts wurden sechs Hauptstrategien zur Schlafförderung bei Menschen mit Demenz entwickelt. Diese Methoden sind einfach umsetzbar und können an die individuellen Bedürfnisse der Bewohner angepasst werden. Sie bieten Pflegekräften und Betreuungskräften eine hilfreiche Orientierung, um die Schlafqualität von Menschen mit Demenz nachhaltig zu verbessern.

2.1. Körperliche und soziale Tagesaktivitäten anbieten

Tageslicht und körperliche Bewegung sind wesentliche Faktoren, um den zirkadianen Rhythmus zu stärken und das Schlafverhalten positiv zu beeinflussen. Aktivitäten im Freien oder am hellen Fenster sowie gezielte körperliche Aktivitäten wie kurze Spaziergänge oder kleine Gymnastikübungen tragen dazu bei, die Müdigkeit tagsüber zu verringern und den Nachtschlaf zu fördern. Studien zeigen, dass Menschen mit Demenz durch eine erhöhte Tageslichtexposition und körperliche Aktivierung in der Nacht besser schlafen.

Es ist wichtig, dass Pflegekräfte wie Betreuungskräfte die Tagesstruktur an die individuellen Bedürfnisse der Bewohner anpassen. Spiele, gemeinsames Singen oder das Vorlesen von Geschichten können die sozialen und kognitiven Fähigkeiten fördern und die Bewohner dabei unterstützen, sich aktiv am Tag zu beteiligen. Auch das gezielte Vermeiden von Nickerchen, außer dem Mittagsschlaf, fördert einen gesunden Nachtschlaf.

2.2. Individuelle Schlafroutinen und -rituale gestalten

Ein festes Einschlafritual und regelmäßige Schlafzeiten sind besonders für Menschen mit Demenz hilfreich, da sie Struktur und Orientierung bieten. Zu-Bett-Geh-Routinen

sollten auf die persönlichen Vorlieben und Gewohnheiten abgestimmt sein. Einige Menschen empfinden es als beruhigend, einen bestimmten Spruch zu hören, ein Kuscheltier in der Hand zu halten oder durch ein sanftes Gute-Nacht-Lied beruhigt zu werden.

Einige Menschen profitieren auch von natürlichen Beruhigungsmitteln wie Lavendelöl oder Kräutertee, während andere eine Handmassage oder sanfte Musik als angenehm empfinden. Es ist wichtig, dass Pflegekräfte und Betreuungskräfte gemeinsam flexibel auf die individuellen Bedürfnisse reagieren und die Routinen so gestalten, dass sie Sicherheit und Geborgenheit bieten.

2.3. Eine angenehme Schlafumgebung schaffen

Die Schlafumgebung ist ein entscheidender Faktor für die Schlafqualität. Faktoren wie Lärm, Licht, Raumtemperatur und das Bett selbst spielen eine wesentliche Rolle. Um eine ruhige und entspannte Atmosphäre zu schaffen, sollten unnötige Lichtquellen im Zimmer vermieden und Störgeräusche minimiert werden. Lichter im Gang sollten möglichst gedimmt und nur bei Bedarf eingeschaltet werden, um das Einschlafen nicht zu beeinträchtigen.

Die Raumtemperatur sollte auf etwa 18 °C eingestellt und individuell anpassbare Bettgestaltungen sollten berücksichtigt werden. Ein gemütliches Kissen, eine weiche Bettdecke oder die Position des Bettes im Raum können das Sicherheitsgefühl der Bewohner steigern. Auf diese Weise wird die Schlafumgebung zu einem Rückzugsort, der Geborgenheit vermittelt und eine erholsame Nacht begünstigt.

2.4. Anpassung der nächtlichen Pflegeroutinen

Pflegeroutinen in der Nacht stellen oft eine große Herausforderung dar, da viele Tätigkeiten wie Kontrollgänge oder Inkontinenzversorgung den Schlaf der Bewohner stören. Es ist daher ratsam, die nächtlichen Pflegeroutinen kritisch zu reflektieren und wenn möglich anzupassen. So sollten Kontrollgänge nur bei Bedarf durchgeführt werden und laute Tätigkeiten wie das Öffnen von Türen oder das Bewegen von Pflegewagen vermieden werden.

Eine Faustregel lautet: „So viel wie nötig, so wenig wie möglich.“ Pflegekräfte sollten darauf achten, die Bewohner nicht unnötig zu wecken und Tätigkeiten möglichst leise durchzuführen. In manchen Fällen kann es hilfreich sein, eine Taschenlampe zu verwenden, anstatt das Zimmerlicht einzuschalten, um den Schlaf des Bewohners möglichst wenig zu stören.

2.5. Identifikation körperlicher und psychischer Ursachen für Schlafprobleme

Eine der häufigsten Ursachen für Schlafprobleme bei Menschen mit Demenz sind unbeachtete Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst, Schmerzen oder das Bedürfnis nach Temperaturregulation. Menschen mit Demenz können diese Bedürfnisse oft nicht mehr ausdrücken, was zu einer vermehrten nächtlichen Unruhe führt. Daher sollten Pflegekräfte diese Faktoren regelmäßig beobachten und auf mögliche Signale reagieren.

Auch emotionale Faktoren wie Angst oder das Gefühl von Einsamkeit können den Schlaf negativ beeinflussen. Eine enge und wertschätzende Begleitung kann dabei helfen, den Bewohnern ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln und so ihren Schlaf zu verbessern.

2.6. Schlaf-Medikation nur im Ausnahmefall anwenden

Medikamente wie Hypnotika und Beruhigungsmittel sollten nur in absoluten Ausnahmefällen und immer nur kurzfristig eingesetzt werden, da sie oft mehr Nebenwirkungen als Nutzen haben. Gerade bei älteren Menschen und Menschen mit Demenz können Schlafmittel zu Schwindel, Gangunsicherheit und erhöhter Sturzgefahr führen. Studien zeigen, dass die Effekte dieser Medikamente bei älteren Menschen zudem gering sind und die Schlafzeit oft nur minimal verlängert wird. Stattdessen sollten die oben genannten nicht-pharmakologischen Maßnahmen priorisiert und möglichst umfangreich umgesetzt werden.

3. Praktische Umsetzung im Pflegealltag

Damit die beschriebenen Maßnahmen im Pflegealltag erfolgreich angewendet werden können, ist es hilfreich, wenn Pflegekräfte gemeinsam mit Betreuungskräften in regelmäßigen Teamsitzungen oder Fallbesprechungen ihre Erfahrungen und Beobachtungen austauschen. Diese Zusammenarbeit ermöglicht es, die Maßnahmen individuell auf jeden Bewohner abzustimmen und gemeinsame Strategien zu entwickeln.

3.1. Durchführung von Fallbesprechungen zur Schlafförderung

Fallbesprechungen sind ein wertvolles Instrument, um individuelle Schlafprobleme und Bedürfnisse der Bewohner zu analysieren und passende Maßnahmen zu planen. Dabei sollten folgende Schritte beachtet werden:

1. ****Situationsbeschreibung****: Präzise Beschreibung der Schlafprobleme und ihres Verlaufs.
2. ****Identifikation der Ursachen****: Aufspüren möglicher Ursachen wie medizinische Probleme, emotionale Belastungen oder Umgebungsfaktoren.
3. ****Maßnahmenplanung****: Entwicklung individueller Strategien und Zuweisung von Verantwortlichkeiten für die Umsetzung.

4. Fazit und Ausblick

Schlafprobleme bei Menschen mit Demenz sind ein komplexes Thema, das Pflegekräfte in ihrem Alltag stark beansprucht. Die Maßnahmen des MoNoPol-Sleep-Projekts zeigen jedoch, dass es möglich ist, durch gezielte nicht-pharmakologische Interventionen die Schlafqualität der Betroffenen nachhaltig zu verbessern und den Pflegealltag zu erleichtern. Die beschriebenen Strategien sind praxiserprobt und basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sodass sie sich gut in den Alltag von Pflegeeinrichtungen integrieren lassen.

Pflegekräfte leisten durch ihre engagierte Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität der Bewohner. Indem sie schlaffördernde Maßnahmen umsetzen und den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz empathisch begegnen, können sie wesentlich zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens ihrer Schützlinge beitragen.

Untersuchungen hätten ergeben, dass ein gestörter Nachtschlaf die Entwicklung etwa einer Alzheimer-Erkrankung beeinflusst. Umgekehrt heißt das, wer gut schläft, ist besser davor geschützt, in späteren Jahren eine Demenz zu entwickeln. Und nicht nur das: Auch eine bereits bestehende Demenz kann sich durch unruhige Nächte verschlechtern.

Das Risiko, parallel eine Schlafstörung zu entwickeln, ist bei Personen mit einer Demenz fünfmal so hoch wie bei gesunden Menschen. Daraus entsteht ein Teufelskreis.

Tobias Münzenhofer

05.11.2024



Sexualität im Alter und bei Demenz im Pflegealltag

*"Sexualität ist so viel mehr als machen
- Sexualität beginnt mit SEIN." Claudia Pesenti-Salz*

Die Wahrnehmung und Akzeptanz von Sexualität im Alter und bei Demenz ist in der Pflege oft ein tabuisiertes und herausforderndes Thema. Sexualität ist jedoch ein elementarer Bestandteil des Menschseins und bleibt auch im hohen Alter relevant. Pflegekräfte erleben intime Situationen, die oft Missverständnisse hervorrufen oder Unsicherheiten verstärken. Für eine professionelle Pflege ist es daher entscheidend, angemessen auf die Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen, ohne persönliche Grenzen zu überschreiten. Dieser Leitfaden beleuchtet die Bedeutung von Sexualität bei Menschen mit Demenz, gibt praktische Hinweise zum Umgang mit herausfordernden Situationen und zeigt Lösungsansätze zur Enttabuisierung.

1. Bedeutung von Sexualität und Intimität im Alter

Sexualität umfasst weit mehr als körperliche Handlungen; sie ist Ausdruck emotionaler Bedürfnisse und eine Dimension des menschlichen Lebens, die auch durch Gedanken, Fantasien, Beziehungen und soziale Interaktionen geprägt ist. Die WHO definiert Sexualität als elementar für das Wohlbefinden, unabhängig vom Alter. Für ältere Menschen und Menschen mit Demenz bedeutet Sexualität oft Nähe und Geborgenheit, die nicht allein auf Sexualität im engeren Sinne beschränkt ist.

Es geht um unser Wohlbefinden, ein Menschenrecht selbstbestimmt leben zu dürfen und beide Begriffe schliessen die gleichen Aspekte mit ein, die im nebenstehenden Kreismodell dargestellt sind.



Modell nach Sporken, 1974 – adaptiert von Impulsi, 2017

Sporken war ein Theologe und Medizin-Ethiker. Er erklärt Sexualität vereinfacht mit seinem 3-Kreise-Modell und zeigt doch auf, wie breitfächrig Sexualität ist.

Wenn ein Mensch sich bei einigen Aspekten im äusseren Kreis nicht wohl oder sicher fühlt, wird es auch schwieriger das Körperliche (mittlerer und innerer Kreis) entspannt, freudig und erfüllend zu erleben.

Entgegengesetzt nährt eine lustvoll erlebte Körperlichkeit (innerer und mittlerer Kreis) die Aspekte im äussersten Kreis und macht, dass wir uns allgemein in allen unseren Lebensbereichen viel besser fühlen. Das hat auch eine förderliche Wirkung auf unsere körperliche Gesundheit.

Intimität bei Demenz – die Suche nach emotionaler Stabilität

Menschen mit Demenz sind oft isoliert, und die Krankheit erschwert soziale Bindungen. Ihre Wünsche nach Nähe und Zuwendung bleiben jedoch erhalten. Studien zeigen, dass auch Menschen mit fortgeschrittener Demenz Zärtlichkeit und Intimität suchen. Pflegekräfte übernehmen in diesen Situationen häufig die Rolle einer engen Bezugsperson und bieten einen emotionalen Anker, was eine besondere Herausforderung darstellt, weil dies eine Balance zwischen Nähe und professioneller Distanz erfordert.

Die Rolle der Biografiearbeit

Ein bewährtes Instrument zur Unterstützung des sensiblen Umgangs mit Sexualität bei Demenz ist die Biografiearbeit. Sie hilft Pflegekräften, frühere Beziehungen, Werte und kulturelle Hintergründe der Betroffenen zu verstehen, um Verhaltensweisen besser zu deuten. Informationen über das Leben, die Familie, Vorlieben und Einstellungen der Betroffenen können helfen, Ausdrucksformen von Nähe oder Verhaltensweisen als non-verbale Botschaften zu deuten, die nach emotionaler Unterstützung verlangen. Die Arbeit mit Biografien bietet den Vorteil, dass Pflegekräfte mit den Gewohnheiten und Beziehungen der Person vertraut werden und so die Reaktionen der Betroffenen besser verstehen und einordnen können.

2. Sexualität in der Pflege – Tabus und Herausforderungen

Sexualität und Intimität in der Pflege gelten nach wie vor als Tabuthemen. Pflegekräfte begegnen sexuellen oder grenzüberschreitenden Handlungen bei Bewohner*innen und Klient*innen oft mit Unsicherheit. Studien zeigen, dass Pflegenden Sexualität im Alter oft als unangenehm empfinden, was häufig auf fehlende Ausbildung und Sensibilisierung zurückzuführen ist. Gleichzeitig ist das Thema mit Vorurteilen und persönlichen Hemmschwellen behaftet.

Für Pflegekräfte ist es jedoch wichtig, sich bewusst zu machen, dass sie mit ihrem Verhalten die Qualität des Pflegeumfelds prägen und die Atmosphäre beeinflussen können. Eine ruhige und respektvolle Haltung hilft, die Würde und Intimität der zu Pflegenden zu wahren und schafft ein Klima des Vertrauens.

3. Sexualität im Alter: Veränderungen und Bedürfnisse

Das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung bleibt oft bestehen, auch wenn die sexuelle Aktivität oder das sexuelle Interesse im Alter abnimmt. Altersbedingte körperliche Veränderungen wie die Abnahme von Testosteron und Östrogen führen bei vielen älteren Menschen zu einer verminderten Libido, doch das Verlangen nach Intimität und emotionaler Nähe bleibt unverändert. Zudem nehmen soziale und emotionale Aspekte an Bedeutung zu.

Für Menschen mit Demenz, die häufig in stationären Pflegeeinrichtungen leben, können sich diese Bedürfnisse durch kognitive Veränderungen anders ausdrücken. Handhalten, Umarmungen oder scheinbar „unkonventionelles“ Verhalten wie das Nesteln an Kleidung sind häufige Ausdrucksformen von Nähe, die von Pflegekräften als sexuelle Annäherung fehlinterpretiert werden können.

Einflüsse und Herausforderungen der Demenz

Durch die Demenz werden soziale Normen und Kontrollmechanismen oft nicht mehr wahrgenommen, was zu grenzüberschreitenden oder enthemmten Verhaltensweisen führen kann. Diese Verhaltensweisen spiegeln jedoch häufig Bedürfnisse nach Sicherheit und sozialer Bindung wider. Für Pflegekräfte ist es hilfreich, diese Ausdrucksformen neu zu deuten und individuelle Verhaltensweisen nicht sofort als problematisch einzuordnen.

Persönliche Grenzen und Ausdrucksformen respektieren

Das persönliche Verständnis von Nähe und Sexualität variiert stark, abhängig von kulturellen und individuellen Prägungen. Pflegekräfte sollten deshalb sensibel und empathisch auf die Ausdrucksweisen der Betroffenen reagieren und gleichzeitig eigene Grenzen wahren. Hier kann das Wissen um die Lebensgeschichte und die persönliche Einstellung des Bewohners zur Sexualität hilfreich sein.

4. Umgang mit unangemessenem Verhalten: Handlungsstrategien für Pflegekräfte

In der Pflege ist der Umgang mit unangemessenem Verhalten oft belastend. Die folgenden Strategien bieten Pflegekräften Orientierung und stärken die Handlungssicherheit:

Direkte Ansprache und klare Kommunikation

Ein respektvoller Umgang erfordert eine direkte und klare Kommunikation, die den professionellen Abstand wahrt. Pflegekräfte sollten unerwünschte Berührungen oder Annäherungen sofort ansprechen, um Missverständnisse zu vermeiden und die eigenen Grenzen zu verdeutlichen. Aussagen wie „Ich sehe, dass Sie sich nach Nähe sehnen, aber ich bin Ihre Pflegekraft und nicht Ihre Partnerin“ können Klarheit schaffen und ein respektvolles Miteinander fördern.

Verhaltensweisen neu interpretieren

Nicht jede Handlung, die auf den ersten Blick als sexualisiert wirkt, ist tatsächlich so gemeint. Verhalten wie das Greifen nach Händen oder das Nesteln an Kleidung kann auf emotionale Bedürfnisse hinweisen und muss nicht immer als sexuelle Annäherung gedeutet werden. Ein einfühlsames Gespräch oder das Angebot einer alternativen Tätigkeit können in solchen Momenten beruhigend wirken und gleichzeitig den Kontakt wahren.

Ablenkung und Alternativen anbieten

In Eskalationssituationen kann Ablenkung helfen, unerwünschte Verhaltensweisen umzulenken. Ein freundliches Gespräch, das Anbieten von Gegenständen zur Beschäftigung oder das Lenken auf ein gemeinsames Projekt kann das Bedürfnis nach Kontakt befriedigen, ohne dass die professionelle Distanz verloren geht. Gespräche über persönliche Interessen oder Erinnerungen haben eine beruhigende Wirkung und schaffen Verbindung.

Einbindung des Teams

Ein einheitliches Vorgehen im Team ist entscheidend, um einheitliche Richtlinien zu schaffen und die Sicherheit im Umgang mit schwierigen Situationen zu erhöhen. Die regelmäßige Besprechung im Team und das Erarbeiten von Verhaltensregeln für den Umgang mit unangemessenem Verhalten sorgen für Klarheit und entlasten die Pflegekräfte. Eine transparente Kommunikation unter den Teammitgliedern hilft, Belastungen zu teilen und die kollektive Kompetenz zu stärken.

5. Sexualassistenz und alternative Ansätze – Würde durch innovative Methoden wahren

Ein sensibler Umgang mit Sexualität im Alter erfordert innovative Ansätze. Die Sexualassistenz ist ein wachsendes Feld, das darauf abzielt, die Bedürfnisse nach Intimität

und Nähe auf würdevolle Weise zu erfüllen, ohne dass Pflegekräfte über ihre beruflichen Grenzen hinaus belastet werden.

Was ist Sexualassistentenz?

Sexualassistenten und -assistentinnen sind Menschen, die sexuelle Dienstleistungen anbieten. Die Sexualassistentenz unterscheidet sich aber von anderen Formen der Sexarbeit, weil sie sich explizit an Menschen mit Behinderung oder alte Menschen richtet. Diese können eine Sexualassistentin oder einen -assistenten buchen.

Das Sozialgericht in Hannover hat entschieden, dass Menschen, die aufgrund eines Arbeitsunfalls schwere Folgen davongetragen haben, eine Sexualassistentenz bekommen können. Das zahlt in dem Fall die Berufsgenossenschaft. Ist der Unfall zum Beispiel zuhause passiert, dann zahlt die Rentenversicherung.

Sexarbeit oder Sozialarbeit?

Die Assistenz soll Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen. Es geht also nicht ausschließlich darum, sexuelle Bedürfnisse zu stillen. Die Dienstleistung soll dafür sorgen, dass die Kundinnen und Kunden in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt werden und ihre Persönlichkeit entwickeln können. Dazu kann Sex einen Beitrag leisten, aber auch einfach nur eine Umarmung oder ein gutes Gespräch.

Die Erotikbox als Unterstützungsmittel

Ein einfühlsamer Ansatz zur Wahrung der Würde ist die sogenannte „Erotikbox“. Sie enthält Materialien wie Parfüms, Musik, Fotos und andere Erinnerungstücke, die emotionale Reaktionen auslösen und positive Erinnerungen wecken können. Diese Box hilft dabei, die emotionale Verbindung zu fördern, ohne dass die professionelle Distanz überschritten wird.

Pflegekräfte können die Erotikbox einsetzen, um auf non-physische Weise emotionale Bedürfnisse zu erfüllen und das Wohlbefinden der Betroffenen zu steigern. Der Einsatz solcher Mittel fördert das Verständnis, dass Intimität auch durch persönliche Erinnerungen und vertraute Düfte oder Klänge erfahrbar ist.

Alternativen zu direkter Berührung: sensorische Aktivitäten

Alternativen wie der Einsatz von weichen Stoffen, aromatischen Ölen oder entspannender Musik bieten Möglichkeiten, das Bedürfnis nach Berührung und Nähe zu erfüllen. Diese sensorischen Aktivitäten dienen als beruhigende Alternative zur physischen Nähe und helfen Pflegekräften, die professionelle Distanz zu wahren, während die Bedürfnisse der Bewohner*innen berücksichtigt werden.

6. Grenzen und Selbstfürsorge der Pflegekräfte

Pflegekräfte stehen in ihrem beruflichen Alltag oft emotionalen Belastungen gegenüber, wenn sie sich mit Themen wie Nähe und Intimität auseinandersetzen müssen.

Selbstreflexion und Teamunterstützung spielen daher eine wichtige Rolle bei der Selbstfürsorge und helfen, eigene Grenzen zu erkennen und zu respektieren.

Unterstützung im Team suchen

Die Unterstützung durch Kolleg*innen ist von zentraler Bedeutung. Regelmäßige Fallbesprechungen und Supervisionen bieten Pflegekräften Raum, über belastende Situationen zu sprechen und sich Unterstützung zu holen. Der Austausch mit dem Team hilft dabei, das Verhalten der Betroffenen besser zu verstehen und ein gemeinsames Vorgehen zu entwickeln.

Reflexion der eigenen Einstellung zur Sexualität

Die persönliche Einstellung zu Nähe und Intimität hat erheblichen Einfluss auf die Reaktion der Pflegekraft auf herausfordernde Situationen. Die bewusste Auseinandersetzung mit eigenen Erfahrungen und Prägungen hilft Pflegekräften, eine klare Haltung einzunehmen und sich der eigenen emotionalen Grenzen bewusst zu werden. Diese Reflexion fördert den professionellen Umgang und beugt emotionaler Erschöpfung vor.

Schutzmaßnahmen im Pflegealltag

Pflegekräfte können einfache Schutzmaßnahmen nutzen, um ihre professionelle Distanz zu betonen und Missverständnissen vorzubeugen. Das Tragen von neutraler Kleidung und Handschuhen bei der Körperpflege sowie eine klare, sachliche Sprache unterstützen die Wahrung der professionellen Distanz und schaffen Sicherheit in intimen Situationen.

7. Institutionelle Unterstützung und Fortbildungen

Ein wesentlicher Aspekt zur Unterstützung der Pflegekräfte im Umgang mit dem Thema Sexualität und Intimität ist die institutionelle Vorbereitung. Pflegeeinrichtungen sollten gezielt auf solche Situationen vorbereiten und regelmäßige Schulungen sowie Supervisionen anbieten, um Handlungssicherheit zu fördern.

Praxisorientierte Fortbildungen und Rollenspiele

Pflegekräfte profitieren besonders von praxisnahen Übungen wie Rollenspielen, in denen sie herausfordernde Situationen realitätsnah üben können. Diese Übungen ermöglichen es Pflegekräften, in einem sicheren Rahmen ihre Reaktionen zu reflektieren und ihre Kompetenzen im Umgang mit problematischen Verhaltensweisen zu stärken.

Erarbeitung institutioneller Richtlinien

Klare Richtlinien und Handlungsanweisungen geben den Pflegekräften Sicherheit und Orientierung im Umgang mit sexuellen oder grenzüberschreitenden Verhaltensweisen.

Die Einbindung aller Teammitglieder in die Erarbeitung dieser Standards fördert die Akzeptanz und ermöglicht eine einheitliche, respektvolle Haltung gegenüber den Bedürfnissen der Bewohner*innen und den Grenzen der Pflegenden.

Institutionelle Unterstützung durch Supervision, psychologische Beratung und Austauschmöglichkeiten schaffen ein Klima des Verständnisses und der Zusammenarbeit, das Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit stärkt.

8. Fazit – Sexualität im Alter und bei Demenz als integraler Bestandteil der Pflege

Sexualität und Intimität im Alter und bei Demenz bleiben ein sensibles, aber ebenso essentielles Thema in der Pflege. Für die zu Pflegenden bedeuten Nähe und Geborgenheit oft mehr als körperliche Intimität. Ein respektvoller Umgang mit den emotionalen Bedürfnissen älterer Menschen stärkt deren Lebensqualität und bietet ihnen eine würdevolle Pflegeumgebung. Gleichzeitig ist es essenziell, dass Pflegekräfte ihre eigenen Grenzen wahren und sich durch regelmäßige Fortbildungen und Supervision Unterstützung holen können.

Eine enttabuisierte und professionelle Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität im Alter und bei Demenz trägt dazu bei, dass Pflegekräfte empathisch und selbstsicher auf die Bedürfnisse der Bewohner*innen eingehen können. Ein umfassendes Verständnis und klare institutionelle Richtlinien sind entscheidend, um eine Kultur der Wertschätzung und der professionellen Distanz zu fördern und gleichzeitig die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung ein universales Menschenrecht ist, das auf Freiheit, Würde und Gleichheit aller Menschen basiert. Auch im Alter und bei Menschen mit Demenz bleiben diese Rechte bestehen, und es ist die Aufgabe der Gesellschaft und insbesondere der Pflege, diese Ansprüche zu schützen und zu respektieren. Jeder Mensch hat das Recht, selbst zu entscheiden, ob, wann und mit wem er eine Beziehung eingehen möchte und wie er seine Sexualität leben will. Ein erfülltes Sexualleben und der Schutz vor Diskriminierung, Missbrauch und sexuell übertragbaren Krankheiten sind grundlegende Rechte, die bis ins hohe Alter gelten. Wie der Anspruch auf Gesundheit umfasst auch die sexuelle Gesundheit das Recht auf ein Leben in Würde und Selbstbestimmung.

Indem Pflegekräfte in ihrer Arbeit die sexuelle Selbstbestimmung und das Bedürfnis nach Intimität der zu Pflegenden wahren, tragen sie dazu bei, die universalen Rechte jedes Menschen bis zum Lebensende zu respektieren.

Tobias Münzenhofer

10.09.2024



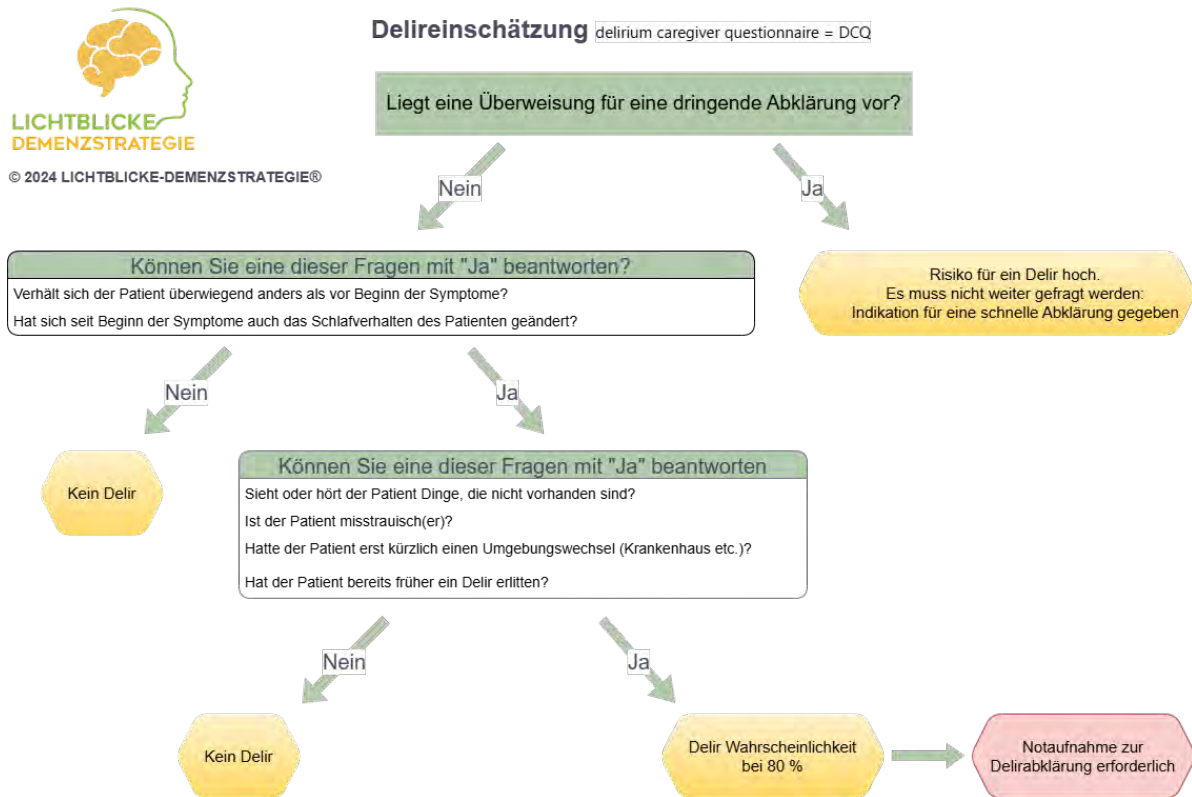
Delirmanagement im Alter

- Vorbeugen, Erkennen und Begleiten im Pflegealltag

Das Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand, der besonders ältere und pflegebedürftige Menschen betrifft. Diese organische Störung des Gehirns kann plötzlich auftreten, einen schwankenden Verlauf haben und multiple kognitive sowie psychische Funktionen beeinträchtigen, wie etwa das Bewusstsein, die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und die Wahrnehmung. Die Symptome sind vielfältig und oft unspezifisch, was das Erkennen eines Delirs erschwert. Aufgrund der gesundheitlichen Risiken, die mit einem Delir einhergehen, wie längere Krankenhausaufenthalte, ein erhöhter Pflegebedarf oder eine verkürzte Lebensdauer, ist die Prävention und das Management eines Delirs in der Altenpflege von großer Bedeutung.

Symptome und Verlaufsformen eines Delirs

Die Symptomatik eines Delirs ist vielseitig und reicht von Orientierungslosigkeit und Verwirrtheit bis hin zu schweren kognitiven Beeinträchtigungen. Typische Anzeichen sind ein plötzlich auftretender Konzentrationsmangel, Gedächtnisstörungen, Benommenheit und Halluzinationen. Auch Desorientierung hinsichtlich Zeit, Ort oder Situation sowie psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen und emotionale Schwankungen wie Angst, Aggression oder Reizbarkeit können Hinweise auf ein Delir sein. Es gibt unterschiedliche Formen des Delirs: das hyperaktive Delir, das sich durch motorische Unruhe und starke Erregung zeigt, das hypoaktive Delir, bei dem die Betroffenen eher apathisch und teilnahmslos wirken, sowie Mischformen. Die Symptome können sich im Tagesverlauf ändern und sind abends häufig verstärkt, was die Diagnose weiter erschwert.



Quelle: Luijckx, H., Quispel-Aggenbach, D. et al. (2021). A short delirium caregiver questionnaire for triage of elderly outpatients with cognitive impairment: a development and test accuracy study. *International Psychogeriatrics*, 33(1), 31-37

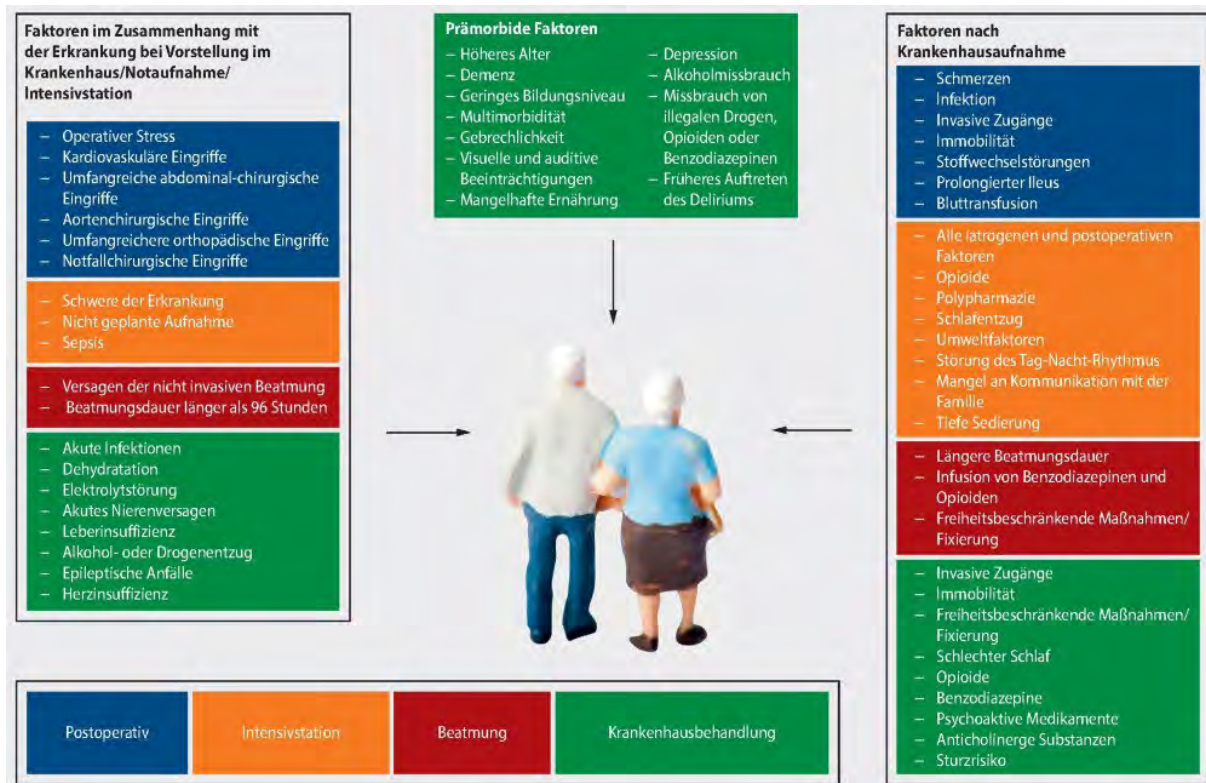
Prävalenz und Bedeutung des Delirs im Alter

Delirien treten häufig bei älteren Menschen auf, insbesondere bei Menschen ab 65 Jahren. Studien zeigen, dass 11 bis 25 Prozent der älteren Menschen bei der Aufnahme ins Krankenhaus und bis zu 40 Prozent der Pflegeheimbewohner ein Delir entwickeln können. Die hohe Prävalenz macht deutlich, dass professionell Pflegenden in der Lage sein müssen, ein Delir frühzeitig zu erkennen und adäquat zu behandeln. Ein Delir, das nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird, kann zu schwerwiegenden Langzeitfolgen führen. Es kann auch sein, dass geistige Beeinträchtigungen bleiben. Das gilt besonders, wenn ein Delir lange anhält und schwer verläuft. Aufgrund eines Delirs kann der Pflegebedarf steigen. Zudem ist ein Delir psychisch sehr belastend. Viele erinnern sich nach einem Delir an Angst, Hilflosigkeit und Halluzinationen. Auch für Angehörige kann es sehr schwierig sein, damit umzugehen.

Risikofaktoren und Auslöser eines Delirs

Es gibt verschiedene Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit eines Delirs erhöhen. Zu den wichtigsten zählen kognitive Beeinträchtigungen wie Demenz, psychische Erkrankungen, Schlafstörungen, Mehrfacherkrankungen, Einsamkeit und soziale Isolation sowie der Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung. Auch bestimmte Medikamente, wie zentral wirksame Sedativa oder Analgetika, sowie Alkohol- oder Substanzmissbrauch, können Delirien auslösen. Zudem spielen auch externe Faktoren eine Rolle, beispielsweise ein plötzlicher Ortswechsel (Durchgangssyndrom), eine Operation oder eine Infektion. Es sind oft mehrere Faktoren, die zusammenwirken und das Risiko eines Delirs steigern.

Risikofaktoren für das Delir lassen sich in Patienteneigenschaften (prädisponierende Faktoren) und auslösende Faktoren (präzipitierende Faktoren) unterteilen, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen.



© beeboys / Fotolia

Prävention eines Delirs

Die Prävention eines Delirs erfordert ein multimodales Vorgehen, das an den individuellen Risikofaktoren und Auslösern ansetzt. Professionelle Pflegende sollten über die notwendigen Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, um potenzielle Delir-Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Dazu gehört eine gute Beobachtungsgabe, um plötzliche Veränderungen im Verhalten, in der Wahrnehmung oder im kognitiven Zustand der Patienten zu bemerken. Angehörige können eine wichtige Rolle spielen, indem sie Vertrautheit und Orientierung vermitteln, was insbesondere bei Ortswechseln oder Krankenhausaufenthalten von Bedeutung ist. Ein kontinuierlicher Austausch zwischen allen an der Pflege beteiligten Berufsgruppen ist essenziell, um eine möglichst optimale Versorgung zu gewährleisten.

Folgende Tipps wurden im Forschungsprojekt (TRANsport und DELir bei älteren Menschen) als 8-Punkte-Programm zur Unterstützung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen bei der Vorbeugung und Linderung eines Delirs entwickelt.

1. Ortswechsel begleiten

Begleiten Sie Ihre Angehörige oder Ihren Angehörigen bei einem Ortswechsel, wenn möglich von Anfang bis Ende. Fahren Sie bei einem Transport mit. Bleiben Sie nach der Ankunft noch einige Zeit vor Ort. Achten Sie darauf, dass nichts vergessen wird, etwa Arztbrief, Pflegebericht, Brille, Hörgerät.

2. **Vertrautheit schaffen**

Seien Sie möglichst oft da, besonders nachmittags und abends. Zu diesen Zeiten können verstärkt Delir-Symptome auftreten. Bleiben Sie, wenn nötig, über Nacht. Bringen Sie vertraute Gegenstände mit, etwa Fotos oder die gewohnte Decke.

3. **Informationen weitergeben**

Informieren Sie die Ärztin, den Arzt und Pflegefachpersonen über Erkrankungen wie Demenz, Medikamente, Unverträglichkeiten, Allergien, Gewohnheiten, den Alkoholkonsum und bisherigen Unterstützungsbedarf. Teilen Sie Veränderungen, die Sie beobachten, zeitnah mit. Das gilt insbesondere für Delir-Symptome.

4. **Orientierung fördern**

Erinnern Sie wiederholt an Ort, Wochentag und Tageszeit. Platzieren Sie einen Kalender und einen Wecker gut sichtbar. Achten Sie darauf, dass Hörgerät und Brille getragen werden.

5. **Kommunikation anpassen**

Sprechen Sie langsam und deutlich in kurzen Sätzen. Verwenden Sie einfache Worte. Bleiben Sie möglichst ruhig und geduldig. Diskutieren und belehren Sie nicht. Nehmen Sie Beleidigungen nicht persönlich. Vermitteln Sie Zuversicht und Verständnis auch über Körperkontakt. Vermeiden Sie aber plötzliche Berührungen, besonders im Gesicht.

6. **Alltag gestalten**

Unterstützen Sie dabei, den Tag zu gestalten: Spielen Sie etwas. Lösen Sie gemeinsam ein Kreuzworträtsel. Unterhalten Sie sich über positive Themen. Oder lesen Sie gemeinsam die Tageszeitung. Achten Sie darauf, nicht zu überfordern. Helfen Sie am Abend zur Ruhe zu kommen, etwa mit Ritualen, die den Schlaf fördern.

7. **Bewegung fördern**

Unterstützen Sie dabei, sich zu bewegen. Gehen Sie gemeinsam spazieren, zum Beispiel auf dem Flur oder im Park. Oder motivieren Sie zu Gymnastik im Bett. Holen Sie dazu aber vorher pflegefachlichen oder ärztlichen Rat ein.

8. **Essen und Trinken anregen**

Leisten Sie bei den Mahlzeiten Gesellschaft. Bringen Sie das Lieblingsessen mit. Holen Sie dazu aber vorher pflegefachlichen oder ärztlichen Rat ein. Erinnern Sie daran, zu trinken. Achten Sie darauf, dass die Zahnprothese getragen wird. Das erleichtert auch das Sprechen.

Diagnose eines Delirs

Bei schwer dementen Patienten werden Verhaltensauffälligkeiten häufig als Symptome der Demenz und nicht eines Delirs gedeutet. (Fick DM, Steis MR, Waller JL et al. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. J Hosp Med 2013; 8: 500–505)

In bis zu 80 % der Fälle wird ein Delir durch den einweisenden Arzt übersehen (Han JH, Zimmerman EE, Cutler N et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med 2009; 16: 193–200)

Ein Delir kann mithilfe verschiedener standardisierter Diagnoseinstrumente erfasst werden, wie etwa der Confusion Assessment Method (CAM) oder der Delirium Observation Screening Scale (DOS). Eine genaue Diagnose ist wichtig, um das Delir von anderen Störungen wie Demenz oder Depression abzugrenzen, da sich die Symptomatiken in einigen Punkten überschneiden können. Zu den wesentlichen Schritten der Diagnosestellung gehören die Beobachtung plötzlicher Veränderungen, die Erfassung von Risikofaktoren und die

Einbeziehung von Angehörigen zur Einschätzung der geistigen Fähigkeiten des Patienten. Auch der Austausch innerhalb des Pflegeteams ist von Bedeutung, um sicherzustellen, dass Veränderungen zeitnah erkannt und dokumentiert werden.

Abgrenzung eines Delirs



	Delir	Demenz	Depression
Beginn	Plötzlich	Schleichend	Meist langsam
Tagesschwankungen	Stark, luzide Intervalle (= Willensbildung); nachts schlechter	Kaum	Oft abends besser
Bewusstsein	Gestört	Klar	Klar
Kognition	Desorientiert	Global gestört	Meist ungestört
Psychomotorik	Gesteigert oder / und reduziert	Meist nicht verändert	Eher reduziert
Schlaf-Wach-Rhythmus	Gestört bis zur Tag / Nachtumkehr	Fragmentierter Schlaf	Einschlafstörung / Früherwachen
Affektivität	Angst, Schreckhaftigkeit	Eher depressiv, Affektinkontinenz	Depressiv
Körperliche Symptome	Tachykardie, Schwitzen, Tremor	Meist keine	Meist keine

© 2023 LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE

Management eines Delirs

Die Behandlung eines Delirs erfolgt auf verschiedenen Ebenen. Zunächst müssen die zugrunde liegenden Ursachen und Auslöser, wie etwa Infektionen, Schmerzen oder Flüssigkeitsmangel, identifiziert und behandelt werden. Gleichzeitig sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Symptome zu lindern und die geistige sowie körperliche Aktivierung zu fördern, ohne die Betroffenen zu überfordern. Dazu gehört eine angepasste Kommunikation, das Schaffen einer ruhigen Umgebung und die Förderung von Orientierung durch Hilfsmittel wie Kalender, Uhren oder das Tragen von Brille und Hörgerät. Auch die Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr und die Überwachung des Tag-Nacht-Rhythmus sind wichtige Maßnahmen, um das Delir zu lindern und gesundheitlichen Komplikationen vorzubeugen.

Nachsorge und Reflexion

Nach der Überwindung eines Delirs ist es wichtig, den gesamten Behandlungsprozess zu reflektieren und mögliche Verbesserungen für die zukünftige Versorgung abzuleiten. Dazu gehört die Analyse der Auslöser und des Versorgungsprozesses sowie die Etablierung von Berichts- und Lernsystemen innerhalb der Einrichtung. Langfristig sollte ein Konzept zur Delir-Prävention und -Behandlung entwickelt werden, das regelmäßig überprüft und angepasst wird, um die Versorgung von Menschen mit Delirien kontinuierlich zu verbessern.

Fazit

An die Möglichkeit eines Delirs bei Demenz sollte beim Kontakt mit älteren Patienten immer gedacht werden. Das Delir stellt eine erhebliche gesundheitliche Herausforderung für ältere und pflegebedürftige Menschen dar.

Wichtig sind Anamnese, Fremdanamnese, Medikamenten- und Rauschmittelanamnese, körperliche und psychiatrische Befunderhebung sowie eine Basisdiagnostik.

Nicht medikamentöse Behandlungsmaßnahmen sollten im Vordergrund stehen, medikamentöse Therapien kommen bei nicht anders beherrschbare Verhaltensauffälligkeiten zum Einsatz.

Der Einsatz von Antipsychotika sollte sich auf die Behandlung gravierender Symptome beschränken. Nach dem Abklingen der Symptome sollte das zeitnahe Absetzen innerhalb weniger Tage bis Wochen nicht übersehen werden.

Es erfordert ein umfassendes Wissen der Pflegenden sowie eine gute Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten, um die Betroffenen bestmöglich zu unterstützen.

Pflegepersonen erkennen ein Delir eher als ärztliches Personal (Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RO et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open 2013, Jan 7; 3 (1); DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001772)

Durch präventive Maßnahmen, gezielte Beobachtungen und ein professionelles Management kann das Risiko eines Delirs reduziert und bestehende Symptome gelindert werden. Die Einbeziehung von Angehörigen und die Anpassung der pflegerischen Versorgung an die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen spielen dabei eine zentrale Rolle.

Tobias Münzenhofer

06.08.2024



Das Korsakow-Syndrom im Pflegealltag

- Erkennen-Verstehen-Begleiten

Studien zeigen, dass ein erheblicher Anteil der jüngeren Männer mit Demenz ein Alkoholproblem hat.

Bei Männern unter 65 Jahren, die an Demenz leiden, haben etwa zwei Drittel ein Alkoholproblem. In dieser Altersgruppe haben 57 % der Demenzkranken ein Alkoholproblem oder eine alkoholbedingte Folgeerkrankung.

Übermäßiger Alkoholenuss scheint der wichtigste Risikofaktor für eine früh beginnende Demenz zu sein. Bei 46 % der Männer in dieser Gruppe war die Demenz durch einen alkoholbedingten Hirnschaden verursacht.

Alkoholabhängigkeit ist auch unabhängig vom Alter der stärkste modifizierbare Risikofaktor für Demenz. Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, ist bei Alkoholkranken mehr als dreimal so hoch wie bei der restlichen Bevölkerung.

Obwohl das Wernicke-Korsakow-Syndrom und das Korsakow-Syndrom häufig zusammen auftreten, gibt es wichtige Unterschiede:

Der Begriff Wernicke-Korsakow-Syndrom umfasst sowohl die akute Wernicke-Enzephalopathie als auch das nachfolgende Korsakow-Syndrom. Es beschreibt den gesamten Verlauf von einer akuten zu einer chronischen Störung.

Die Wernicke-Enzephalopathie ist die akute Phase und ein medizinischer Notfall. Sie ist gekennzeichnet durch Symptome wie Augenmuskelerkrankungen (Ophthalmoplegie), Ataxie (Bewegungsstörungen) und Verwirrtheit. Wird die Wernicke-Enzephalopathie nicht rechtzeitig behandelt, kann sie tödlich verlaufen.

Das Korsakow-Syndrom tritt häufig nach einer unbehandelten Wernicke-Enzephalopathie auf und ist durch die oben beschriebenen Gedächtnisstörungen gekennzeichnet.

Der Übergang von der akuten Wernicke-Enzephalopathie zum Korsakow-Syndrom erfolgt bei etwa 13 % der Patienten und hinterlässt in den meisten Fällen bleibende Schäden.

Das Korsakow-Syndrom bezieht sich speziell auf die chronische Gedächtnisstörung, die nach einer unbehandelten Wernicke-Enzephalopathie auftreten kann.

Die Prognose des Wernicke-Korsakow-Syndroms hängt stark davon ab, wie schnell eine Behandlung eingeleitet wird. Bei frühzeitiger Diagnose bestehen gute Heilungschancen für die Wernicke-Enzephalopathie. Unbehandelt kann die Erkrankung jedoch eine hohe Sterblichkeit verursachen.

Das Korsakow-Syndrom ist eine chronische neuropsychiatrische Störung, die hauptsächlich durch einen schweren Thiaminmangel (Vitamin B1) verursacht wird. Es ist gekennzeichnet durch schwere Gedächtnisstörungen und tritt häufig bei chronischem Alkoholismus auf. Pflegekräfte stehen vor der Herausforderung, sowohl das Korsakow-Syndrom selbst als auch die damit verbundenen Verhaltensweisen zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren.

Alkoholmissbrauch ist eng mit einem Thiaminmangel verknüpft, was schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben kann. Chronischer Alkoholismus beeinträchtigt die Fähigkeit des Körpers, Thiamin aus der Nahrung aufzunehmen, da Alkohol die Thiaminabsorption im Darm hemmt und den Transport des Vitamins ins Blut beeinträchtigt. Zudem wird Thiamin hauptsächlich in der Leber gespeichert, die jedoch durch Alkoholmissbrauch geschädigt werden kann, was die Fähigkeit des Körpers, Thiamin zu speichern, weiter reduziert.

Darüber hinaus führt Alkoholismus häufig zu einer ungesunden Ernährung, die arm an thiaminreichen Lebensmitteln ist. Gleichzeitig erhöht der Stoffwechsel von Alkohol den Thiaminbedarf, da dieses Vitamin für die Verstoffwechselung von Kohlenhydraten unerlässlich ist. Alkohol steigert auch die Ausscheidung von Thiamin über die Nieren, was den Thiaminspiegel im Körper zusätzlich senkt.

Thiamin ist ein wesentlicher Kofaktor für zahlreiche enzymatische Prozesse im menschlichen Körper, und ein Defizit kann durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Neben Alkoholmissbrauch zählen gastrointestinale Resorptionsstörungen, die die Thiaminaufnahme im Verdauungstrakt reduzieren, sowie Mangelernährung infolge von Fasten, Magersucht oder einseitiger Ernährung zu den weiteren Ursachen eines Thiaminmangels.

Ein chronischer Thiaminmangel kann über längere Zeiträume hinweg zu irreversiblen Schäden im Gehirn führen.

Das Korsakow-Syndrom ist durch mehrere charakteristischen Symptome gekennzeichnet.

Neue Informationen, die nach der Hirnschädigung hinzukommen, können sich Betroffene nur schlecht merken. So wissen sie beispielsweise nicht mehr, was sie vor fünf Minuten gegessen oder wen sie letzte Woche getroffen haben. Die Merkfähigkeit kann so sehr gestört sein, dass sich Betroffene selbst an Ereignisse, die erst Sekunden zurückliegen, nicht erinnern können. An manche Ereignisse aus der Vergangenheit können sie sich dagegen oft problemlos erinnern. Die Betroffenen sind jedoch nicht immer in der Lage, das Geschehene in einen Zusammenhang zu bringen und zeitlich richtig einzuordnen.

Dies führt zu erheblichen Problemen im Alltag. Patienten neigen dazu, Gedächtnislücken mit erfundenen Geschichten zu füllen. Diese sind oft unbewusst und wirken für den Betroffenen real.

Neben diesen Gedächtnisstörungen ist häufig eine emotionale Abflachung zu beobachten, bei der viele Betroffene eine verminderte emotionale Reaktion auf ihre Umgebung zeigen.

Die Diagnose des Korsakow-Syndroms basiert häufig auf den typischen Symptomen in Kombination mit verschiedenen Untersuchungen. Wichtige Schritte in der Diagnosestellung umfassen:

Chronischer Alkoholmissbrauch ist ein entscheidender Hinweis auf das Korsakow-Syndrom. Gespräche mit Angehörigen und Pflegepersonal können zusätzliche Informationen liefern.

Es wird untersucht, inwieweit das Gedächtnis der betroffenen Person beeinträchtigt ist. Auffälligkeiten wie ein gestörtes Kurzzeitgedächtnis und mangelnde Orientierung sind deutliche Anzeichen.

Viele Betroffene leiden unter Folgeerkrankungen des Alkoholmissbrauchs, wie z.B. einer Leberzirrhose. Ein Blutbild kann außerdem Aufschluss über einen Thiaminmangel geben.

Andere Krankheiten wie Infarkte des Hirnstamms oder Demenzen müssen ausgeschlossen werden, da sie ähnliche Symptome verursachen können.

Die Diagnose eines Korsakow-Syndroms wird oft gestellt, wenn bereits eine Wernicke-Enzephalopathie vorliegt oder in der Vergangenheit bestanden hat.

Bei der Wernicke-Enzephalopathie besteht die Behandlung in der sofortigen hochdosierten Gabe von Vitamin B1. Wenn der Thiaminmangel frühzeitig ausgeglichen wird, kann die Entwicklung zum Korsakow-Syndrom möglicherweise verhindert werden. Für Patienten mit einem voll ausgeprägten Korsakow-Syndrom stehen hingegen nur begrenzte Therapiemöglichkeiten zur Verfügung.

Ist das Korsakow-Syndrom voll ausgeprägt, geht es in der Therapie vor allem darum, die Symptome zu lindern. Dies kann durch neuropsychologisches Training und psychotherapeutische Maßnahmen geschehen. Eine konsequente Alkoholabstinenz und die Behandlung der Grunderkrankung, die zum Thiaminmangel geführt hat, sind ebenfalls entscheidend. Der Verzicht auf übermäßigen Alkoholkonsum ist die wirksamste Maßnahme zur Vorbeugung des Korsakow-Syndroms. Menschen, die bereits einen problematischen Alkoholkonsum haben, sollten frühzeitig Hilfe suchen, um das Risiko eines Thiaminmangels zu minimieren.

Konfabulationen sind eine der größten Herausforderungen im Umgang mit Patienten, die am Korsakow-Syndrom leiden. Der Arzt wird auf einmal zum Steuerberater (und das Krankenhaus zum Steuerbüro), da der Patient ihn nicht mehr als Arzt erkennt und diese Lücke anderweitig auffüllt. Dieser Vorgang ist den Betroffenen selbst nicht bewusst und geschieht dementsprechend nicht absichtlich; es handelt sich also nicht um bewusstes Lügen oder Täuschen.

Es ist wichtig, die falschen Erinnerungen der Patienten nicht zu korrigieren, da dies zu Frustration und Verwirrung führen kann. Stattdessen sollte man auf die emotionale Ebene der Aussage eingehen und Empathie zeigen.

Themenwechsel können helfen, Konfabulationen zu vermeiden. Es kann nützlich sein, die Aufmerksamkeit des Patienten auf positive oder neutrale Themen zu lenken.

Ohne direkte Korrektur der Konfabulation kann man die Realität unaufdringlich betonen, z.B. durch Erinnerungen an tatsächliche Ereignisse oder durch Bestätigung anderer Fakten.

Zusätzlich zu diesen Symptomen wirkt sich ein Korsakow-Syndrom auf die Persönlichkeit betroffener Menschen aus. So sind Erkrankte oft wesensverändert und erscheinen in manchen Fällen unangemessen heiter oder zeigen sich distanzlos sowie sehr niedergeschlagen oder passiv.

Das Korsakow-Syndrom stellt für Pflegekräfte eine komplexe Herausforderung dar. Ein fundiertes Verständnis der Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten ist entscheidend, um betroffene Patienten angemessen zu pflegen. Der Umgang mit Konfabulationen erfordert besonderes Feingefühl und Geduld, um den Patienten ein möglichst stabiles und sicheres Umfeld zu bieten. Zudem ist die Prävention durch die Vermeidung von übermäßigem Alkoholkonsum und die Behandlung von Thiaminmangel von großer Bedeutung, um das Auftreten des Korsakow-Syndroms zu verhindern oder seine Auswirkungen zu mildern. Pflegekräfte spielen eine Schlüsselrolle dabei, diese Maßnahmen umzusetzen und die Lebensqualität der betroffenen Menschen zu verbessern.

Ein erfolgreicher pflegerischer Umgang mit Patienten, die am Korsakow-Syndrom leiden, erfordert mehr als nur das individuelle Engagement. Die Bedeutung von Teamaustausch und -reflexion kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Regelmäßige Teamgespräche und Supervisionen bieten eine Plattform, um Erfahrungen auszutauschen, herausfordernde Situationen zu besprechen und gemeinsame Lösungen zu entwickeln.

Die Entwicklung einer gemeinsamen, person-zentrierten Haltung im Team ist entscheidend. Diese Haltung betont den Respekt vor der Würde und Individualität jedes Patienten und fördert eine Pflege, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Fähigkeiten des Einzelnen abgestimmt ist. Eine einheitliche Herangehensweise im Team hilft dabei, den Patienten ein konsistentes und unterstützendes Umfeld zu bieten, was besonders wichtig ist, wenn es um den Umgang mit Konfabulationen und die Förderung der Lebensqualität geht.

Tobias Münzenhofer

29.07.2024



Altersdepression im Pflegealltag: Erkennen, Verstehen und Begleiten

Altersdepression ist die zweithäufigste und oft unterschätzte psychische Erkrankung bei älteren Menschen, die erhebliche Auswirkungen auf deren Lebensqualität hat. Sie tritt häufig im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden und sozialen Verlusten auf, was ihre Diagnose und Behandlung erschwert. Was sind erste Anzeichen der Krankheit bei Senioren und was können Pflegekräfte, Betreuungskräfte tun?

Eine Depression ist keine Alterserscheinung, sondern eine Erkrankung, die jeden treffen kann. Aber sie ist gut behandelbar – auch im Alter. Ein Grund für Behandlungsdefizite liegt in der erschwerten Erkennung der Altersdepression.

Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen erkranken häufig unbemerkt an Depressionen. Das zeigen Studienergebnisse im Rahmen des Projekts "DAVOS – Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell".

Demnach würden depressive Erkrankungen oft nicht behandelt, obwohl diese auch im höheren Lebensalter gut therapierbar seien.

Die Studienlage weist darauf hin, dass 30 % der Bewohnerinnen und Bewohner an einer akuten Depression litten, doch nur rd. 43 % von ihnen eine ärztliche Diagnose und eine Therapie erhielten.

"Es ist davon auszugehen, dass etwa die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner mit Depression keine adäquate Therapie erfährt."

Der Heimeinzug sei geprägt von Verlusten – und die seien ein Risikofaktor für Depressionen. Der Umzug sei oftmals nicht freiwillig erfolgt. Viele seien zudem wenig mobil, litten unter

Schmerzen und körperlichen Erkrankungen. Dazu summieren sich zumeist weitere Risikofaktoren wie Vereinsamung und der Tod naher Angehöriger.

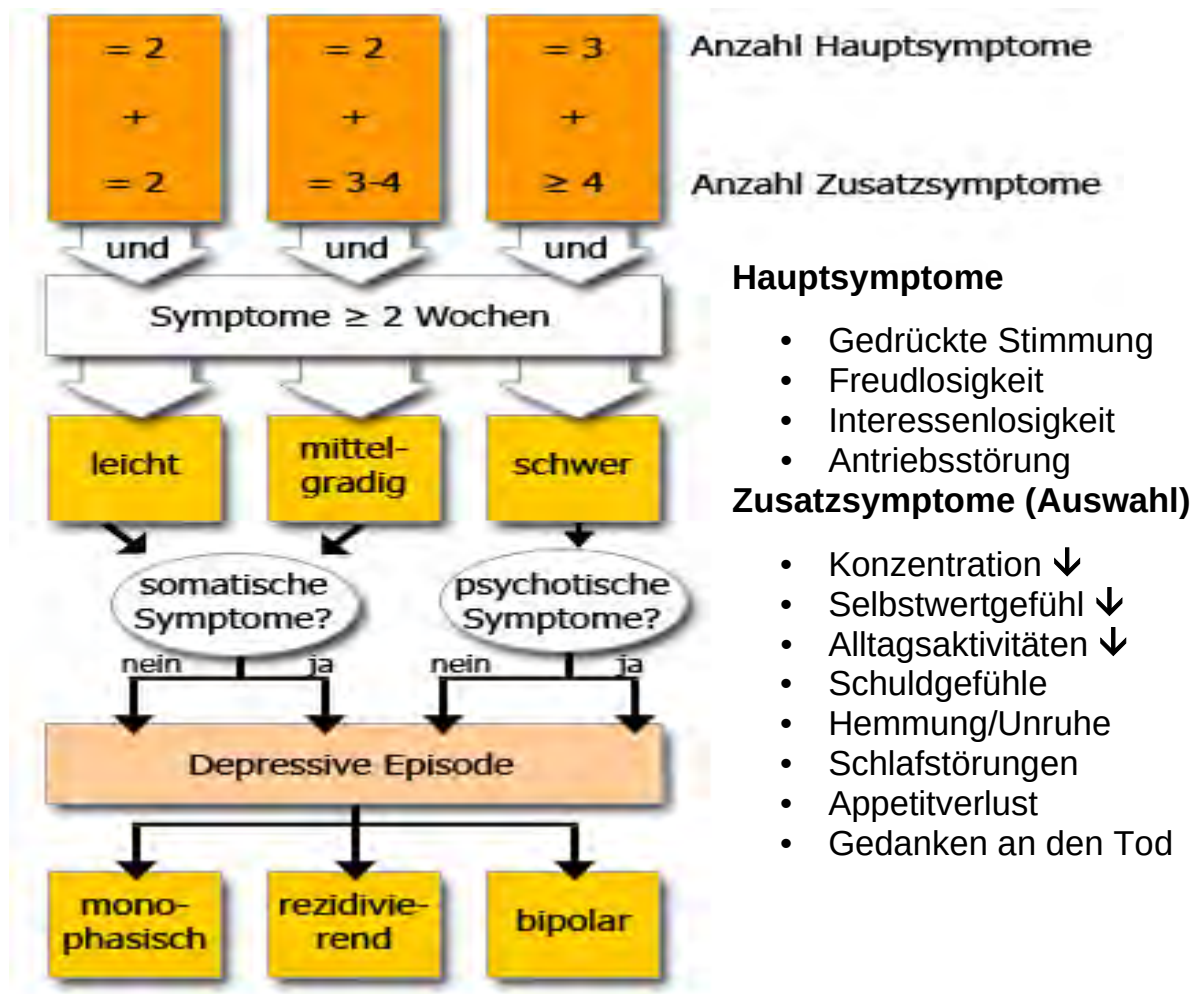
Dies unterstreicht die Dringlichkeit, mehr Aufmerksamkeit auf diese Problematik zu lenken und geeignete Diagnose- und Therapiemethoden zu entwickeln.

Prävalenz und Häufigkeit

Depressionen treten in der Allgemeinbevölkerung mit einer Rate von 2-7% auf. Bei Personen über 65 Jahren, die in Privathaushalten leben, liegt die Häufigkeit bei 5-10%. Diese Zahlen steigen erheblich bei älteren Menschen mit Komorbiditäten und daraus resultierenden Behinderungen auf 15-25%. Besonders besorgniserregend ist die Situation in Pflegeheimen, wo 25-45% der Bewohner von Depressionen betroffen sind.

Eine Lebenszeitprävalenz zeigt, dass 26% der Frauen und 12% der Männer im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken.

Symptome und Auswirkungen



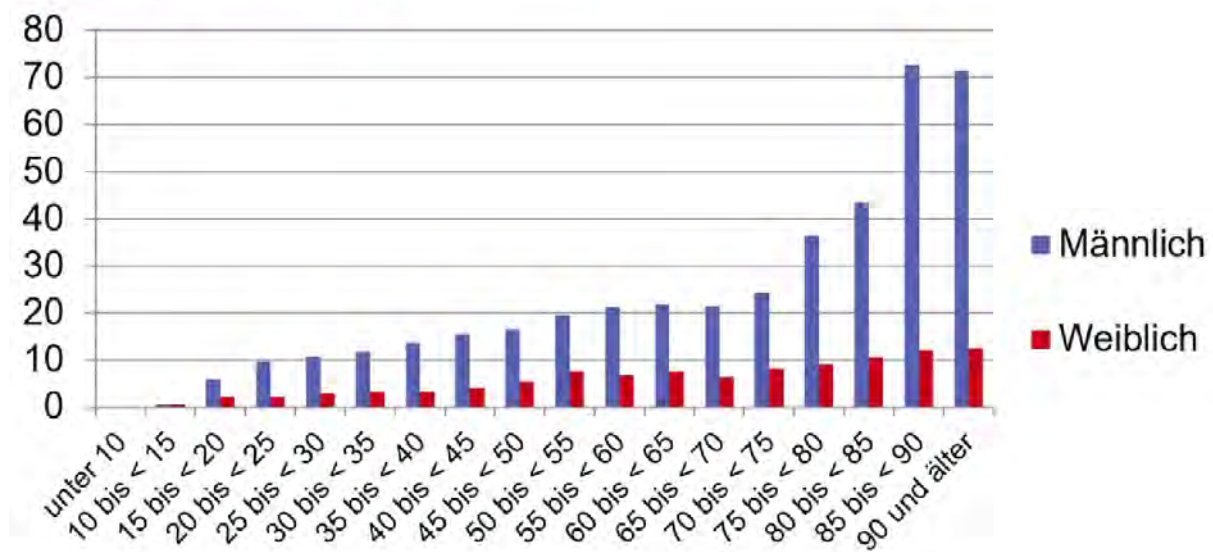
Depressionen im Alter sind oft durch das Fehlen positiver Gefühle wie Freude, Lust, Energie, Interesse, Zufriedenheit und Entspannung gekennzeichnet. Stattdessen dominieren negative Emotionen wie Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Angst, Verbitterung, Einsamkeit, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und ein vermindertes Selbstwertgefühl. Diese emotionalen Symptome werden häufig von körperlichen Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtabnahme, Rücken -und Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden und Schwindel begleitet.

Die kognitiven Beeinträchtigungen sind ebenso bedeutend. Depressive ältere Menschen kämpfen mit vermindertem Konzentrationsvermögen, Gedächtnisproblemen, reduziertem Urteilsvermögen und Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung. Diese Symptome führen oft zu sozialem Rückzug und Isolation, was wiederum die Lebensqualität erheblich mindert und das Risiko für Hospitalisierungen, Mortalität und Suizidalität erhöht.

Depression und Suizid

Suizidraten in Deutschland

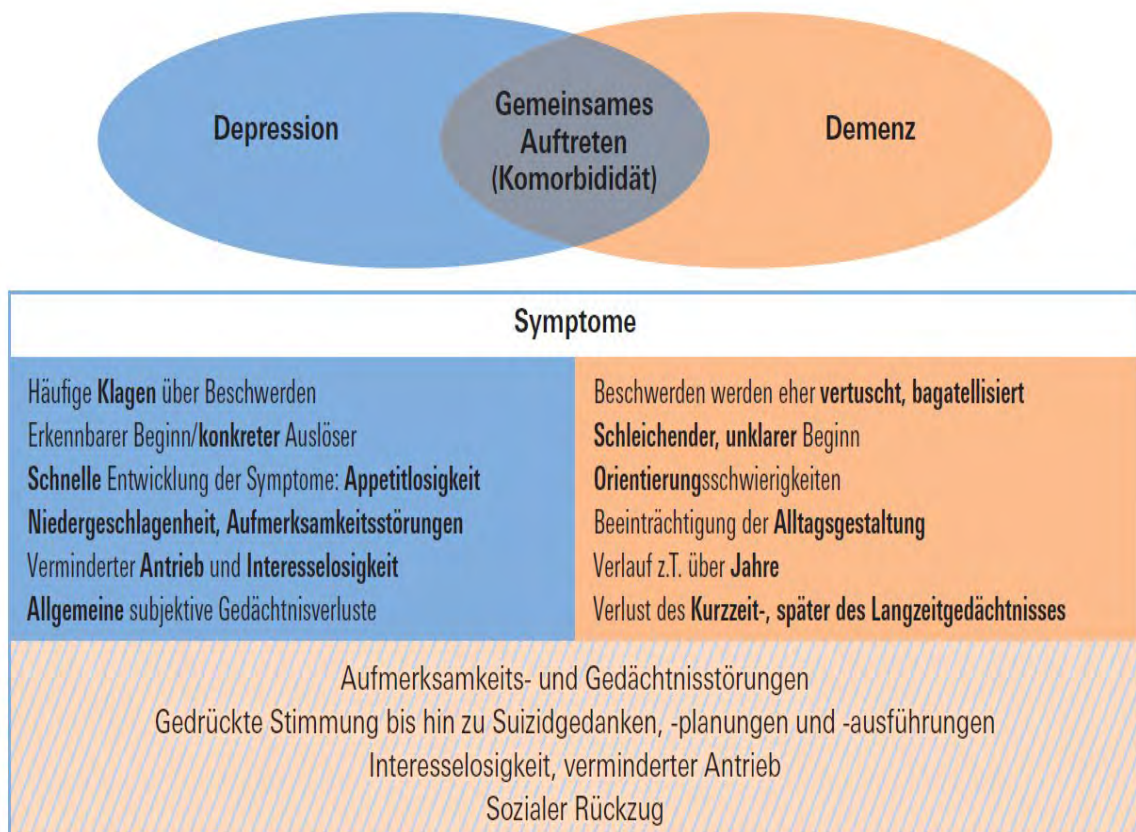
(je 100.000 Einwohner)



Die Suizidraten unter älteren Menschen sind alarmierend hoch. Im Jahr 2022 starben in Deutschland 10.119 Menschen durch Suizid, das sind fast 28 Personen pro Tag. Männer sind dabei deutlich häufiger betroffen als Frauen; etwa 75% der Suizide wurden von Männern begangen. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt des Suizids lag bei Männern bei 60 Jahren und bei Frauen bei 62 Jahren. Diese Zahlen verdeutlichen die dringende Notwendigkeit, Depressionen im Alter ernst zu nehmen und frühzeitig zu intervenieren.

Die Gefahr einer Selbsttötung im Rahmen einer Altersdepression wird auf über 20% geschätzt und ist damit deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit können in suizidale Krisen münden, die durch gezielte Unterstützung und fachgerechte Hilfe jedoch oft überwunden werden können.

Differenzialdiagnose: Depression versus Demenz



Quelle: Eigene Darstellung nach Wernicke TF, Reischies FM & Linden, M (2001) Epidemiologie von Depression und Demenz im Alter. Berlin: Springer Verlag.

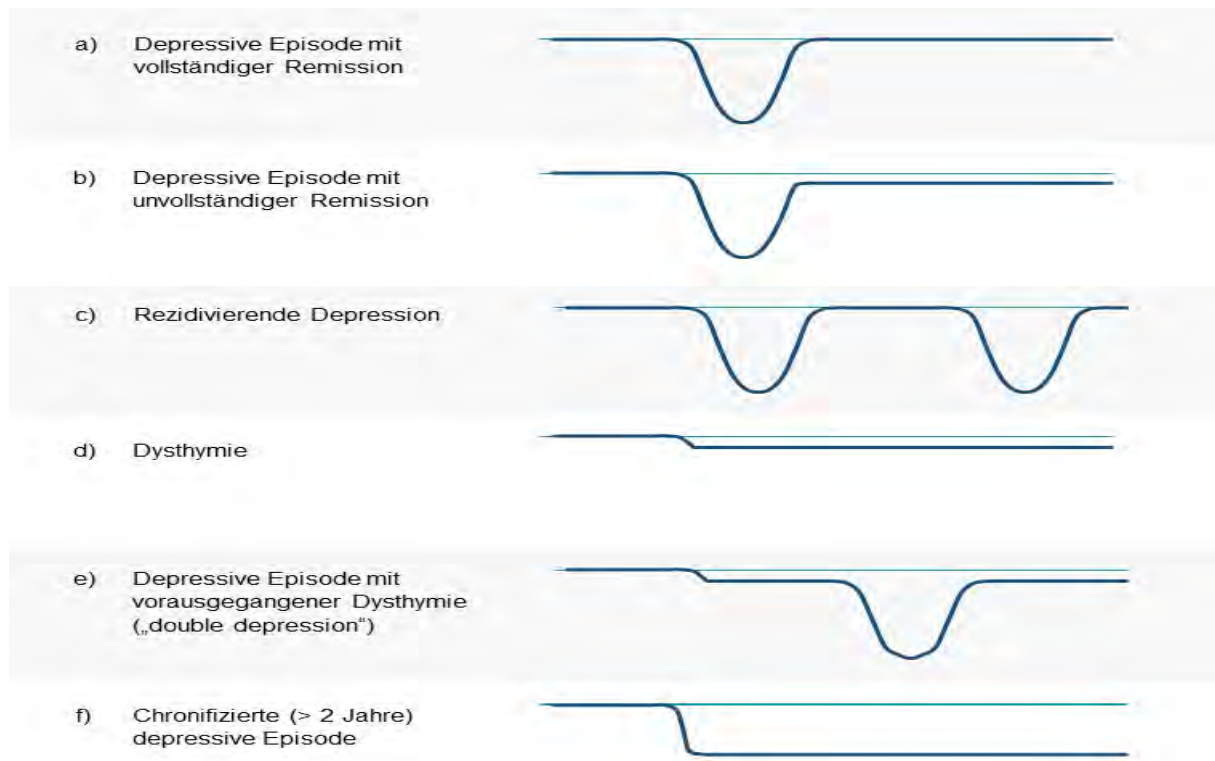
Im Alter ist es schwieriger eine Depression zu erkennen, weil alte Menschen gleichzeitig oft an mehreren körperlichen Krankheiten leiden und auch geistige Fähigkeiten nachlassen.

Eine besondere Herausforderung stellt die Differenzialdiagnose von Depression und Demenz dar. Depressive Symptome und kognitive Beeinträchtigungen können leicht mit den Anzeichen einer Demenz verwechselt werden. Bei älteren depressiven Patienten führen subjektive kognitive Defizite häufig vorschnell zur Diagnose einer Demenz. Bis zu 50% der Demenzpatienten leiden gleichzeitig an depressiven Symptomen, und eine bestehende Depression kann das Risiko einer Alzheimer-Demenz erhöhen.

Um eine korrekte Diagnose zu stellen, ist es entscheidend, die Symptome genau zu beobachten und zu differenzieren. Depressive Verstimmungen treten oft in der Anfangsphase einer Demenz auf, weshalb eine sorgfältige Abgrenzung notwendig ist.

Eine länger anhaltende Trauerreaktion (über sechs Monate) nach dem Verlust einer nahestehenden Person kann ebenfalls ein Hinweis auf eine Depression sein.

Subtypen und Verläufe der Depression im Alter



Depressionen im Alter können in verschiedenen Formen und Verläufen auftreten. Chronische Depressionen bessern sich oft nicht mehr so leicht, die Episoden dauern länger oder können auch chronisch werden. Bei schweren Verläufen kommt es nicht selten zu wahnhaftem Erleben, wie Schuldgefühlen, Verarmungswahn oder Beeinträchtigungswahn.

Gehemmte Depression: Charakterisiert durch psychomotorische Hemmung, bleierne Schwere und starre Mimik.

Agitierte Depression: Gekennzeichnet durch ängstliche Getriebenheit, Unruhe und Rastlosigkeit.

Larvierte Depression: Vegetative Störungen und funktionelle Organbeschwerden stehen im Vordergrund, während psychische Symptome oft nicht berichtet werden.

Wahnhafte Depression: Bei schweren Depressionen treten übersteigerte negative Gedanken und eine große Suizidgefahr auf.

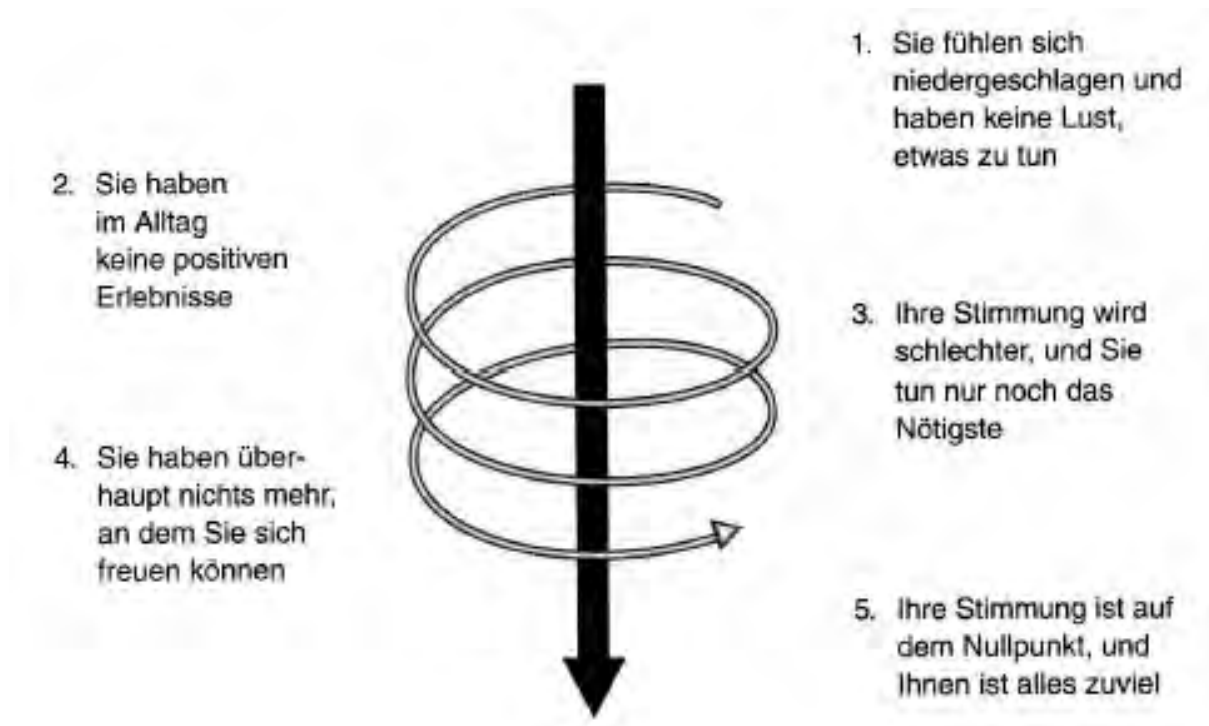
Ursachen und Risikofaktoren

Verschiedene Faktoren tragen zur Entstehung von Altersdepressionen bei. Biografische Ereignisse wie Scheidung, der Tod von Angehörigen, chronischer Stress und familiäre Belastungen spielen eine bedeutende Rolle. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Körperliche Veränderungen, Multimorbidität, der Verlust von Bezugspersonen und sozialer Kompetenz sowie die Reflexion über die eingeschränkte Lebenszeit können Depressionen auslösen.

Ein niedriger Selbstwert und negative Grundüberzeugungen tragen ebenfalls zur Depressionsspirale bei.

„Nichts ist wirkmächtiger als das Selbstbild, mit dem jemand durch die Welt läuft. Noch dazu, wenn er es für seine wahre Natur hält.“

„Wie ich mit einer Situation umgehe kann ich mir aussuchen. Das ist die Macht der Gedanken.“



Behandlungsmöglichkeiten

Die Behandlung von Altersdepressionen erfordert eine Kombination aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie. Antidepressiva regulieren Botenstoffe im Gehirn, die für Depressionen relevant sind. Sie machen nicht süchtig und führen nicht zu Persönlichkeitsveränderungen, allerdings ist eine langsame Dosisreduzierung notwendig, um Entzugs- und Rebound-Phänomene zu vermeiden. Die Wirklatenz kann bei älteren Menschen bis zu sechs Wochen betragen.

Psychotherapeutische Ansätze, insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, haben sich als sehr wirksam erwiesen. Diese Therapieformen umfassen Psychoedukation, Tagesstrukturierung, Training für Selbstsicherheit, Sozialverhalten und Kommunikation sowie Entspannungsverfahren. Eine konsequente und kombinierte Behandlung von Depressionen im Alter ist essentiell für die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen.

Betreuung im Pflegealltag

Für Pflegende gilt es in erster Linie, zu einem vertieften Verständnis der depressiven Beziehungsdynamik zu kommen. Dies bildet die Grundlage für einen positivierenden Umgang, in dem die nicht depressiv besetzten Anteile gefördert und den depressiven Anteilen mit Verständnis begegnet werden. Wichtig ist eine reflektierende Grundhaltung, die genügend Distanz ermöglicht, um Nähe herstellen zu können. Ein verlässliches, zugewandtes, konstruktives, nicht-depressives Gegenüber ist für eine Person mit Depression der wichtigste Kontextfaktor. Genau hier liegt die Aufgabe der Pflegenden

Pflegeteams sollten regelmäßige Dokumentationen führen und sich austauschen, um ein umfassendes Bild vom Zustand der Betroffenen zu erhalten. Bei Verdacht auf Depression sollten „Helfende Gespräche“ wie das Explorationsgespräch angeboten und Fragebögen wie der „WHO-5 Wohlbefinden“ eingesetzt werden, um den Zustand zu erfassen.

Das Explorationsgespräch ist in der Psychiatrie nicht selten die erste Kontaktaufnahme zwischen Erkrankten und Pflegenden. Psychische Erkrankungen gehen häufig mit vielfältigen Ängsten aber auch Misstrauen einher. Hier gilt es erst einmal, Vertrauen zu schaffen und eine tragfähige Beziehung zwischen Erkrankten und Pflegenden zu etablieren. Allein diese Erfahrung kann den Betroffenen u.U. schon entlasten und entängstigen.

Hierzu ist es unerlässlich, dass Pflegende die Symptome der Depression gut kennen. Soziale Kontakte und leichte Aktivitäten sind zu fördern, um Isolation und Rückzug zu vermeiden. Auch die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme und die Achtsamkeit gegenüber Suizidwarzeichen sind entscheidend.

Mit zunehmender Multimorbidität geht die Breite und Tiefe möglicher sinnvoller Tätigkeiten zurück, häufig resultierend in Langeweile, Isolation und verminderter Lebensqualität. ‚Empowerment‘ beschreibt all die Anstrengungen, eben dies zu verhindern und eine aktive Rolle im Leben und der Gemeinschaft beizubehalten. Die Weltgesundheitsorganisation versteht darunter einen Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle in Bezug auf Entscheidungen und Handlungen in Bezug auf ihre Gesundheit erhalten.

Hieraus ergeben sich folgende Aufträge, die in einen person-zentrierten Pflegealltag und Beziehungsgestaltung integriert werden sollten:

- Wie können die Pflegenden im Alltag den Erkrankten *einen Sinn für die persönliche Identität geben*.
- Wie können die Pflegenden im Alltag den Erkrankten *einen Sinn für die Wahlmöglichkeit und Kontrolle zurückgeben*.
- Wie können die Pflegenden im Alltag den Erkrankten *einen Sinn geben, sich wieder gebraucht und nützlich zu fühlen*.
- Wie können die Pflegenden im Alltag den Erkrankten *das Gefühl für den persönlichen Wert bestärken*.

Das „Wie“ ist bei psychosozialen Interventionen in der Pflege oft von entscheidender Bedeutung, weil die Art und Weise, wie die Interventionen durchgeführt werden, einen erheblichen Einfluss auf die Wirkung und den Erfolg haben kann. Hier sind einige Gründe, warum das „Wie“ so wichtig ist.

Beziehung und Vertrauen: Die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patienten ist grundlegend. Einfühlsamkeit, Geduld und das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre sind entscheidend, damit die Interventionen überhaupt angenommen werden und wirken können.

Individuelle Bedürfnisse: Jede Person ist einzigartig, und eine maßgeschneiderte Herangehensweise, die die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben berücksichtigt, kann die Effektivität der Interventionen erheblich steigern.

Kommunikation: Eine klare und verständliche Kommunikation, angepasst an die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des Patienten, ist essenziell. Dies schließt sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation ein.

Empowerment und Beteiligung: Die Einbeziehung der Patienten in den Entscheidungsprozess und die Förderung ihrer Selbstbestimmung können das Engagement und die Zufriedenheit erhöhen.

Kontinuität und Konsistenz: Regelmäßigkeit und Konsistenz in der Durchführung der Interventionen schaffen Sicherheit und Vertrauen, was besonders bei Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen wichtig ist.

Kulturelle Sensibilität: Das Berücksichtigen kultureller Hintergründe und Werte trägt dazu bei, dass sich die Patienten respektiert und verstanden fühlen, was die Akzeptanz der Interventionen erhöht.

Emotionale Unterstützung: Das Zeigen von echter Fürsorge und emotionaler Unterstützung kann oft mehr bewirken als die spezifischen technischen oder therapeutischen Maßnahmen selbst.

Insgesamt ist es die Art und Weise, wie Pflegende mit den Erkrankten interagieren und wie sie die Interventionen umsetzen, die den Unterschied machen kann. Ein respektvoller, empathischer und patientenzentrierter Ansatz kann die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen erheblich erhöhen und zu besseren Ergebnissen für die Patienten führen.

Häufige Fehler im Umgang mit depressiven älteren Menschen sind Ungeduld, Unverständnis, Überforderung, das Erzeugen von Schuldgefühlen und unangemessene

Veränderungen wie Umzüge. Hilfreicher sind hingegen ein informierter und empathischer Ansatz, aktive Zuhören, Geduld und die Suche nach Selbstunterstützung. Lob und Anerkennung für kleine Fortschritte können ebenfalls eine positive Wirkung haben.

Schlussfolgerung

Altersdepressionen sind ernsthafte, aber behandelbare Erkrankungen, die im Pflegealltag besondere Aufmerksamkeit erfordern. Eine umfassende und empathische Betreuung sowie eine konsequente Behandlung können die Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessern. Durch frühzeitige Erkennung und gezielte Unterstützung kann vielen älteren Menschen geholfen werden, ein erfüllteres und zufriedeneres Leben zu führen. Die Konsequente Behandlung der Depression mit Antidepressive und Psychotherapie ist essenziell.

Quellen:

Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød (Version 1998)

<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-alter>

DAVOS – Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell

Statistische Bundesamt • Todesursachenstatistik • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 03.2021

Deutscher Ärzte-Verlag: M. Härter et al., Praxismanual Depression (2007)

<https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3/kapitel-1>

Tobias Münzenhofer



05.03.2024

HERAUSFORDERUNG DOWN-SYNDROM & DEMENZ IM PFLEGE -UND BETREUUNGSALLTAG

*„Systemsprenger“ oder eher
gerontopsychiatrischer Klient mit
individuellen und komplexen Hilfebedarf?*

In Deutschland wird von einer Gruppe mit ca. 50.000 Personen mit Down-Syndrom ausgegangen. Forschungsergebnisse belegen, dass sich der Anteil von Menschen mit Lernschwierigkeiten mit einer Demenz im Zeitraum 2010 bis 2030 verdreifachen, und weiterhin ansteigen wird.

2030 wird in stationären Wohneinrichtungen jeder zweite Bewohner 60 Jahre oder älter sein.

Demenzen beginnen früher und verlaufen schneller.

Menschen mit Trisomie 21 erkranken gehäuft und in jüngeren Jahren (häufig vor dem 40. Lj.) an einer Alzheimer-Demenz als nicht geistig behinderte Menschen.

Zudem haben sie eine schlechtere Prognose als genetisch nicht vorbelastete Menschen. Oft wird die Demenz aber nicht erkannt, da die intellektuelle Beeinträchtigung im Vordergrund steht.

Ungefähr 80 % der Menschen mit Down-Syndrom werden beim Älterwerden, meist jenseits der 60. Lebensjahr, eine Demenz entwickeln.

Somit bildet diese Gruppe die Population mit dem höchsten genetischen Risiko für Demenz. Die Sterblichkeit demenzerkrankter Menschen mit Down-Syndrom gegenüber nicht-Erkrankten ist um mehr, wie das 4-fache erhöht.

Die Überlebensdauer bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz betrug in einer Studie zwischen 3 Jahren und 10 Monaten und 6 Jahren und 10 Monaten. Im Durchschnitt waren es 5 Jahre

Warum Demenz bei Trisomie 21?

Man spricht daher auch von einer »genetischen Form der Demenz«. Ursache hierfür ist das dritte Exemplar von Chromosom 21. Dieses sorgt dafür, dass sich deutlich mehr schädliche Beta-Amyloid-Proteine im Gehirn der Betroffenen ansammeln.

Der Umgang mit ihnen verlangt von uns eine neue mitfühlende Sicht und Denkweise.

Art und Ausmaß der demenzbedingten Verhaltensweisen sind weniger von der Schwere der Krankheit als von der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Erkrankten abhängig. In dieser Beziehung werden unser Wahrnehmen, Einfühlen und Verstehen gefördert und vertieft. Durch die Vermittlung von Wärme, Sicherheit und Geborgenheit können wir auf die Verhaltensweisen gleichsam lindernd und heilend einwirken.



Vor allem bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz (MmDD) mit herausfordernden Verhaltenssymptomen hat die individuelle, wertschätzende Beziehung und würdevolle Pflege ein mehr an Wohlbefinden zur Folge. So kann dem Entstehen schwieriger Verhaltensweisen und dem damit einhergehenden Leidensdruck präventiv entgegengewirkt werden. Dabei stehen die Förderung und Wahrung des Person-Seins im Vordergrund.

Symptome und Verhaltensänderungen sind grundsätzlich nicht von denen zu unterscheiden, die für Menschen mit Lernschwierigkeiten beschrieben sind.

Die auftretenden Symptome und das Verhalten äußern sich in abgewandelter Form, da sich die spezifischen Veränderungen der Demenz bei geistig behinderten Menschen in einem bereits beeinträchtigten Gehirn entwickeln. Außerdem wirken sich die für Menschen mit Down- Syndrom typischen Organfehlbildungen und Funktionsstörungen auf den Krankheitsverlauf und einzelne Symptome aus (Multimorbidität).

Symptome werden insbesondere dann wahrgenommen, wenn sich für den Erkrankten Veränderungen in der Alltagsbewältigung ergeben.

„ ... ist überhaupt nicht mehr in der Lage, alleine oder in Begleitung zu gehen, da sie, bedingt durch neurologische Ausfälle, ständig in sich zusammensackt und sich auch mit Hilfe von Begleitung nicht auf den Beinen fortbewegen kann, ist nicht in der Lage ihren Oberkörper selbstständig aufrecht zu halten.“

Die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Demenz wird zumeist erst dann in Betracht gezogen, wenn Erkrankte sehr deutliche Reaktionen auf das sie mittlerweile überfordernde Milieu zeigten.

„...wenn Frühstück war, hat sie gedacht es sei Feierabend. Hat ihre Sachen genommen und wollte auf die Wohngruppe zurück.“

Bei fehlender Diagnose stellt sich das Milieu zumeist nicht auf den Erkrankten ein, sondern Mitarbeiter/innen erwarten die Anpassung der Erkrankten an die Umwelt.

- Unvermögen wird als Verweigerung interpretiert
- Belehrungen, Zurechtweisungen statt Anpassung der Anforderungen
- Verunsicherung der Mitarbeiter/innen

„Eine deutliche Veränderung in der Wahrnehmung ergibt sich bei Vorlage der Diagnose „Demenz!“

Welches Einschätzungsinstrument gibt es?

Die internationale Forschungsgruppe (National Task Group) hat das Verlaufsbeobachtungsinstrument „Early Detection Screen for Dementia“ (NTG-EDSD) weiterentwickelt und stellt es kostenfrei in verschiedenen Sprachen zur Verfügung (AADMD 2013). Das Instrument eignet sich für Angehörige oder Betreuende, die über einen längeren Zeitraum mit der betroffenen Person im Kontakt stehen. Sie dokumentieren ihre Beobachtungen, und durch die jährliche Wiederholung lassen sich Veränderungen abbilden, die für eine Frühdiagnostik den Anstoß geben. Dabei werden auch allgemeine Veränderungen des Gesundheitszustandes, Lebensereignisse und die psychische Verfassung in den Blick genommen und als Einflussfaktoren mitberücksichtigt. Die deutsche Übersetzung steht als Download zur Verfügung unter: www.the-ntg.org/ntg-edsd

Das frühzeitige Erkennen der Demenz ist eine wichtige Aufgabe innerhalb der Behindertenhilfe

- Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen
- Kontinuität in der Begleitung der Menschen mit Down-Syndrom, um Veränderungen wahrnehmbar zu machen.
- Bei Menschen mit Down-Syndrom Anwendung in 6 bis 12-monatigen Intervallen. Verlaufsüberprüfung zwingend erforderlich
- Anwendung eines Diagnoseverfahrens, die andere Ursachen ausschließen
- Einbeziehung des Patienten und des Betreuers oder Angehörigen
- Mix aus Testdiagnostik und Fremdbefragung sinnvoll

Es gibt nur wenige Studien zur Wirksamkeit von Antidementiva

Der Wirkstoff Donepezil scheint bisher als einziges Medikament bei der Behandlung kognitiver Demenzzzeichen bei Erwachsenen mit Down-Syndrom zu wirken.

Neben Medikamenten gibt es nicht-medikamentöse Behandlungen, die zum Ziel haben, den Verlust der geistigen Fähigkeiten zu verzögern, die Selbstständigkeit im Alltag so lange wie möglich zu erhalten und das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu erhöhen.

Nicht-medikamentöse Therapien sind Übungs- und lernbasierte Verfahren zur Aktivierung und Aufrechterhaltung von alltagsrelevanten Verhaltensmustern und Fertigkeiten. Ziel ist die Kompensierung krankheitsbedingter Einschränkungen sowie die Verbesserung der Lebensqualität. Dabei wird die erhaltene aktivitätsgetriebene Neuroplastizität stimuliert.

Neuroplastizität ist die Fähigkeit des Gehirns sich selbst zu ändern. Unter neuronaler Plastizität versteht man die Eigenart von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen. Zur Optimierung laufender Prozesse verändern sich nutzungsabhängig ihre Anatomie und Funktion. Das funktioniert auch bei MmD. Die Hirnforschung geht davon aus, dass dies uns Menschen vor allem dann gelingt, wenn wir uns Selbstwirksam fühlen und wenig Stress empfinden.

Diese nicht-medikamentösen Therapien sind für alle Demenzerkrankungen geeignet. Dabei zeigt sich eine positive Wirkung auf Kognition und Verhalten.

Im Verhältnis zur Pharmakotherapie zeigen sich die nicht-medikamentösen Maßnahmen gleich wirksam mit Antidementiva.

MmDD brauchen besonders viel Anerkennung und Ermutigung. Denn selbst wenn sie aufgrund der zunehmenden geistigen Beeinträchtigungen ihre eigenen Defizite nicht mehr in vollem Umfang erkennen, so nehmen sie doch im Hier und Jetzt diese Einschränkungen ihrer Fähigkeiten wahr. Gerade und ganz besonders solcher, auf die sie früher stolz waren.

Empowerment' für Menschen mit Down-Syndrom und Demenz

Mit zunehmender Demenz geht die Breite und Tiefe möglicher sinnvoller Tätigkeiten zurück, häufig resultierend in Langeweile, Isolation und verminderter Lebensqualität. 'Empowerment' beschreibt all die Anstrengungen, eben dies zu verhindern und eine aktive Rolle im Leben und der Gemeinschaft beizubehalten. Die Weltgesundheitsorganisation versteht darunter einen Prozess, durch den Menschen mehr Kontrolle in Bezug auf Entscheidungen und Handlungen in Bezug auf ihre Gesundheit erhalten.

1. Einen Sinn für die persönliche Identität besitzen

Hierbei geht es darum, einen Bezug zu dem zu behalten, wer man war und was man gemacht hat, aber auch darum, dies mit der Person, die man im Hier und Jetzt ist, in Verbindung zu bringen. Professionelle bringen dieses Thema mit besonderer individueller Aufmerksamkeit in Verbindung, besonders für Heimbewohner, da das Leben im Heim die Unterschiede angleicht, wenn nicht gleichmacht.

2. Einen Sinn für Wahlmöglichkeit und Kontrolle besitzen

Zumeist geht es um Entscheidungen im persönlichen Nahbereich sowie im Grenzen bezüglich der Kontrolle und Überwachung durch andere.

Erwartet wird, dass Entscheidungen in der Regel schlicht akzeptiert werden, so wie bei allen anderen Menschen auch. Auch ungewöhnliche Entscheidungen (Wurst mit Schokolade) sollten nicht kommentiert, sondern einfach hingenommen werden.

Bei zunehmender Demenz braucht es Unterstützung und eine Einschränkung der Wahlmöglichkeiten, um Überforderungen zu vermeiden.

Wichtig ist: dass die Person weiterhin das Gefühl hat, wählen zu können und Kontrolle zu haben.

3. Einen Sinn dafür haben, gebraucht zu werden und nützlich zu sein

Es geht darum, den Menschen nicht ohne Not Kompetenzen und Prozesse aus der Hand zu nehmen, sondern sie zu unterstützen, sie möglichst lange zu erhalten.

Professionelle und Angehörige betonen zudem den Verlust an Initiative und die Notwendigkeit, die Person mit Demenz zu motivieren und anzuregen. So wird berichtet, dass bei der Aufforderung zu stricken erst vielfach über die Hände geklagt wird, dann aber doch die Personen mit in die Aktivität einsteigen und gerne mitmachen.

4. Ein Gefühl für den persönlichen Wert zu behalten

Anerkennung und Wertschätzung, Resonanz zu erfahren ist für alle Beteiligten wichtig. Professionelle und Angehörige beobachten, dass Menschen mit Demenz oft mit ihren Vorhaben scheitern, aber eben dies schlecht einordnen können und daher irritiert und unsicher werden.

Eben daher sei Anerkennung so wichtig. Menschen mit Demenz betonen dagegen, sie würden doch immer wieder, wie ein Kind behandelt, Tätigkeiten würden schnell übernommen. Oft täten Professionelle oder Angehörige nur so, wie wenn sie zuhörten, an kleinen Zeichen könne man aber erkennen, dass es sie gar nicht interessiere und mit etwas anderem beschäftigt seien.

Unsere erste Aufgabe dabei ist, den persönlichen Ausgangspunkt (→ Eigene Annahmen über MmD) zu reflektieren. Zweitens, die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wahrzunehmen, um ihnen diese durch eine person-zentrierte Pflege im dritten Schritt erfahrbar zu machen.

Grundlage für eine person-zentrierte Pflege und Betreuung ist die Abkehr von einer funktionellen Verrichtungs- oder funktionsbezogenen Pflege. Eine person-zentrierte Haltung ist wiederum geprägt von Kongruenz, Akzeptanz und Empathie.

Nicht das Fachwissen oder die Technik sind wichtig, sondern Einstellung und Haltung sind entscheidend für die Qualität der Beziehung.

Welche Wohn- und Versorgungskonzepte werden empfohlen?

In Einrichtungen der Behindertenhilfe wird oft versucht, über individuelle Konstrukte die Situation zu meistern. Dennoch werden Grenzen erreicht, wenn keine angepassten Konzepte entstehen.

Dann wird aufgrund des erhöhten pflegerischen und personellen Aufwands entschieden, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz ihr vertrautes Umfeld verlassen müssen, um in einer Pflegeeinrichtung versorgt zu werden.

Zu diesem Versorgungsbruch gibt es Berichte), dass im neuen Umfeld ein schneller Abbauprozess beobachtet wurde und sich das Lebensende früh einstellte. Studien aus dem internationalen Ausland setzen bei den Wohn- und Versorgungssettings für Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz zwei Schwerpunkte:

Beim „Ageing in Place“ geht es darum, das soziale Umfeld der Betroffenen vorzubereiten, Unterstützungssysteme bis hin zur palliativen Begleitung aufzubauen und räumliche Anpassungen frühzeitig in den Blick zu nehmen. Dann können Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz durch eine gute infrastrukturelle und fachliche Unterstützung bis zum letzten Atemzug in ihrem gewohnten Umfeld bleiben.

Das „in place progression“ bedeutet eine konzeptionelle Weiterentwicklung des stationären oder ambulant betreuten Wohnumfeldes. Es geht um die Anpassung der personellen Präsenz und um adäquate Angebote, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren. So müssen diese nicht in neue Einrichtungen mit passendem Versorgungsangebot umziehen, sondern das Versorgungsangebot vor Ort wird an ihren Bedarf angepasst. Als Beispiel sei auf die ambulant betreute Wohnpflegegemeinschaft „Südring 36“ in Hamburg hingewiesen, die eine 24-Stunden Begleitung mit einem multidisziplinären Team realisiert hat. Mitarbeitende aus der Alten- und Krankenpflege und aus der Behindertenhilfe ergänzen sich und haben als gemeinsames Ziel das Wohlbefinden der Betroffenen im Blick.

So kann auf die Bedürfnisse von Menschen mit Lernschwierigkeiten und Demenz pädagogisch und pflegerisch kompetent eingegangen werden. Beide Ansätze haben noch Seltenheitswert.

Bei Voranschreiten der Erkrankung besteht die Notwendigkeit eines Umzuges der Erkrankten in eine dementengerechte Wohngruppe mit hohem pflegerischen know how

Einerseits ...
...steht dem Bedürfnis nach Vertrautheit /Kontinuität entgegen.

Andererseits...
... schützt ein dementengerechtes Milieu Erkrankte, Mitbewohner/innen und Mitarbeiter/innen vor Überforderung und Misserfolgserlebnissen.

“Das war hinterher alles ein Gewusel und die Mitbewohner haben gesagt: „Was machst du da, das will doch keiner haben ...“

Da die Lebenserwartung von Menschen mit Lernschwierigkeiten erheblich gestiegen ist und weiter steigt, wird es immer wichtiger, Demenzerkrankungen frühzeitig zu erkennen, um einen angemessenen Umgang und die richtige Behandlung und Pflege zu ermöglichen.

Quellen:

Statista 2022; Dieckmann et al. 2010; Coppus, A., Telbis-Kankainen, H. (2016). Demenzielle Erkrankungen bei Menschen mit Down-Syndrom. In: Müller, S., Gärtner, C. (eds) Lebensqualität im Alter. Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft. Springer VS, Wiesbaden; de Oliveira & Paula Faria 2022; Thompson 2002; Grunwald et al. 2012; Ganß 2018; Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Infoblatt 16 2023

Autor: Tobias Münzenhofer



19.01.2023

Personenzentrierte Führung in der Pflege

„Wir denken, dass personenzentriertes Führen sich in vielen alltäglichen Führungssituationen und bestehenden Formaten praktizieren lässt und dass die konstruktive, bewusste Herstellung und Pflege guter Arbeitsbeziehungen kein Luxusgut ist.“

Die personenzentrierte Führung ist ein „altes“ und zugleich „modernes“ Konzept. Zum einen sind die Wurzeln in der humanistischen Psychologie und non-direktiven Gesprächsführung nach Rogers schon ab Mitte des 20. Jahrhunderts zu finden und skizziert. Zum anderen regt es Antworten/Hinweise für hochaktuelle Themen der Pflege an.

Die darin angesprochene Dimension von Führung unterscheidet sich von den Dimensionen Leiten und Managen, welche möglicherweise bei Führungskräften (aufgrund von zu erfüllenden Regularien und ökonomischen Vorgaben) dominant geworden sind, und geht darüber hinaus:

- a. Der Abwanderung aus dem Pflegeberuf kann nicht begegnet werden ohne ein Konzept und eine überzeugende Kultur der Anerkennung, Förderung und Beteiligung der Mitarbeiterschaft. Mitarbeiterbindung ist stets top down zu denken. Die damit verbundenen Veränderungsprozesse brauchen Mitarbeitende, welche diese mittragen. Das setzt Transparenz, Beteiligung, Sinn und Akzeptanz voraus, was steht und fällt mit echter und ernst nehmender Kommunikation der Führungskräfte. Sie stellen eine Art Flaschenhals oder „gate keeper“ von Veränderungsprozessen dar (vgl. BDU-Fachverband Personalmanagement 2022). Eine Studie vom Dezember 2021 ergab, dass 40 % der befragten Pflegenden angeben, mindestens monatlich daran zu denken, den Pflegeberuf aufzugeben. Rund 30 % überlegen den Arbeitsplatz zu wechseln und ca. ein Drittel will die Arbeitszeit reduzieren (vgl. Das Gesundheitswesen 2021).
- b. Wenn im Pflege-Expertenstandard z.B. die **Beziehungsgestaltung**, die personenzentrierte Kommunikation und Pflege etwa von Menschen mit Demenz als Ziel formuliert und beschrieben wird, so wird dies nicht zu trennen sein davon, dass die Mitarbeiterschaft selbst personenzentriert geführt wird.

„Grundsätzlich werden Pflegende eher befähigt sein, person-zentriert zu handeln, wenn sie selbst person-zentriert behandelt werden. Die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege ist somit primär Führungsaufgabe.“ (DNQP, 2018 Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz)

Führungskräfte zentrieren sich somit auf die vorhandene Pflegefachlichkeit und sorgen dafür, dass sie tatsächlich abgerufen wird, damit die Pflegefachkraft mehr mit Vertrauen und Wahrnehmung ihrer Kompetenzen gefördert und weniger mit einem Defizit-Blickwinkel des Mangels gesehen werden kann.

Denn ein selbst herabgesetzt zugeschriebenes Pflegeniveau funktioniert nicht, wenn die nächste Qualitätsprüfung ansteht, in der Pflegefachgespräche vorausgesetzt werden. Spätestens dann werden Assessments wie Nahrungsprotokolle und Schmerzerhebung evaluiert, die erneut unter hohem Zeitdruck, ohne Zukunftsstrategie und Berücksichtigung vorhandener Pflegekompetenzen, abgearbeitet werden müssen. Dazu kommt das Gefühl, man arbeite immer nur „hinterher“, nie aber „voraus“ und nachhaltig.

Das Pflege- und Betreuungsteam reagiert auf Dauer enttäuscht und unmotiviert, wenn es in ein rein funktionelles Pflegeverständnis geführt und in seiner Fachlichkeit nicht ernst genommen sowie gezielt gefordert und gefördert wird.

Die beziehungsgestaltende Pflege wird somit erschwert. Ein solches, unter dem eigentlich vorhandenen Pflegeniveau ausgerichtetes Pflegemanagement sorgt bei den Pflegenden für Unruhe und Unzufriedenheit und verhindert, dass sie ihr Handeln als sinnvoll und erfreulich erleben können. Ein Führungsdenken, dass Pflegekräfte einfach nur funktionieren müssen und ihre Stellenbeschreibung erfüllen sollten, ist zu kurz gedacht und bringt nicht den erhofften Erfolg in der Pflegequalität.

Im Sinne einer guten und gelingenden Pflegepraxis, in der Pflegekräfte ihre Fachlichkeit abrufen können, gilt es, das Augenmerk auf konzeptuelle Grundlagen zu legen und nicht der formalen Erfüllung einer Stellenbeschreibung und dem Abarbeiten von Arbeitsaufträgen und Listen nachzukommen. Letztendlich wird sich der Erfolg zunächst weniger an Letzterem messen lassen, sondern auf Teamentwicklungsprozessen, Kompetenz- und Haltungsentwicklung beruhen.

Zu diesen klar ersichtlichen Zukunftsaufträgen gehört zunächst die tiefe Überzeugung und Willensbildung, einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam gestalten zu wollen. Das gelingt, wenn es als strategische Ausrichtung in kleinen Schritten, systemisch gedacht und partielle Begleitung hinzugenommen wird. Veränderung der Kultur braucht Zeit und meint u.a., dass die Führungskräfte wie z.B. die Pflegedienstleitungen den gemeinsamen Weg von einer aufgabenorientierten hin zu einer kundenorientierten Einstellung ermöglichen.

Das Einbetten von Beziehungshandeln in funktionale Aufgaben wie die der Grund- und Behandlungspflege wird mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt fortlaufend reflektiert, optimiert und teamunterstützend begleitet.

Menschenbild und Grundlagen der personenzentrierten Führung

Als Menschenbild liegt die Auffassung zugrunde, dass jedem Menschen das Streben und die Fähigkeit nach Wachstum, Unabhängigkeit und Eigenverantwortung immanent ist. Menschen wollen sich verwirklichen, im Gleichgewicht sein, Sinn finden und für sich sorgen. Die Wahrnehmung und Verarbeitung von Erfahrung und Erlebnissen geschieht durch...

1. Die **Selbstaktualisierungstendenz**: Jede/r hat den Wunsch sich zu erhalten, auszudrücken und zu entfalten in Richtung Selbstentwicklung und Autonomie. Die Aufgabe der Führungskräfte ist es, den (anfänglichen) Berufsmotiven wieder Raum zu geben, die Bedürfnisse zu sehen und die Potenziale der Mitarbeitenden zum Tragen zu bringen und realisierbar zu machen.

2. Das **Selbstkonzept**: Jede/r hat zu jedem Zeitpunkt ein mehr oder weniger dem Bewusstsein zugängliches Konzept des eigenen Selbst. Dieses befindet sich in einem ständigen Veränderungsprozess und umfasst die Körper-, Sinnes- und sozialen Erfahrungen, alle Selbst- und Fremdzuschreibungen sowie die Wertvorstellungen. Das Selbstkonzept integriert kontinuierlich alle Arbeitserfahrungen.

Die Relevanz dieser beiden Aspekte besteht für Führungskräfte darin, dass Entscheidungen von Pflegenden (von der inneren Verlängerung engagierten Einsatzes, über die Ambivalenz, wie es weitergehen soll, bis hin zu Schritten, die Stelle zu wechseln oder den Beruf aufzugeben) früh, lange bevor sie geäußert und konkretisiert werden, im Prozess einer Ausbalancierung im Selbstkonzept verhandelt werden.

Wir wissen aus Studien, dass die Qualität der Arbeitsbeziehung zum/zur unmittelbaren Vorgesetzten für Mitarbeitende ein entscheidendes Kriterium für Motivation, Zufriedenheit und Verbleib im Beruf und an der Arbeitsstelle ist (vgl. BAuA 2005 und 2016).

Nur das ehrliche Interesse von Führungskräften für und das offene Gespräch mit den Mitarbeitenden ergeben die Chance, diese Prozesse zu erkennen und darauf Einfluss zu nehmen.

Insofern geht es darum, neben Führung den Faktor der **Selbstführung** der Mitarbeitenden zu erkennen und bewusst zu machen.

Es ist nachhaltiger, eher auf Selbstverantwortung der Mitarbeitenden zu setzen, als das meiste über Führungshandeln regeln und organisieren zu wollen. Gordon (2005) stellt die These auf: „So kommen wir zu der paradoxen Feststellung, dass effektive Führer ganz, wie Gruppenmitglieder handeln und effektive Gruppenmitglieder ganz wie Gruppenführer“.

Dies als Leitidee nehmend verändern sich Stations-/Teambesprechungen: Für die Tagesordnung sollte/kann dann das Team verantwortlich oder zumindest mit-verantwortlich sein; die Entscheidungsfindung ist in hohem Maß partizipativ und unterschiedliche Ebenen der Beteiligung wie der systematischen Problemlösung (Konsent-Methode u.a.) werden etabliert. Leitungsentscheidungen im Alleingang sind (ebenso wie Mehrheitsentscheidungen) i.d.R. für die meisten Probleme und Konflikte nicht tauglich.

Als Grundhaltung haben Führungskräfte beim personenzentrierten Führen im Blick, Empathie aufzubringen und die subjektive Realität der Mitarbeitenden anzuerkennen, deren Ressourcen, Vorschläge, individuellen Lösungsversuche zu fördern sowie Selbstverantwortung und Selbstbestimmungspotenzial zu respektieren.

Und es geht darum, die Rahmenbedingungen für ein Klima der Akzeptanz und Wertschätzung zu schaffen und selbst kongruent zu sein, echt und authentisch zu kommunizieren: Dazu gehört u.a. das aktive Zuhören, um die (Selbst-) Erkenntnis des Gegenübers zu unterstützen, aber auch um Probleme und Sachverhalte aus Sicht des Gegenübers zu verstehen und selbst nicht zu schnell mit Interpretationen und Priorisierungen zu reagieren.

Personenzentriertes Führen und Führungsstil - konkrete Anwendung

Die personenzentrierte Führung realisiert sich am Besten in einem Führungsstil, der kooperativ, mitarbeiter- und beziehungsorientiert ist; sie wird stimmig erlebt und wirksam, wenn sie in Führungsleitlinien verankert ist; in der Umsetzung erzielt sie Glaubwürdigkeit und Strahlkraft auf das Betriebsklima, wenn sie im Verhalten aller Führungsebenen gelebt wird: Die Mitarbeitenden werden in Meinungsbildung und Entscheidungsprozesse einbezogen, Konzepte zur Selbstorganisation gefördert; es wird eine offene wertschätzende Kommunikation praktiziert; Vertrauen und Kooperation prägen die Arbeitsbeziehungen zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden; Feedback ist gewünscht und gelebter Alltag, so dass auch Konflikte besser angegangen und gelöst werden können; die Offenheit für die Probleme der Mitarbeiterschaft und ihr Wohlergehen (systemisches Gesundheitsmanagement) sind zentral.

Die Basis und Klammer alles Genannten ist die **Kommunikation** der Führungskraft:

- Vertrauensbildend wirken durch Ich-Botschaften, Transparenz und Erreichbarkeit; Teamarbeit partizipativ gestalten, Zusammenhalt fördern, Stationskonferenzen und Teambesprechungen zu einem positiv moderierten und lebendig erlebten Ort von Austausch machen.
- Die Problemlösungskompetenz der Mitarbeitenden wahrnehmen und Problemlösungsknowhow fördern.
- Konflikte früh und direkt ansprechen und vermitteln, Konsense bilden.
- Motivlagen der Einzelnen hören, erkennen, gemeinsam Gestaltungsformen finden.
- Mit Zielen führen, um die Ziele der Organisation mit den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Entwicklungsoptionen der Mitarbeitenden in Einklang zu bringen.

Anhand zweier Beispiele soll die Umsetzung erläutert werden: Man muss dafür nicht unbedingt Neues einführen, sondern kann zeitnah starten, den eigenen Führungsstil zu reflektieren, sich für die Kommunikation zu sensibilisieren, indem mit personenzentrierter Haltung vorhandene Formate genutzt werden:

Fallgespräche

Fallgespräche sind oft ein noch nicht genügend genutzter Raum, in dem neben professioneller Fallarbeit zugleich Zusammenhalt, positives Arbeitsklima und Achtsamkeit für die Bedürfnisse der Mitarbeitenden gepflegt werden können.

Zu empfehlen ist die zielorientierte, zugewandte und klare Moderation der Fallgespräche mittels vorliegender und individuell adaptierbarer Leitfäden **kollegialer Beratung** (vgl. Tietze 2003). Viele Mitarbeitende sind etwa von aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schreien, körperliche Angriffe beim Waschen, bei Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme) durch BewohnerInnen stark belastet.

Hier das Erleben, die Wahrnehmungen in der Situation, die persönliche Resonanz, Emotionen, Hypothesen usw. schrittweise, offen und vertrauensvoll auszusprechen und zu verdichten, führt nicht nur zu einem vertieften Verständnis der Klienten und verschiedenen Ideen zukünftiger Umgangsweisen; sondern es können dabei die immensen Anforderungen

anerkannt, die Leistung gewürdigt und der Respekt vor der Ambiguitätstoleranz und Bewältigungskompetenz der Mitarbeitenden sichtbar werden; nicht zuletzt wird kollegiale Beratung, die Erörterung gemeinsamer Werthaltungen und Interventionen, bewirken, dass Lerneffekte über den Einzelfall hinaus gewonnen werden.

Führung wird dann zunehmend als wirklicher Dialog auf Augenhöhe mit dem Ziel besserer Ergebnisse wahrgenommen. Führungskräfte zielen somit darauf ab, den Austausch von Wissen, Informationen und Erfahrungen zu organisieren, zu vertiefen und lösungsorientiert zusammenführen, ohne die eigene Positionsautorität zur einzigen Richtschnur des Vorgehens im jeweiligen Fall zu machen.

„Pfleger werden in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet. Führung zielt darauf ab, dass Pfleger das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.“ (DNQP, 2018 Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz)

Eigenreflexion und Selbstmanagement

Gemeint ist u.a. die Reflexion des eigenen Führungsstils, die Betrachtung der Führungshaltung und das Sich-Sensibilisieren, Wiederaneignen und Erproben von dialogisch-mitarbeiterorientierter Gesprächsführung (besonders in Mitarbeitergesprächen).

Oft fehlt aufgrund des Arbeitsdrucks die Priorisierung dafür, Orte zu schaffen oder zu besuchen, um sich mit neuem Führungswissen, mit der Beziehung zu Mitarbeitenden oder zu sich selbst auseinanderzusetzen.

Dies können professionelle Formate (Leitungscoaching und Einzelsupervision), kollegialer Austausch (kollegiale Beratung/Intervision mit anderen Führungskräften), strukturiertes Selbstcoaching (vgl. Vogel 2013) oder das Einholen von Feedback sein. Selbstreflexion bedeutet etwa für Führungskräfte, die „Falle“ zu erkennen, dass die Systeme und Untergruppen der Einrichtung von ihnen i.d.R. erwarten, besonders stark, überlegen und unangefochten zu sein.

Dies kann aber zu einem „Teufelskreis“ führen, wo sich Mitarbeitende dann zunehmend passiv und unmündig verhalten; stattdessen wäre es für Führungskräfte wichtig, auch Begrenzungen z.B. von Wissen sichtbar zu machen und eher das Wissen aller zusammenzutragen und zu organisieren.

Fazit

Motivation, Wir-Gefühl und Identifikation bekommt man nicht zum Nulltarif. Führungskräfte brauchen Entschiedenheit, Zeit und Training, um Fragen der Partizipation, des Konfliktmanagements, der Dialogfähigkeit und Integrationsfähigkeit (für zunehmend diverse Teams) anzugehen. Woher die Zeit nehmen?

Wir denken, dass personenzentriertes Führen sich in vielen alltäglichen Führungssituationen und bestehenden Formaten praktizieren lässt und dass die konstruktive, bewusste Herstellung und Pflege guter Arbeitsbeziehungen kein Luxusgut ist; vielmehr ist sie eine essentielle Voraussetzung, um das wesentlichste Gut zu schaffen: Beziehung und Vertrauen (in Person und Arbeitsverhalten).

Zielgerichtete Zusammenarbeit bei gleichzeitiger Achtung der Personen, der Fähigkeiten und des Ausdruckswillens führen zu Lernprozessen in Teams, welche die Qualität der Arbeit befördern, so dass z.B. auch das Zutrauen in die Kompetenz und das Gelingen von Pflegefachgesprächen wächst.

Veröffentlicht: Pflege Professionell - Das Fachmagazin 31/2023

Autoren

Georg Vogel (www.vogel-supervision.de)

Tobias Münzenhofer (LICHTBLICKE-DEMENZSTRATEGIE)



Foto: Perry Wunderlich, Fotowettbewerb Lichte Momente
Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein

18.05.2021

Verhalten gemeinsam verstehen und gemeinsam handeln

- **Verhalten verstehen hilft mit Verhalten umzugehen und zielgerichtete Maßnahmen einzuleiten.**

Vom Verstehen....

Im Verlauf einer Demenz wird es immer schwieriger, alltägliche Aufgaben selbstständig zu bewältigen. MmD (Menschen mit Demenz) werden vergesslich, haben zunehmend Probleme sich sprachlich auszudrücken, sich zu erinnern, zu erkennen, zu orientieren, zu handeln und zu denken.

Im Unterschied zu solchen komplexen Denkleistungen sind Demenzkranke jedoch meist sehr gut in der Lage, mit anderen Menschen mitzufühlen bzw. deren Gefühlslage zu erfassen. Sie nehmen zum Teil sogar ausgesprochen feinfühlig entsprechende Signale auf. Mitfühlen ist eine grundlegende Fähigkeit, die bereits in den ersten Lebenswochen gelernt wird. Vermutlich ist diese genetisch vorgeprägt und erfordert keine bewussten geistige Prozesse.

MmD erleben bewusst, dass ihre geistigen Fähigkeiten nachlassen. Dieses Erleben geht zumeist mit einem wahren Gefühlskarussell wie z.B. Peinlichkeit, Wut, Misstrauen, Ohnmacht, Verzweiflung, Ungeduld und Angst einher. Als Reaktion hierauf entwickeln sie unterschiedlichste Bewältigungsstrategien, um mit der eigenen Veränderung umzugehen. Bewältigungsstrategien wie z.B. Leugnen, Relativieren, Ritualisieren, Isolieren, Fremdbeschuldigungen dienen dem Schutz ihrer Würde und der Aufrechterhaltung der Persönlichkeit.

Das Umfeld ist mit Fremdbeschuldigungen, sich nicht helfen lassen wollen, wahnhaften Ängsten, Verlust von Impulskontrolle und Steuerung des Gefühlslebens konfrontiert.

Es kann sich Niemandem anvertraut werden, denn die anderen dürfen ja nichts merken. Der Betroffene kann sich selbst nicht erklären, was mit ihm geschieht.

Das Verhalten von MmD ist als Ausdruck von Bedürfnissen zu sehen. Hinter jedem Verhalten steckt eine „Geschichte“ und hat bestimmte Auslöser. Hierbei gilt es den MmD größtmögliche Freiheit und Selbstbestimmung bei größtmöglicher Sicherheit zu ermöglichen.

Dabei sollten auch die Gefahren und Belastungen der Pflegenden ernstgenommen und berücksichtigt werden.

Die Bedrohung der Identität und „Selbstentfremdung“ ist mit existentiellen Ängsten verbunden. Der Verlust des Selbstwertgefühles ist allgegenwärtig und bestimmt das eigene Erleben. Zunehmende Reizbarkeit und Unruhe bis hin zum sozialen Rückzug und Depressivität als Reaktion auf die Veränderungen sind die Folge.

Depressive Verstimmungen in der Anfangsphase einer Demenz sind sehr häufig zu beobachten. Besonders bei älteren depressiven Patienten, können die subjektiven kognitiven Defizite, vorschnell zur Diagnose einer Demenz führen.

MmD zeigen eine deutlich stärkere Reaktion auf die Umwelt, eine intensivere Wahrnehmung von Gefühlen, eine verzerrte Wahrnehmung der Realität und Beziehungen.

Die Nähe-Distanz-Regulation ist gestört. Häufig ist eine Übertragung von eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen auf Unbeteiligte zu beobachten wobei Dritte in die eigene Konfliktodynamik eingebunden werden. Ein Reflektieren bzw. auch das Sich-Hineinversetzen beispielsweise in Einstellungen, Überzeugungssysteme und subjektive Bedeutungen ist erheblich eingeschränkt.

MmD scheinen bestimmte Erinnerungen plastischer zu erleben als die Realität selbst. Sie leben dann in einem „Grenzbereich“ zwischen den inneren Bildern und der Wirklichkeit, was den Eindruck von Halluzinationen oder Wahnvorstellungen vermitteln kann.

Solche Symptomatiken werden teilweise dann auch unangemessen mit Neuroleptika behandelt. Anstatt beispielsweise Umgebungsbedingungen zu verändern, die zu Fehlwahrnehmungen und daraus resultierenden Ängsten führen.

...zum Verständnis

Bei MmD werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann diesem begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich. Denn trotz kognitiver Einbußen bleibt die emotionale Wahrnehmung erhalten.

Die Suche nach Halt und Sicherheit, die in der ersten Krankheitsphase meist zunimmt und sich insbesondere an vertraute und stützende Menschen richtet, ist oftmals von einer entgegengerichteten Tendenz begleitet. Es herrscht gleichzeitig ein Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit, um das verletzte Selbstwertgefühl zu stützen und zu erhalten. Der Kranke wünscht zwar einerseits Hilfe, aber zugleich befürchtet er, von anderen bevormundet zu werden und ein Stück Eigenständigkeit und Kontrolle über sein Leben zu verlieren. Diese Widersprüchlichkeit der Bedürfnisse kann zu einer großen Herausforderung in der Betreuung werden. Hilfe muss dann möglicherweise unauffällig gegeben werden, sodass sie dem Kranken gar nicht als Hilfeleistung erscheint.

Umso wichtiger sind eine gute Versorgung und psychosoziale Unterstützung. MmD benötigen neben Hilfen im Alltag auch liebevolle und stabile Beziehungen in einem toleranten Umfeld.

Die Gefühlswelt, Musik, Bewegung und die einfachen direkten Formen des Miteinander-Umgehens werden wichtige Zugangswege zu den Kranken. Die Stimme wird noch stärker

als ohnehin durch ihren Klang und die Art des Sprechens zum Kommunikationsmittel und Vermittler sozialer Nähe. MmD können in dieser Phase Schwingungen auf der Gefühlsebene in ihrem Umfeld oft besonders gut wahrnehmen. Da sie sich bei der Wahrnehmung ihrer sozialen Umgebung nur auf diese Ebene stützen können und viel weniger als Gesunde gleichzeitig mit Gedanken, Gesprächsinhalten und Vorstellungen beschäftigt sind, konzentrieren sie sich ganz auf das, was sie unmittelbar erleben, wahrnehmen und spüren. Sie nehmen ihre Umgebung stärker vom gefühlhaften Aspekt her wahr. Dadurch wirken sie teilweise auch dünnhäutiger und können empfindsamer auf Stimmungsschwankungen und Veränderungen der Atmosphäre in einer Begegnung oder in einer Gruppe reagieren. So reagieren sie unter Umständen auf die innere Anspannung eines Betreuenden, der unter Zeitdruck steht oder der mit seinen Gedanken nicht ganz bei der Sache ist, unmittelbar mit

Widerstand oder Rückzug. Demenzkranke sind so gesehen manchmal wie ein Spiegel für die eigene Befindlichkeit. Noch bevor man selbst merkt, dass man unruhig, angespannt oder belastet ist, kann es sein, dass der Kranke dies bereits deutlich in seinen Verhaltensreaktionen zeigt.

Leben ist Begegnung - Mit unseren Mitmenschen und nicht zuletzt, Begegnungen mit uns selbst. Wenn wir uns auf Begegnungen mit MmD einlassen, können wir viel über uns selbst lernen und durch unsere Beziehungen erfahren was es bedeutet Mensch zu sein.

Leben mit Demenz – Verhalten und Persönlichkeit der Betroffenen ändern sich oft dramatisch, entziehen sich zunehmend ihrer eigenen Kontrolle und können auf uns befremdlich und herausfordernd wirken.

Der Umgang mit ihnen verlangt von uns eine neue mitfühlende Sicht und Denkweise. Art und Ausmaß der demenzbedingten Verhaltensweisen sind weniger von der Schwere der Krankheit als von der Beziehung zwischen den Pflegenden und den Erkrankten abhängig. In dieser Beziehung werden unser Wahrnehmen, Einfühlen und Verstehen gefördert und vertieft. Durch die Vermittlung von Wärme, Sicherheit und Geborgenheit können wir auf die Verhaltensweisen gleichsam lindernd und heilend einwirken.

Vor allem bei MmD mit herausfordernden Verhaltenssymptomen hat die individuelle, wertschätzende Beziehung und würdevolle Pflege ein mehr an Wohlbefinden zur Folge. So kann dem Entstehen schwieriger Verhaltensweisen und dem damit einhergehenden Leidensdruck präventiv entgegengewirkt werden. Dabei stehen die Förderung und Wahrung des Person-Seins im Vordergrund.

Nicht für jede Situation gibt es eine geeignete Intervention. Interventionen, die bei einem Erkrankten unter bestimmten Umständen einmal wirksam waren, sind bei einem anderen Menschen oder anderen Situation vielleicht fruchtlos.

Wichtig ist es für uns zu verstehen, dass wir die Verhaltenssymptome bei MmD durch unser Handeln nicht immer beeinflussen können oder auch sollen. Manchmal geht es nur darum ein Verhalten mit Geduld akzeptieren, verstehen und annehmen zu können. Einfach nur da zu sein.

Nicht jedes Verhalten muss „abgestellt“ werden, manchmal muss sich eben die Umgebung ändern. Verhalten ist wichtig und gut – auch das von MmD. Jedes Verhalten hat einen Sinn, auch das des MmD.

MmD benötigen eine Stabilisierung ihrer selbst. Sicherheit um nicht verloren zu gehen. Wir können dies vor allem durch unsere anerkennende Beziehung zu ihnen als Person durch

individuelle Bindung zu dem einzelnen Menschen und durch ihre Einbeziehung innerhalb der sozialen Gruppe erreichen.

Die Qualität unserer Beziehung wird zum entscheidenden Faktor im Leben der demenzerkrankten Menschen. Die mitfühlende Beziehung ist der Schlüssel zu einem wahrhaftigen Miteinander. Erst wenn wir dies verstanden haben, können wir den MmD auch wirklich begegnen, und über alle durch die Demenz verursachten Hindernisse hinweg zu einem Leben in Würde verhelfen.

MmD brauchen besonders viel Anerkennung und Ermutigung. Denn selbst wenn sie aufgrund der zunehmenden geistigen Beeinträchtigungen ihre eigenen Defizite nicht mehr in vollem Umfang erkennen, so nehmen sie doch im Hier und Jetzt diese Einschränkungen ihrer Fähigkeiten wahr. Gerade und ganz besonders solcher, auf die sie früher stolz waren.

Wenn Pflegende im Stande sind, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten können, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Unsere erste Aufgabe dabei ist, den persönlichen Ausgangspunkt (→ Eigene Annahmen über MmD) zu reflektieren. Zweitens, die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wahrzunehmen, um ihnen diese durch eine person-zentrierte Pflege im dritten Schritt erfahrbar zu machen.

Grundlage für eine person-zentrierte Pflege und Betreuung ist die Abkehr von einer funktionellen Verrichtungs- oder funktionsbezogenen Pflege. Eine person-zentrierte Haltung ist wiederum geprägt von Kongruenz, Akzeptanz und Empathie.

Kongruenz - Übereinstimmung mit sich selbst, echt und ohne Fassade sein, Gefühle und Einstellungen offen leben. Wenn man diese Echtheit in einer Beziehung durchscheinen lässt, wird daraus eine bedeutsame Begegnung, in der beide etwas dazu lernen und sich weiterentwickeln.

Akzeptanz - Emotionales Engagement. Der MmD wird in seinem Verhalten und Erleben als eigenständige Person geachtet und nicht bewertet, wird ohne Vorurteile und Wertung angenommen.

Empathie - Einführendes nicht-wertendes Verstehen. Wenn ein Therapeut die innere Welt des MmD mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so verspürt, als wären sie die eigenen, aber weiß, dass es nicht seine eigenen sind. Volle Zuwendung zu einem anderen Menschen.

....zum gemeinsamen Handeln

Das Pflege -und Betreuungsteam ist herausgefordert aus den nicht-kognitiven Verhaltenssymptomen wie Unruhe, Agitiertheit, Verweigerung, Schreien, Rufen,

Distanzlosigkeit, Wahnhaftes Erleben, Apathie und Aggression die Ursachen und Auslöser zu erkennen. 80% aller demenziellen Verhaltensweisen ist eine Reaktion auf die Umwelt. Die Umwelt können wir gemeinsam verändern.

Neben Medikamenten gibt es nicht-medikamentöse Behandlungen, die zum Ziel haben, den Verlust der geistigen Fähigkeiten zu verzögern, die Selbstständigkeit im Alltag so lange wie möglich zu erhalten und das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu erhöhen.

Nicht-medikamentöse Therapien sind Übungs- und lernbasierte Verfahren zur Aktivierung und Aufrechterhaltung von alltagsrelevanten Verhaltensmustern und Fertigkeiten. Ziel ist die Kompensierung krankheitsbedingter Einschränkungen sowie die Verbesserung der Lebensqualität.

Dabei wird die erhaltene aktivitätsgetriebene Neuroplastizität stimuliert.

Neuroplastizität ist die Fähigkeit des Gehirns sich selbst zu ändern. Unter neuronaler Plastizität versteht man die Eigenart von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen. Zur Optimierung laufender Prozesse verändern sich nutzungsabhängig ihre Anatomie und Funktion. Das funktioniert auch bei MmD. Die Hirnforschung geht davon aus, dass dies uns Menschen vor allem dann gelingt, wenn wir uns Selbstwirksam fühlen und wenig Stress empfinden.

Diese nicht-medikamentösen Therapien sind für alle Demenzerkrankungen geeignet. Dabei zeigt sich eine positive Wirkung auf Kognition und Verhalten. Im Verhältnis zur Pharmakotherapie zeigen sich die nicht-medikamentösen Maßnahmen gleich wirksam mit Antidementiva.

Beide Therapiestrategien sollten in leichten und mittelschweren Stadien eingesetzt werden.

Zu den nicht-medikamentösen Behandlungen gehören beispielsweise Gedächtnis- oder Orientierungsübungen, Kunst-, Aroma- und Musiktherapie sowie der Einsatz von Tieren. Auch die Angehörigen und der Austausch im Team zählen dazu. Welche Behandlung im Einzelfall am ehesten geeignet ist, hängt von den individuellen Bedürfnissen des MmD ab, der Krankheitsphase, den Symptomen und dem sozialen Umfeld.

Therapeut, Pflege, Arzt, Patient und Bezugspersonen sollten nach Möglichkeit gemeinsam abwägen, welches Angebot in Frage kommt.

Eine geeignete Möglichkeit der Reflektion pflegerischen Handelns ist die interdisziplinäre Fallbesprechung auf Grundlage einer Verstehenshypothese. Um den Unterstützungsbedarf im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen in einem Fallgespräch zusammengeführt und eine gemeinsame Verstehenshypothese gebildet. Verhalten gemeinsam verstehen und gemeinsam handeln.

Grundlegend sollten unsere Interventionen bei MmD....

- 1) ...Alltags- und Lebensweltorientierung vermitteln
 - 2) ...die Wahrnehmung fördern
 - 3) ...Wertschätzung und Zuwendung geben
- ✓ sensorische Defizite ausgleichen
 - ✓ körperliche und psychische Bedürfnisse wahrnehmen
 - ✓ Schmerzen eruieren
 - ✓ kognitive Symptome *und* die nicht-kognitive (psychische-) Verhaltenssymptome erfassen
 - ✓ Ablenkung durch positive Anreize schaffen
 - ✓ selbst die Ruhe bewahren und ausstrahlen
 - ✓ Vertrauenspersonen schaffen
 - ✓ Wahn ernst nehmen jedoch nicht bestärken
 - ✓ Ortswechsel anbieten
 - ✓ Reizüberflutung meiden
 - ✓ Identität geben
 - ✓ Selbstwirksamkeit geben
 - ✓ Einbeziehen in die Gesellschaft, festen Platz geben
 - ✓ Nähe, Trost, Sicherheit vermitteln
 - ✓ Orientierung geben
 - ✓ Wertschätzung und Zuwendung

Verhalten verstehen hilft mit Verhalten umzugehen und zielgerichtete Maßnahmen einzuleiten.

Nicht-medikamentöse Interventionen bzw. psycho-soziale Interventionen werden zunehmend in hochwertigen Studien bei MmD untersucht. Aufgrund bisheriger Evidenzen können Empfehlungen meist nur auf einem niedrigen Niveau ausgesprochen werden.

Die S3-Leitlinie Demenz ist eine evidenz- und konsensusbasierten Leitlinie in derer Aussagen zu Prävention, Diagnostik und Therapie von MmD sowie zur leichten kognitiven Störung aufgeführt sind.

Als „Kann-Empfehlung“ listet die S3-Leitlinie der DGPPN und DGN bei Patienten mit leichter bis moderater Demenz den Einsatz von Realitätsorientierung, Reminiszenzverfahren, kognitiver Stimulation, ergotherapeutische Maßnahmen unter Einbeziehung der Bezugspersonen sowie körperliche Aktivierung und Musiktherapie.

Als „Sollte-Empfehlung“ wird die Einbindung des pflegenden Angehörigen im Sinne eines strukturierten Angehörigenverfahrens empfohlen.

Ziel ist es, den mit der Behandlung und Betreuung von Demenzkranken befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung zu bieten. Die Leitlinie dient auch zur Information von Erkrankten und ihren Angehörigen.

....zur Evaluation

Evaluation durch Beobachtung und Austausch der beziehungsfördernden Pflege. Die Ergebnisse unserer gemeinsamen Interventionen werden systematisch im Team evaluiert. Unsere Beobachtungen und Wahrnehmungen werden zusammengetragen und ausgetauscht. Interventionen werden ggf. den Veränderungen angepasst und nachvollziehbar dokumentiert. Evaluation gelingt nur dann, wenn man in Beziehung tritt.

Eine Dokumentation ist hierbei erforderlich und dient als Informationssammlung für Fallbesprechungen.

Dabei orientieren sich die Angebote an die Alltags- und Lebensweltorientierung, der Wahrnehmungsförderung sowie der Wertschätzung und Zuwendung, sodass sich MmD gehört, verstanden und angenommen fühlt.

Mögliche Fragen für eine kriteriengeleitete Evaluation von beziehungsgestaltenden psycho-sozialen Interventionen:

- Wie wirkt der MmD auf mich?
- Wie äußert er sich verbal?
- Wie ist seine nonverbale Körpersprache?
- Geht der MmD auf Andere zu?
- Beteiligt er sich an Gesprächen / an Gruppengeschehen?
- Wendet er sich ab?
- Zieht er sich zurück?
- Werden Angehörige mit einbezogen?
- Sind die Aktivitäten angepasst?
- Hat der MmD Freude an Bildern?
- Zieht er sich in seine Welt zurück?
- Wirkt er entspannt?
- Kann er die Situation genießen?
- Vermeidet er Augenkontakt?
- Ist er unruhig?

Das “WIE” wird wichtiger als das “WAS”.

Gemeinsam
Verstehenshypothesen
bilden und handeln

Den persönlichen
Ausgangspunkt reflektieren

Verhalten verstehen
hilft mit Verhalten
umzugehen und
zielgerichtete
Interventionen zu
finden.

Unsere Interventionen
zielen darauf ab, dass
sich der Mensch mit
Demenz verstanden,
gehört und
angenommen fühlt.

Was ist meine Eigene
Annahme über
Menschen mit Demenz
(Haltung, Wissen,
Akzeptanz – Kongruenz
– Empathie)?
Wie geht es mir selbst
gerade?

Hintergrundfaktoren
(Risiken)
Neurologischer Status,
Gesundheitsstatus,
Demographische Variablen,
Psychosoziale Variablen
Nahe Faktoren (Auslöser)
Psychologische Bedürfnisse,
Psychosoziale Bedürfnisse,
Physikalische Umgebung, soziale
Umgebung

Was ist konkret zu
beobachten? - Welches
Verhalten? Wann tritt
es auf? Seit wann tritt
es auf? Wo tritt es auf?
Wie häufig tritt es auf?
Bei wem tritt es auf? Ist
das Verhalten ein
„Problem“?
- Für wen?

Erklärungsansätze für
Verhalten „Suchen“

Verhalten erkennen und
(objektiv, wertfrei)
beschreiben



LICHTBLICKE
DEMENZSTRATEGIE



70% der Heimbewohner sind demenziell erkrankt oder zeigen deutliche kognitive Defizite.

6% aller der über 65-jährigen Patienten eines Allgemeinkrankenhauses sowie 11 -95% aller Heimbewohner zeigen nicht-kognitive oder auch als „Herausfordernde Verhaltensweisen“ genannt wie Apathie, Verweigerung, Angst, Ängstlichkeit, Rufen, Schreien, Unruhe Agitiertheit, Aggressivität, Distanzlosigkeit und Wahn.

82% aller Menschen mit Demenz zeigen im Verlauf mindestens eines dieser Verhaltensweisen.

Wenn ein Mensch kürzlich Erlebtes schnell vergisst und sich selbst bei einfachen Tätigkeiten kaum konzentrieren kann, muss nicht immer eine Demenz schuld sein. Es gibt Krankheiten, die ähnliche Symptome auslösen, aber ganz andere Ursachen haben. Dazu zählen Depression und Delir. Bis zu 50 % der MmD leiden insbesondere in der ersten Phase der demenziellen Entwicklung gleichzeitig auch an depressiven Symptomen.

Sucht im Alter. Lange Zeit wurde davon ausgegangen, dass eine Alkoholerkrankung im Alter nur ein sehr randständiges Problem darstellt, da die betroffenen Menschen entweder bereits an den Folgen der Sucht verstorben sind oder im Alter abstinent leben. Beide Annahmen haben sich als nicht richtig herausgestellt. Unstrittig ist, dass ältere und alte Menschen aufgrund der Zunahme an Erkrankungen und Beschwerden mehr Medikamente einnehmen als jüngere Menschen. Psychopharmaka, vor allem Benzodiazepine und Z-Substanzen, die beruhigend, angstlösend und schlafanstoßend wirken, sind für ältere und alte Menschen nur eingeschränkt empfehlenswert. Besonders die Praxis der Langzeitverschreibungen dieser Substanzen wird heute kritisch hinterfragt. Die Pflegeeinrichtungen sind überfordert mit der Pflege suchtmittelabhängiger Menschen und nur wenige Einrichtungen haben sich diesem Problem offen gestellt. Dem Verleugern einer Abhängigkeit auf Seiten der Betroffenen steht oftmals auch eine Verleugnung des Problems auf Seiten der Betreuenden gegenüber (<http://www.alter-sucht-pflege.de/>)



Im Alter werden psychische Erkrankungen oft von körperlichen Gebrechen begleitet. Ebenso können altersbedingte Einschränkungen auch zu psychischen Veränderungen führen. Beiden Phänomenen mit guter Pflege und Beziehungsarbeit zu begegnen, bedeutet für die Pflegenden: die Bedürfnisse des alten Menschen zu erkennen, subjektive und objektive Hinweiszeichen zu verstehen und in der individuellen Beziehung gezielt unterstützend zu handeln.



Schmerzen im Alter und bei MmD. 50 % aller Pflegeheimbewohner haben Schmerzen, dabei erhalten 20 % keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Dies gilt besonders für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. (Schreier, Stering, Pitzer, Iglseder, Osterbrink (Salzburg 2015); Schulze, Freitag, Glaeske, Schiemann, Hoffmann (Bremen, 2015); Lukas, Mayer, Onder, Bernabei, Denkinger (Bonn/Ulm, 2015))

Pflege richtet sich immer am kranken Menschen – niemals an der Erkrankung aus. Auch bei psychischen Erkrankungen im Alter stellt sich die Frage nach dem Normalitätsbegriff. Psychisch normal ist, wer mit sich und seiner soziokulturellen Umgebung in Harmonie lebt. Durch Normen wird in unserer Gesellschaft festgelegt, was im Alter als psychisch gesund, abnorm oder krank verstanden wird.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion.

Im Vordergrund gerontopsychiatrischer Pflege steht das Bewusstsein einer Selbst- und Fremdwahrnehmung, das Verständnis der Handlungslogiken der psychisch Alterskranken und die Entwicklung von Empathievermögen. Um psychisch Alterskranke in ihrer Lebenswirklichkeit zu verstehen, ist es zunächst einmal wichtig, an der eigenen Haltung gegenüber psychisch kranken alten Menschen zu arbeiten.

Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände, Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen um im ersten Schritt den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über MmD) reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD im dritten Schritt erfahrbar gemacht.

Wenn das Team befähigt ist, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten kann, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht nicht mehr die Planung, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung, welche eine geeignete Möglichkeit der Reflektion des pflegerischen Handelns darstellt.

Um den Unterstützungsbedarf bei MmD im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen anhand eines bedürfnisorientierten Verhaltensmodells zusammengeführt:

- Wie erlebe ich mich selbst als Person in dieser Beziehung. Welche Rolle fühle ich / möchte ich?
- Wie erlebt die Person sich selbst und ihre Umwelt?
- Welches Denken, Fühlen und Erleben erklärt den subjektiven Sinn von Verhaltensweisen?
- Was ist deren Funktion?
- Auf welche Themen ist das Verhalten eine Antwort?

Verhalten ist wichtig und gut – auch das von Menschen mit Demenz. Jedes Verhalten hat einen Sinn, auch das des Menschen mit Demenz.

Herausforderndes Verhalten kann aber verstanden werden und bietet das Potential für Interaktion und Kommunikation. Wird dieses Potential genutzt, verändert sich das Miteinander und führt sowohl beim betroffenen Menschen, als auch beim Begleitenden zu einem erlebbaren Mehr an Wohlbefinden.

Nicht jedes Verhalten muss „abgestellt“ werden, manchmal muss sich die Umgebung ändern. 80% aller Herausfordernden Verhaltensweisen bei MmD sind eine Reaktion auf die Umwelt. (Dr. Jan Wojnar, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, 17.05.2000). Die Umgebung kann jedoch verändert werden, die Krankheit nicht.

Plötzlich veränderte Lebensumstände, der Einzug in ein Pflegeheim oder die Einweisung in ein Krankenhaus können bei alten Menschen zu Verwirrheitszuständen führen. In dieser Situation ist es oft schwer, zwischen normalen Alterserscheinungen und pathologischen Entwicklungen wie Demenz, Depression oder Delir zu unterscheiden.

Für den Behandlungsverlauf kann diese Abgrenzung aber entscheidend sein.

Während bei der Alzheimer Demenz eine wirkungsvolle medikamentöse Therapie noch nicht in Sicht ist, lassen sich Depressionen gut behandeln, das Delir durch Prävention häufig vermeiden.

Für Pflege, Beratung und Betreuung ist es jedoch enorm wichtig, die Grundlagen der Erkrankungen und die Symptome zu kennen und dem Verhalten zuordnen zu können. Dies allein nimmt häufig die Spannung aus Konfliktsituationen bzw. lässt die gar nicht erst entstehen.

Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit im Rahmen einer meist schweren Depression mit nachlassen von Konzentration, Gedächtnis, Interesse und sozialem Rückzug gibt Anlass zur Verwechslung einer Demenz. Besonders bei älteren depressiven Patienten, können die subjektiven kognitiven Defizite, vorschnell zur Diagnose einer Demenz führen. Depressive Verstimmungen in der Anfangsphase einer Demenz sind sehr häufig zu beobachten und treten bei 50 % aller Pflegeheimbewohner auf.

	Delir	Demenz	Depression
Beginn	Plötzlich	Schleichend	Meist langsam
Tagesschwankungen	Stark, luzide Intervalle; nachts schlechter	Kaum	Oft abends besser
Bewusstsein	Gestört	Klar	Klar
Kognition	Desorientiert	Global gestört	Meist ungestört
Psychomotorik	Gesteigert oder / und reduziert	Meist nicht verändert	Eher reduziert
Schlaf-Wach-Rhythmus	Gestört bis zur Inversion	Fragmentierter Schlaf	Einschlafstörung / Früherwachen
Affektivität	Angst, Schreckhaftigkeit	Eher depressiv, Affektinkontinenz	Depressiv
Körperliche Symptome	Tachykardie, Schwitzen, Tremor	Meist keine	Meist keine

Bereits bei Erstdiagnose sollte bei jedem Patienten eine Quantifizierung der kognitiven Leistungseinbuße erfolgen. Neben den kognitiven Symptomen sollten auch die nicht-kognitiven (psychischen-) Verhaltenssymptome während der Verlaufsbeobachtung erfasst werden. Dies setzt voraus, dass im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie die Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung nur mit guten allgemeinmedizinischen sowie psychiatrischen Kenntnissen im Kontext und interdisziplinären Team erfolgreich zu betreiben ist.

Bei 8 -15 % zunächst als Demenzen klassifizierten Patienten wird im Verlauf eine depressive Störung diagnostiziert (Alexopoulos et al. 1993, Marsden et al. 1972, Ron et al. 1978).

In bis zu 80 % der Fälle wird ein Delir durch den einweisenden Arzt übersehen. (Han JH, Zimmerman EE, Cutler N et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med 2009; 16: 193–200)

Bei schwer dementen Patienten werden Verhaltensauffälligkeiten häufig als Symptome der Demenz und nicht eines Delirs gedeutet. (Fick DM, Steis MR, Waller JL et al. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. J Hosp Med 2013; 8: 500–505)

Pflegende wie Betreuende haben in der Gerontopsychiatrie die Aufgabe, sich vor allem um subjektive Eindrücke zu bemühen, die sie durch Beobachtung eines psychisch Alterskranken gewinnt, das kann z.B. eine niedergeschlagene



Stimmungslage oder eine objektive starke körperliche Unruhe sein. Gerade in dieser Disziplin zeigen sich Pflegende wie Betreuende eher geeignet ein Delir zu erkennen als ärztliches Personal. (Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RO et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open 2013, Jan 7; 3 (1); DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001772)

Gerontopsychiater stützen sich vor allem auf objektiv erhobene Daten und Untersuchungsergebnisse. Ein multidisziplinäres Team betreut die Patienten nach einem integrierten Konzept; d.h. alle an der Pflege und Behandlung Beteiligten richten ihre Sichtweise auf ein gemeinsames Menschenbild aus. Das Eingehen auf psychosoziale Anteile am gerontopsychiatrischen Krankheitserleben kann aber nur gelingen, wenn der kranke Mensch in seinen bio-psycho-sozialen Dimensionen von pflegerischer und medizinischer Seite angenommen wird. Zur Umsetzung eines solchen Konzeptes ist es notwendig, dass Altenpflegerinnen und Ärzte im Team interdisziplinär kooperieren. Zu gemeinsamen Aktivitäten gehören: gemeinsame Pflegevisiten, Visiten, Fallbesprechungen, Erörterungen zu therapeutisch/rehabilitativen Beratungsprozessen in Bezug auf Patienten und Angehörige.

Pflegeorganisationen müssen in Zukunft mehr als bisher für die Schaffung gesundheitsförderlicher Bedingungen von immer älteren und gerontopsychiatrisch auffälligeren Klientel Sorge tragen. Parallel zum Anstieg dieser Komplexität nimmt die Anzahl psychischer Belastungsstörungen von Pflegefachkräften zu. Da das Gesundheitssystem Defizite hat, braucht es neben einer beziehungsgestaltenden gerontopsychiatrischen Versorgung auch eine angemessene pädagogische Führungsmentalität, um Pflegende zu befähigen, sich ihrer eigenen Fachlichkeit anzunehmen.

Die wichtigste Grundlage für eine erfolgreiche gerontopsychiatrische Pflege ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus pflegerischem, medizinischem und therapeutischem Fachpersonal, das mit den Angehörigen und den Betroffenen selbst, gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreicht. Für die Einschätzung des individuellen Beziehungsbedarfes braucht es neben der Empathie die eigene Gefühlswahrnehmung und Bewusstwerdung seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit allen an der Beziehungsgestaltung beteiligten Personen im Austausch zu bleiben.

Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt und Verstehenshypothesen gebildet die den subjektiven Sinn von demenziellen Verhaltensweisen erklären.

Ein interdisziplinäre Verstehenshypothese ist ein adäquates Mittel. Dazu müssen sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird und Veränderungen umgehend nachvollziehbar mitgeteilt werden.

Kollegiale Fallgespräche und Beratungen sind wesentliches Merkmal von Professionalisierung, die eigene Arbeit zu reflektieren und die eigene Qualität durch kollegialen Rat weiterzuentwickeln. Derartige ziel- und lösungsfokussierte Fallberatungen sind in vielen Sozialberufen längst Alltag geworden und spiegeln ein Selbstverständnis von Ihrer Arbeit wider. Trauen wir uns doch, diese Kultur der Selbstpflege auch in Pflegeberufe zu integrieren.

Autor: Tobias Münzenhofer

Erschienen in: Pflege in Bayern – Ausgabe 55 – 03.2020

Liegt eine Überweisung für eine dringende Abklärung vor?

Nein

Ja

Können Sie eine dieser Fragen mit "Ja" beantworten?

Verhält sich der Patient überwiegend anders als vor Beginn der Symptome?

Hat sich seit Beginn der Symptome, die eine Abklärung nahelegen, das Schlafverhalten des Patienten geändert?

Nein

Ja

Kein Delir

Risiko für ein Delir hoch.
Es muss nicht weiter gefragt werden:
Indikation für eine schnelle Abklärung gegeben

Können Sie eine dieser Fragen mit "Ja" beantworten

Sieht oder hört der Patient Dinge, die nicht vorhanden sind?

Ist der Patient misstrauisch?

Hatte der Patient erst kürzlich einen Umgebungswechsel (Krankenhaus etc.)?

Hat der Patient bereits früher ein Delir erlitten?

Nein

Ja

Kein Delir

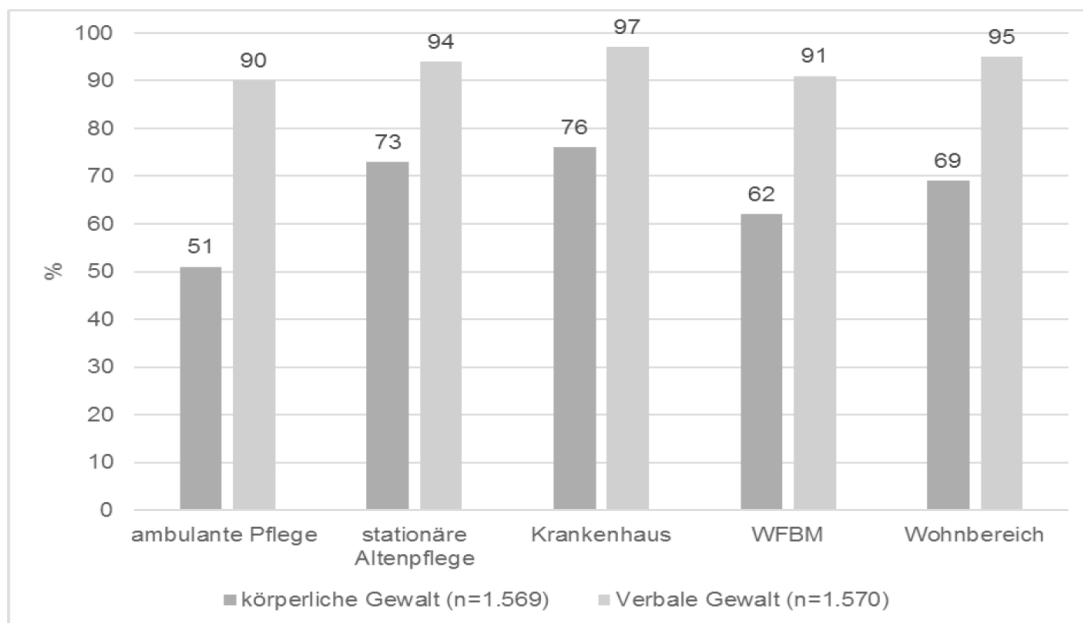
Notaufnahme zur
Delirabklärung erforderlich

01.06.2020

SPIRALE DER GEWALT IN PFLEGEBEZIEHUNGEN

„Gewalt beginnt bereits dort, wo persönliche Grenzen un-bewusst überschritten werden?“

Gewalt in der Pflege, eines der letzten Tabus in unserem professionellen Tun? Dabei reden wir so viel darüber... und das Tabu ist dabei nicht das Thema an sich, sondern wie wir darüber reden. In der Regel so, als ob es die anderen betrifft, nicht aber mich selbst.



BGW 2018, Häufigkeit von körperlicher und verbaler Gewalt unterschieden nach Branche bei Beschäftigten, die in den letzten zwölf Monaten Gewalt erlebt haben.

Pflegekräfte wie Betreuungskräfte werden in der Gewaltspirale oft selbst Opfer von Gewalthandlungen. Dies trifft schon lange nicht nur noch die Einrichtungen der Psychiatrie.

Aufgrund der besonderen Lebenssituation, welche eine Pflege notwendig macht, beispielsweise bedingt durch eine somatische wie psychiatrische Krankheit, einen Unfall oder übermäßigen Einfluss von Alkohol, Medikamenten und Drogen, kann es zu gewaltvollen Konfliktsituationen kommen. Die Ursachen dafür können Ängste, das Gefühl der Unsicherheit und Hilflosigkeit aber auch Wahrnehmungsstörungen und der Verlust von Hemmungen sein.

Aggression richtet sich häufig gegen Mitarbeiter des pflege-therapeutischen Teams aber auch Mitklienten, Angehörige und Besucher können betroffen sein. Professionell und lösungsorientiert solche Situationen zu schlichten und zu beruhigen, gelingt nicht allein durch ein empathisches Wesen, wenn man selbst Teil dieses emotionalen Konflikts ist.

Ebenen, Strukturen und Formen der Gewalt in Pflegebeziehungen

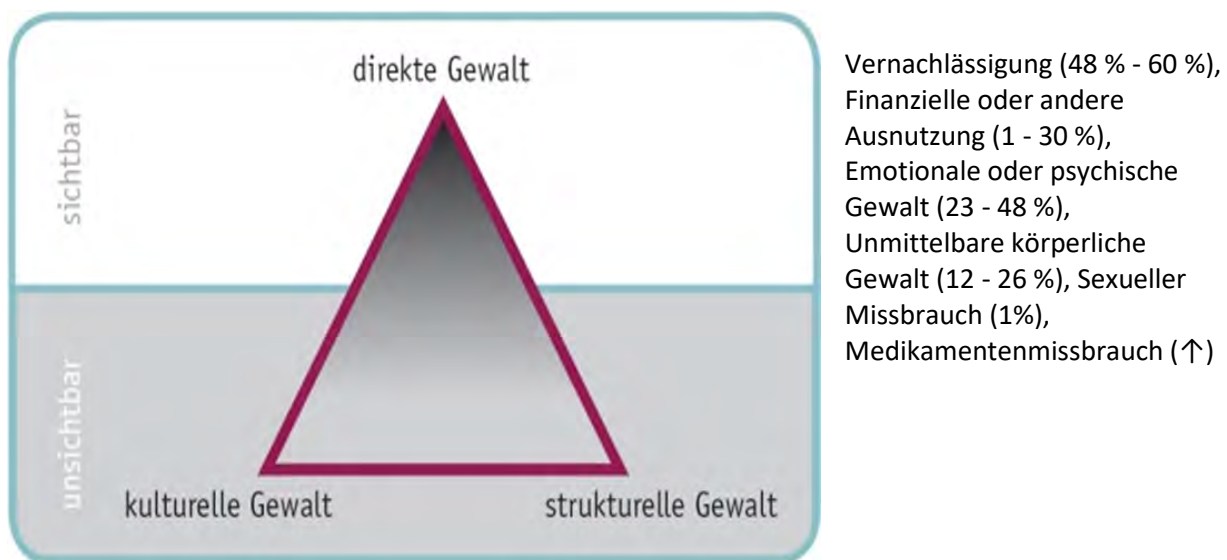
Der wesentliche Unterschied zwischen Aggression und Gewalt besteht darin, dass eine Gewalthandlung gegenüber einer Aggression oft berechnend und kalt ausgeübt wird, während Aggressionen die Folge „heißer emotionaler Erregungen“ sind.

Richten sich Aggressionen ungehemmt und massiv gegen Menschen und Sachen, um ihnen bewusst Schmerz bzw. Schaden zuzufügen, dann spricht man von Gewalt.

Was Gewalt ist, hängt von unserem subjektiven Empfinden ab und kann von einzelnen Personen sowie im Team ganz unterschiedlich wahrgenommen werden. Gesellschaftliche und kulturelle Normen spielen dabei eine große Rolle. Gewalt hat viele unterschiedliche Gesichter.

Gesellschaftliche Normen → sozial, → kulturell, → historisch und das Empfinden persönlicher Grenzüberschreitungen spielen eine wichtige Rolle bei der Beurteilung dessen, was als Gewalt empfunden wird.

Gewalt kann in Pflegebeziehungen auf unterschiedlichen Ebenen und Formen auftreten und ist nicht immer sichtbar.



Gewalt in der Pflege ist meist das Ergebnis einer Interaktion der Beteiligten unter Mitwirkung unterschiedlicher Faktoren. Eine Person kann gleichzeitig Opfer und Täter sein. Es kommt zur Gewaltspirale, und beide sind Opfer und Täter!

Beispiel: Frau Vogel erwartet von ihrem Pfleger, dass dieser das Frühstück pünktlich um 8:15 Uhr ins Zimmer bringt und schlägt zu, wenn dieses nicht Ihren Vorstellungen entspricht; Pfleger, total überfordert, <bestraft> sie, bringt kein Frühstück usw... Das Leiden der Opfer – und Täter – findet in aller Stille statt.

Anhand aller bisherigen Gewalterfahrungen zeigt sich, dass Gewalt sowohl durch die Strukturen von Einrichtungen als auch von Personal zu Situationen und Handlungen kommen kann, die Klienten als gewaltvoll empfinden.

Strukturelle Gewalt geschieht überall dort, wo keine Person an dem, was letztlich als gewaltvoll empfunden wird, direkt beteiligt ist.

Beispiel: Schlechte Arbeitsorganisation, Starre Vorgaben in den Arbeitsabläufen, Personalmangel, Personal Fehlplanung,

Hingegen bedeutet *Personale Gewalt* ein durch mehr oder weniger direkte (Gewalt-) Einwirkung von Personal gegen eine andere Person.

Beispiel: indem ein Klient schneller gehen soll, als ihm das schmerz- und angstfrei möglich ist; indem Klienten beschimpft werden, indem mit ihnen gesprochen wird wie mit Kindern, indem ihnen etwas vorenthalten wird, das ihnen Freude macht, usw...

Nährboden und Auslöser für Gewalt und Aggression in Pflegeinstitutionen

Sowohl beim Personal wie auch beim Klienten gibt es Ursachen die Gewalt begünstigen und Auslöser die das Fass zum Überlaufen bringen.

Schwelende und belastende Teamkonflikte, hohe Verantwortung, mangelnde Wertschätzung und Qualifikation dient beim Personal als Nährboden von Gewalt. Wenn dann mehrere Anforderungen, gleichzeitig zu erfüllen sind, Überschreitet dies die eigene Belastungsgrenze → das Fass kommt zum Überlaufen.

Krankheitsbedingte Veränderungen im Gehirn, Kontrollverlust über Gefühle, fehlende Selbstbestimmung und das Fehlen von Bezugspersonen dient beim Klienten als Nährboden von Gewalt.

Vorenthalten oder aber Aufdrängen von Speisen und Getränken, Respektlose Sprache, Reden »über dem Kopf des Klienten«, sitzen lassen oder mobilisieren gegen den Willen des Klienten oder grenzüberschreitendes Eindringen in die Intimsphäre bringen das Fass beim Klienten oft auch raptusartig zum Überlaufen.

Drohgebärden bis schwere Gewalt steht bei psychisch Erkrankten, fast ausschließlich in Zusammenhang einer subjektiv erlebten Bedrohung. Meist zeigen sich Aggression als Reaktion auf folgende Gefühle:

→ Aggression ist meist ein Mitteilungsversuch von unerfüllten Bedürfnissen.

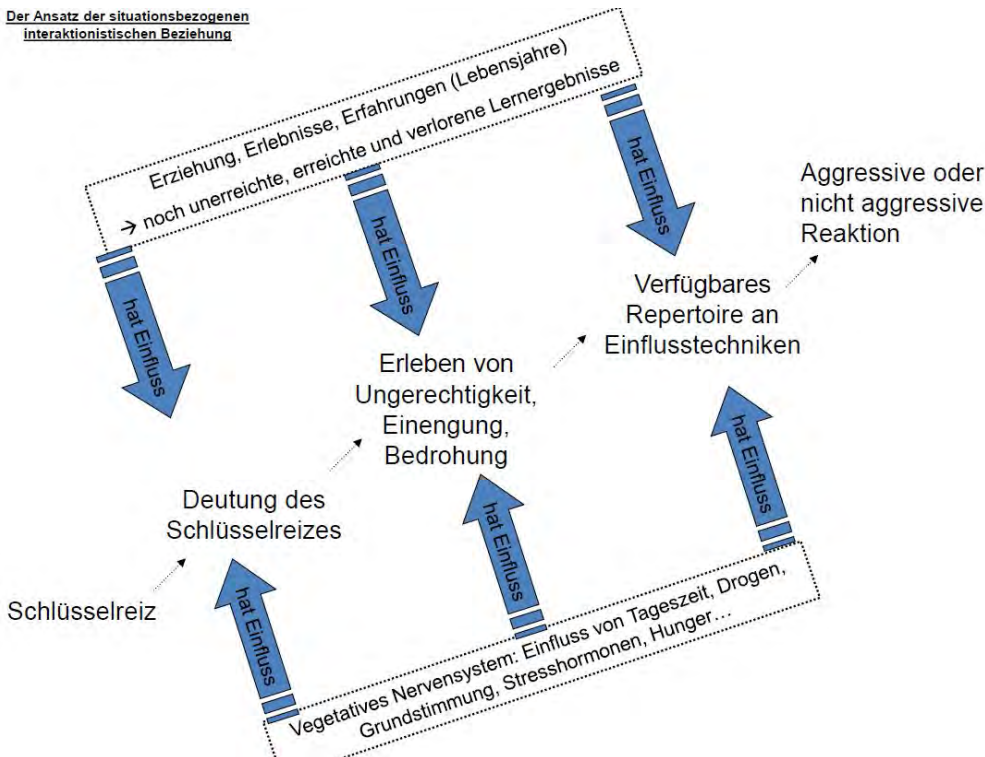
Wie geht das Personal am besten mit der Gewalt um, wie das Team?

Wenn ein Teammitglied als etwas gewaltvoll empfindet, ist es auch Gewalt und vom gesamten Team ernstzunehmend. Wichtig ist, dass sich ein Team auf einen gemeinsamen Nenner zum Thema Gewalt einigen kann und dabei fortlaufend unterstützt wird. „*Was bedeutet für uns Gewalt und wie wollen wir gemeinsam damit umgehen? Wie unterstützen wir uns und was trage ich persönlich dazu bei?*“

Das gesamte Team hat mit Unterstützung der Leitungskräfte die Verantwortung gewaltauslösende Faktoren in ihrem eigenen Umfeld regelmäßig zu eruieren und zu diskutieren.

- Was kann ich an mir persönlich verändern?
- Kann ich meine eigenen Verhaltensweisen gegenüber Klienten verändern?
- Kann man räumlich-organisatorische Veränderungen schaffen?
- Was steht diesen Veränderungen entgegen?

Der Ansatz der situationsbezogenen interaktionistischen Beziehung



Der Ansatz der situationsbezogenen interaktionistischen

Beziehung zeigt welche Einflüsse auf einen Schlüsselreiz wirken können, um daraus aggressive oder nicht-aggressive Reaktionen hervorrufen zu können.

Wir wissen, dass auch bei uns nicht jeder Tag gleich ist und auch unsere Zündschnur unterschiedlich lang sein kann.

Das Wissen und Bewusstmachen der eigenen Bedürfnisse wie Durchsetzungsvermögen ist bei der Deeskalation ist gleichermaßen wichtig wie der Eigene Wille zur Deeskalation und Berücksichtigung der Klientenbedürfnisse.



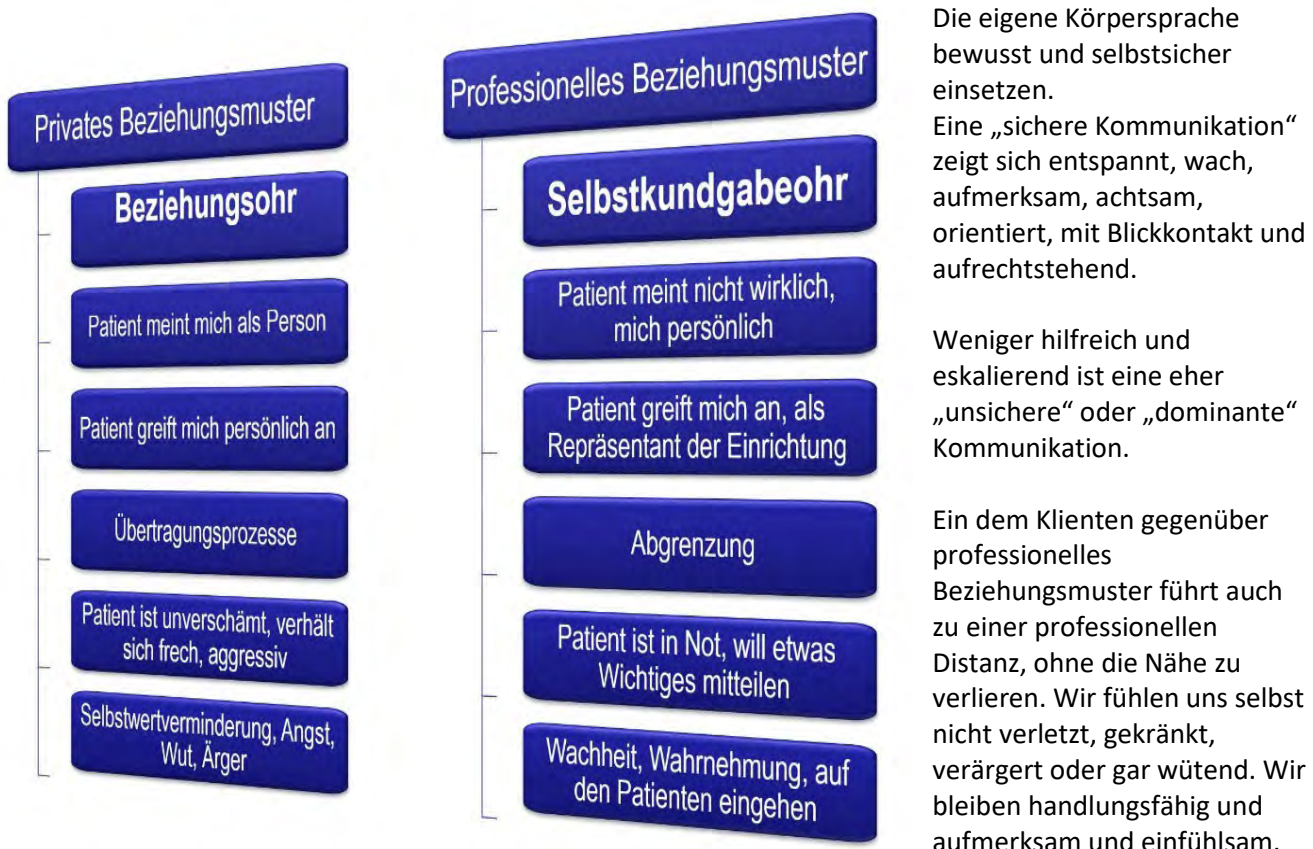
Körpersprache & Kommunikation

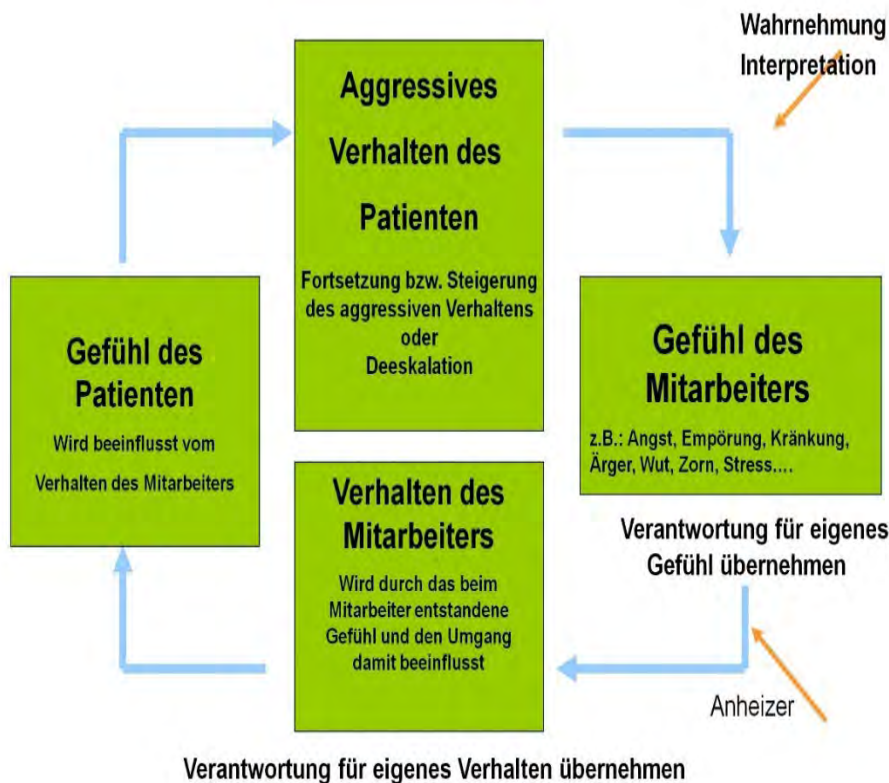
Wir alle senden Botschaften aus, deren Wahrnehmung bis zu 90 % von Gefühlen bestimmt ist. Sobald zwei Personen einander wahrnehmen, kommunizieren sie miteinander, da dann, jedes Verhalten kommunikativen Charakter hat. Wir kommunizieren also auch nonverbal und unbewusst.

Da Verhalten kein Gegenteil hat, man sich also nicht, nicht verhalten kann, ist es auch unmöglich, nicht zu kommunizieren. So nehmen wir bei der Kommunikation nur 7 % des Inhalts wahr, 38 % von der Stimme und 55 % der Körpersprache. Klienten testen aus, ob sich das Opfer physisch und psychisch eignet.

Bei einem bevorstehenden Angriff nimmt man 20 % bewusst wahr, 80 % sind Bauchgefühl. Bauchgefühl ist wiederum Intuition, Erfahrung und Wissen. Wenn man Angst hat, hat das einen Grund.

Somit wird deutlich, dass es bei der Deeskalation keine Pauschallösungen gibt. Vielmehr sollte man sich selbst-bezogen reflektieren und darüber im ständigen Teamaustausch sein. *Welcher Interventionstyp bin ich selbst? Wie gehe ich mit bestimmten (Gewalt) -situationen um und wie fühlt sich das an? Wie werde ich dann wahrgenommen?*





Der Eskalationskreislauf zeigt wie wichtig ein professionelles Beziehungsmuster bzw. ein geschultes „Selbstkundgabeohr“ ist, um auf eine angespannte Situation deeskalierend einwirken zu können.

Zeigt man im direkten Kontakt ein stärker ausgeprägtes privates Beziehungsmuster (Beziehungsohr) gelingt es weniger Verantwortung für sein eigenes Verhalten zu übernehmen was aus persönlichen negativen Gefühl entsteht.

„Beobachten, ohne zu bewerten, ist die höchste Form menschlicher Intelligenz.“ - Krishnamurti

Eigene kurzfristigen Stressregularien kennen

Stellen Sie sich vor, Sie hätten einen „Beinah-Unfall“ auf der Autobahn. Dieser Schockzustand ist gut vergleichbar mit einer gegenwärtigen oder unmittelbar bevorstehenden Gewaltsituation. In einer solch bedrohlichen Lage reagiert man je nach Interventionstyp mit den jeweiligen Automatismen (Verhaltensmuster), das Adrenalin steigt, Schocksymptome, Verkrampfen, Muskeltonus erhöht, Zielfokussierung, kein Denken, keine Atmung, zitterig und hellwach.

Machen Sie sich immer wieder bewusst welcher Typ Sie sind und mit welchen kurzfristigen Stressregularien (z. B. Fokusveränderung, Atmen, Positive Selbstinstruktion, In Bewegung kommen) Sie welche Erfahrungen verbinden.

Fehlerkultur schaffen

Eine offene Team -und Fehlerkommunikation zeigt sich auch als die beste Gewaltprävention in Pflegeinstitutionen und sollte von den Führungskräften kontinuierlich gefordert und gefördert werden.

Personal schützen

Eigene Gewalterfahrungen sind meist mit massiver Verzweiflung verbunden oder können sogar zu Traumatisierungen führen. Daher gilt es, Gewalt und Aggression auf beiden Seiten zu verhindern. Die wichtigste Voraussetzung dafür, Gewalt zu verhindern, ist diese als solche zu erkennen und zu benennen.

Aggressivität und Gewalt sind Bestandteil menschlicher Ausdrucks- und Verhaltensweisen. Als "normal" dürfen Übergriffe aber nicht angesehen werden. Es liegt in der Verantwortung und

Fürsorgepflicht des Arbeitgebers oder der Arbeitgeberin, Gefährdungen zu ermitteln und ihnen systematisch vorzubeugen.

Gewaltvorkommnisse sollten in einem Fehlerberichtssystem dargestellt werden und der Umgang mit dem Thema expliziter Bestandteil des Qualitätsmanagements sein.

Personal schulen, souverän in Gewaltsituationen zu reagieren

Mitarbeiter als TEAM schulen und im Umgang mit schwierigen Klientel sensibilisieren, um souveräner in einer solchen Situation agieren zu können. Hierzu zählt insbesondere die Hemmschwelle zu erhöhen, bei den Mitarbeitern durch regelmäßiges Wiederholen der Teamschulungen Verhaltensweisen zu automatisieren, sodass die entsprechende Pflegefachperson in der Situation nicht überrascht ist und besonnen reagieren kann.

Ist eine gewaltfreie Pflege überhaupt möglich?

Unter *Vermeidbarer Gewalt* versteht man Situationen, in denen ohne die Absicht besteht, Gewalt auszuüben, es doch dazu kommt, obwohl es vermeidbar wäre.

Diese sind meist auf persönliche Faktoren wie mangelnde Achtsamkeit, mangelnde Einfühlsamkeit und mangelndes Krankheitsverständnis zurückzuführen.

Unter der *Unvermeidbaren Gewalt* können z. B. Missempfindungen bei der (unvermeidbaren) Mobilisierung, Ängste bei Desorientiertheit oder Verzweiflung über die eigene Abhängigkeit verstanden werden.

Beispiel: Der Klient hat sich vielleicht den ganzen Tag auf ein kleines Gespräch mit der Bezugsperson gefreut, diese muss aber ausgerechnet heute eilig weiter und hat keine Möglichkeit zur zeitlichen Flexibilität. Der Klient empfindet das als Vernachlässigung und wird im weiteren Tagesverlauf zunehmend aggressiv.

Ist gute (Beziehungs-) Pflege ambivalent? Ist es möglich, Klienten wertzuschätzen, sich ihnen auf professionelle Weise verbunden zu fühlen und bestmögliche Pflege leisten zu wollen, während zugleich auch Ärger, mitunter Wut oder Ablehnung empfunden werden kann? Ja, dies darf jedoch nicht als Zeichen mangelnder Eignung für den Pflegeberuf empfunden werden, sondern ist – mit Blick auf das, was in der Pflege mitunter geleistet wird nicht vermeidbar.

Wichtig hierbei ist allerdings, diese Empfindungen zuzulassen und bewusst mit ihnen umzugehen, und zwar, ohne dass der Klient dabei zu Schaden kommt.

Umso wichtiger ist es, auf alle Erlebnisse einzugehen und in jedem Fall sowohl schnelle als auch langfristig verfügbare Unterstützung sicherzustellen.

Deeskalation ist eine Arbeitsgrundhaltung und ebnet den Weg zur Herstellung eines Dialoges zur Konfliktlösung. Psychische oder physische Beeinträchtigungen wie Verletzungen werden vermieden. Der Entstehung oder Steigerung von Gewalt und Aggressionen wird in einer gemeinsamen Haltung und einem präventiven Gewaltkonzept entgegengewirkt, wann und wo immer das möglich ist.

Gewalterfahrungen werden sich im Pflegealltag nie völlig ausschließen lassen. Aber mit passenden und ineinandergreifenden Deeskalations- und Schutzmaßnahmen kann man Gefährdungen und die damit verbundenen psychischen und physischen Belastungen deutlich reduzieren.

Autor: Tobias Münzenhofer

29.11.2019

Pädagogische Führungsmentalität in der Gerontopsychiatrischen Versorgung = wollen × können × dürfen



Pflegeorganisationen müssen in Zukunft mehr als bisher für die Schaffung gesundheitsförderlicher Bedingungen von immer älteren und gerontopsychiatrisch auffälligeren Klientel Sorge tragen. Parallel zum Anstieg dieser Komplexität nimmt die Anzahl psychischer Belastungsstörungen von Pflegefachkräften zu. Da das Gesundheitssystem Defizite hat, braucht es neben einer beziehungsgestaltenden gerontopsychiatrischen Versorgung auch eine angemessene pädagogische Führungsmentalität, um Pflegende zu befähigen, sich ihrer eigenen Fachlichkeit anzunehmen. Eine gute Leistung erbringt eine Pflegefachkraft dann, wenn die drei Komponenten Wollen, Können und Dürfen im Gleichgewicht sind. Ist dem nicht so, werden Ziele nicht oder nur teilweise erreicht, die Motivation sinkt und das fach- und firmenspezifische Wissen geht verloren. Die Konsequenz daraus sind schlechte Ergebnisse und Frustration.

Setzt man sich professionell mit dem Begriff 'Empowerment' auseinander, muss man sich sowohl mit seinem eigenen Menschenbild, als auch mit dem Bild seiner Mitarbeiter auseinandersetzen. Dieser Grundsatz setzt häufig da an, wo eine Pflegefachkraft sich in einer Arbeitssituation befindet, die sie selbst nicht mehr eigenverantwortlich lösen kann.

Die Folgen von Funktions- und Verrichtungspflege

Entgegen dieser Erkenntnisse werden seitens des Managements und der Führungsebene wird den Pflegefachkräften nicht immer ihre Pflegefachlichkeit zugetraut, die tatsächlich abrufbar und vorhanden ist.

Die Führungskraft nimmt so die Pflegefachkraft im Lichte tiefgreifender Hilflosigkeit und Unfähigkeit wahr und verfestigt so ihren Defizit-Blickwinkel auf diese.

Der defizitäre Blick

Für die Pflegefachkraft bedeutet dieser defizitäre Blick eine Entwertung der eigenen Wirklichkeitsdefinition. Die eigene Problemwahrnehmung oder Situationsinterpretation wird so der Pflegefachkraft aus der Hand genommen und in eine Problemansicht, Problemschublade gepackt, mit der der Pflegende sich nicht identifizieren kann.

Übernahme von Deutungsmustern

Die Abhängigkeit der Pflegefachkraft von der Führungskraft wird dadurch verstärkt, dass der Wunsch der Pflegefachkraft vorhanden ist, aus der Problemlage zu entfliehen. Damit begibt sie sich in die Definitionsansicht der Problemlage der Führungskraft und übernimmt dessen Deutungs- und Lösungsmuster.

Die Entstehung von Listen

Wird den Pflegefachkräften seitens des Managements vorhandenes Wissen und Erfahrung abgesprochen, führt dies zumeist zu einer „zu kurz gedachten“ operativen Ausrichtung der Ziele. Es entstehen Listen zum Abarbeiten von Aufgaben ohne Berücksichtigung der ganzen Komplexität des Pflegeprozesses.

Die Identifizierung mit der Rolle als Pflegefachkraft wird erschwert. Teamrollenkonflikte bis hin zum Mobbing werden befördert. Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die Dokumentation gesucht, die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen.

Das Pflegeniveau

Dieses künstlich herabgesetzte Pflegeniveau funktioniert immer dann nicht, wenn die nächste Qualitätsprüfung ansteht, in der Pflegefachgespräche vorausgesetzt werden. Spätestens dann werden wieder angepasste Listen erstellt, die erneut unter hohem Zeitdruck, ohne jegliche strategische Sinnhaftigkeit und Berücksichtigung vorhandener Pflegekompetenzen, abgearbeitet werden müssen.

Dazu kommt das Gefühl, man arbeite immer nur „hinterher“, nie aber „voraus“ und nachhaltig.

Das Pflege- und Betreuungsteam reagiert frustriert. Das Team wird in ein funktionelles Pflegeverständnis gedrängt, in ihrer Fachlichkeit nicht ernst genommen, wie auch nicht gefordert und gefördert.

Eine beziehungsgestaltende Pflege wird somit erschwert. Ein solches, unter dem eigentlich vorhandenen Pflegeniveau ausgerichtetes, Pflegemanagement sorgt bei den Pflegenden für Unruhe, Unzufriedenheit, Frustration und verhindert, dass sie ihr Handeln und Tun als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Ein auf Funktions- und Verrichtungspflege ausgerichtetes Arbeits- und Demenzmilieu, welches sich nur nach Methoden, Modelle, Regeln und Anweisungen orientiert, erschwert die Entwicklung einer gemeinsamen Sorgehaltung und Verantwortung. Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet nicht nur die Personalentwicklung, sondern auch das Person-Sein der erkrankten Personen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten. Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben.

Wie Führungskräfte motivieren können

Die Strategie „Empowerment“ bietet eine lösungs- wie ressourcenorientierte Handlungsrichtlinie an, mit der ein Pflege- und Betreuungsteam gestärkt wird und die Mitglieder zu motivierten Gestaltern ihres Arbeitsmilieus werden.

In diesem Sinn wird Führungsmentalität als umfassende Handlungsstrategie zur gesundheitsfördernden Gestaltung von Strukturen, Arbeitsprozessen und zur Befähigung wie Motivation der Pflegenden ihre Fachlichkeit leisten zu können, zu wollen und zu dürfen, verstanden. Grundsätzlich werden Pflegende eher befähigt sein, person-zentriert zu handeln, wenn sie selbst person-zentriert behandelt werden.

Die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege sowie das Gefühl von Selbstwirksamkeit ist somit primär Führungsaufgabe und Organisationsverantwortung. Eine Pflegefachkraft leistet immer das, was man ihr zutraut und vorlebt.

Eigene Entscheidungen treffen lassen

Erfahrene Pflege- und Betreuungskräfte möchten selbst entscheiden dürfen.

Pflege- und Betreuungskräfte wollen auch kreativ sein, gestalten, sich selbst entdecken, Verantwortung übernehmen und sich selbstwirksam fühlen. Pflegefachkräfte sind vor allem dann bereit ihre Fachlichkeit zu leisten, wenn sie auch eine fachliche Unterstützung, Beratung und Begleitung auf Augenhöhe erfahren.

Wenn man als Führungskraft zuverlässig, greifbar und authentisch ist und sich in die emotionale Nähe der Mitarbeiter wagt, motiviert dies in einem ungeahnten Ausmaß. Dies gelingt am besten bei einem gemeinsamen Lernen und Reflektieren von selbst erlebten Praxisfällen und Herausforderungen.

Miteinander

Die wichtigste Grundlage für ein erfolgreiches gerontopsychiatrisches Milieu ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus pflegerischem, medizinischem und therapeutischem Fachpersonal, das mit den Angehörigen und den Betroffenen selbst, gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität anstrebt. Für die Einschätzung von individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Demenz braucht es neben der Empathie die eigene Gefühlswahrnehmung und Bewusstwerdung seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit allen an dem Pflegeprozess beteiligten Personen im Austausch zu bleiben. Daher spielen die Teamstabilität und Teamentwicklungsmaßnahmen, z. B. Supervision, aber auch der Austausch der Berufsgruppen untereinander und das Ausräumen von „Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem Sozialen Dienst und der Pflege“ eine große Rolle.

Gewinnen und halten von Fachkräften

Förderlich für die nachhaltige Umsetzung einer person-zentrierten Pflege ist nicht nur die Gewinnung von geeignetem Personal, sondern auch die vorbildhafte Pflege durch Pflegeexperten mit spezifischem Fachwissen und vor allem die Bereitschaft der Pflegenden, ihre Haltung und ihren Arbeitsstil zu verändern.

Die Einrichtungsleitungen brauchen eine offene Haltung gegenüber dem Thema, Beziehungsgestaltung im Speziellen und person-zentrierter Pflege im Allgemeinen.

Dabei steht im Mittelpunkt ein „am Ball-Bleiben auf der Führungsebene auch über die entsprechende Stärkung positiven Verhaltens der Mitarbeitenden durch Feedback und durch fallorientierte Schulungen“ und die Entwicklung einer „Kultur der Beziehungsgestaltung“ für alle Mitarbeiter der Einrichtung. Damit unterstreichen die Projektverantwortlichen die Bedeutung eines lebendigen Konzeptes für die person-zentrierte gerontopsychiatrische Pflege. Ein „reflektierender Praktiker“ im Feld der Demenz zu sein hält Tom Kitwood für eine der schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben, die diese Gesellschaft zu vergeben hat.

Die Empfehlungen zur Fachkräftegewinnung in der gerontopsychiatrischen Versorgung umfassen neben den notwendigen Fortbildungen auch einen Mix aus z. B. Supervision, Coaching und kollegiale Fallberatung als bewährte Instrumente, der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu begegnen. Führungskräfte können durch diese Maßnahmen, den Pflegenden bei herausfordernden Themen zur pflegerischen Versorgung ausreichende Zeit und Methoden für die Reflektion einräumen.

Kultur der Selbstpflege

Kollegiale Fallgespräche und Beratungen sind wesentliches Merkmal von Professionalisierung, die eigene Arbeit zu reflektieren und die eigene Qualität durch kollegialen Rat weiterzuentwickeln. Derartige ziel- und lösungsfokussierte Fallberatungen sind in vielen Sozialberufen längst Alltag geworden und spiegeln ein Selbstverständnis von Ihrer Arbeit wider. Trauen wir uns doch, diese Kultur der Selbstpflege auch in Pflegeberufe zu integrieren.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände sowie Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Hierbei können Führungskräfte zeitnah auf Bedürfnisse und Schwachstellen reagieren, gezielt Rückmeldungen geben, sowie dem Pflege- und Betreuungsteam eine ressourcen- und lösungsorientierte Unterstützung anbieten.

Führung zielt darauf ab, dass Pflegenden das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Pflegekräfte möchten nicht nur formal eine Stellenbeschreibung erfüllen müssen.

Das macht eine gute Führungskraft aus

Vertrauen schenken

Gute Führung leiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Anhängigkeit von ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung an. Die Pflegekompetenz bleibt bei den Pflegenden, die Führungskompetenz bei den Führungskräften. Pflegenden könnten so ihre Arbeit als sinnvoller spüren, sich selbstwirksam fühlen und erfüllen nicht nur eine Stellenbeschreibung.

Die Organisationsverantwortung liegt beim Arbeitgeber. Dieser sichert einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege beteiligten Personen und gewährleistet, dass der gerontopsychiatrische Pflege- und Betreuungsprozess im multiprofessionellen Team ausreichend reflektiert werden kann.

In Bildung investieren

Pflegenden werden sich nur dann den Empfehlungen und Vorgaben der Leitungsebene öffnen können, wenn ihnen kontinuierlich vermittelt wird, dass ihre arbeitsbezogenen Bedürfnisse ausreichend Berücksichtigung in Fortbildungen finden. Sie müssen dabei den Eindruck gewinnen, dass sie von den neuen Impulsen in ihrer alltäglichen Arbeit profitieren werden, z. B. in Gestalt einer deutlich spürbaren Arbeitserleichterung bzw. Stressminderung. Personalentwicklungsmaßnahmen wie z. B. Fortbildungen sind vor allem dann für die Pflegenden ethisch vertretbar, wenn diese mit der Organisationsentwicklung linear einhergehen. Dies reduziert Frustration, neues Wissen und Handfertigkeiten, organisationsbedingt, nicht anwenden zu können.

Überforderungen vermeiden

Nicht alle Pflegenden besitzen die Bereitschaft zur Handlungs- und Entscheidungsfreiheit.

Dieser Anteil fühlt sich schnell überfordert, wenn von ihnen selbstständige Entscheidungen und Handlungen erwartet werden. Sie fühlen sich sicherer, wenn sie ihre Arbeiten gemäß Vorgaben erledigen können. Dies sollte bei der Organisation der Handlungen und der Milieugestaltung Berücksichtigung finden.

Motivation verstehen

Zu den Führungsaufgaben gehört im ersten Schritt die tiefe Überzeugung und Willensbildung, einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam gestalten zu wollen.

Das gelingt, wenn es als strategische Ausrichtung in kleinen Schritten systemisch gedacht und partielle Begleitung hinzugenommen wird. Ein solcher Prozess dauert mehrere Jahre. Kulturen verändern sich langsam. Damit ist gemeint, dass die Organisationsverantwortung den gemeinsamen Weg von einer aufgabenorientierten Einstellung hin zu einer bewohnerorientierten Einstellung ermöglicht. Das Einbetten von Beziehungshandeln in funktionale Aufgaben wird mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt fortlaufend reflektiert, optimiert und teamunterstützend begleitet.

Pflege beinhaltet auch eine gemeinsame Sorgehaltung den zu betreuenden Menschen gegenüber: Werteorientierung, Haltung und Empathie. Allein das Einfühlungsvermögen ist jedoch keine hinreichende Bedingung, um der Eskalation von Konflikten am Arbeitsplatz entgegenzuwirken.

Neben der Fähigkeit zur Empathie sollte auch ein moralisches Bewusstsein entwickelt oder zumindest eine entsprechende Werteorientierung gegeben sein, damit ihre Wirkung in die gewünschte Richtung geht.

Grundsätzlich sind Pflegende und Betreuende fast immer leistungsbereit. Sie wollen ihre Aufgaben gut erledigen, um sich selbst individuell emotional zu belohnen.

Wenn Menschen tun können, was für sie richtig und wichtig ist – Befriedigung ihrer Motivation – erleben sie Euphorie und eine tiefe Zufriedenheit. Was jeden Einzelnen zu diesem „Glück“ führt, kann dabei sehr unterschiedlich sein.

Sind Pflegende nicht mehr engagiert, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie über längere Zeit mit ihrem Handeln keine emotionale Belohnung mehr erzielen konnten: „Warum sollte ich mich auch anstrengen, wenn ich doch nicht bekomme, was mir wichtig ist?“ „Dafür gibt es ja die Gehälter“, sagen Führungskräfte. Stimmt, aber Geld verhindert nur die Entstehung von Unzufriedenheit, es ist nur der notwendige Hygienefaktor. Wer Motivation richtig verstehen will, muss zwischen monetärem und emotionalem Lohn unterscheiden. Monetärer Lohn sichert Grundbedürfnisse wie Essen und ein Dach über dem Kopf – deshalb bleiben Menschen im Job. Emotionaler Lohn macht glücklich und triggert die Leistungsbereitschaft.

Für nachhaltige Motivation sollten Einrichtungen und Führungskräfte daher nicht nur in Euros rechnen, sondern auch die emotionalen Währungen kennen. (Boltersdorf, P., Rohrschneider, U., 10.2019)

Resümee

Das Führungsdenken, dass Pflegekräfte einfach nur funktionieren müssen und ihre Stellenbeschreibung erfüllen sollten, ist zu kurz gedacht und bringt nicht den erhofften Erfolg in der Pflegequalität.

Im Sinne einer guten und gelingenden Pflegepraxis, in der Pflegekräfte ihre Fachlichkeit abrufen können, gilt es, das Augenmerk auf konzeptuelle Grundlagen zu legen und nicht der formalen Erfüllung einer Stellenbeschreibung und dem Abarbeiten von Arbeitsaufträgen und Listen nachzukommen. Letztendlich wird sich der Erfolg zunächst weniger an Letzterem messen lassen, sondern auf Teamentwicklungsprozesse, Kompetenz- und Haltungsentwicklung beruhen.

Wer kann, aber nie darf, will irgendwann auch nicht mehr. Wer wirklich will, wird sich das Können gerne aneignen. Wer etwas gut kann, wird es auch wollen. Die drei Komponenten Wollen, Können und Dürfen beeinflussen sich also gegenseitig und können einander verstärken oder abschwächen. Wenn eine Komponente schwach ausgeprägt ist, ist auch mit einer schwachen Leistung und einem unbefriedigenden Ergebnis zu rechnen. Egal, wie stark die anderen Komponenten ausgeprägt sind. Es braucht ein ausgewogenes Miteinander.

Autor: Tobias Münzenhofer / [pflegen: demenz Friedrich-Verlag Ausgabe 53/2019](#)



BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI DEMENZ

Foto: Werner Krüper

Den Kulturwandel GESTALTEN

Zur Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ ist eine person-zentrierte Haltung nötig. Diese Haltung zu etablieren, ist eine klare Führungsaufgabe.

TEXT: TOBIAS MÜNZENHOFER

Menschen mit Demenz können vieles nicht verstehen oder beurteilen und sich nur bedingt orientieren. Das kann Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit massiv erschüttern. Die dabei erlebte Unsicherheit kann zu Ängsten führen, auf die der Betroffene mit Rückzug oder einem bindungssuchenden Verhalten reagiert, zum Beispiel Blickkontakt, wiederholtes Rufen etc. Wenn es Pflegefachkräften gelingt, diesen Reaktionen durch Beziehungsgestaltung zu begegnen, wirkt sich dies unmittelbar positiv auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz aus. Denn die emotionale Wahrnehmung der Betroffenen bleibt – trotz kognitiver Einbußen – erhalten.

Die person-zentrierte Pflege von Menschen mit Demenz steht deshalb im Mittelpunkt des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat den Expertenstandard entwickelt und modellhaft implementiert.

Führung schafft den Rahmen für Beziehungsgestaltung

Eine Beziehung kann nicht wirklich standardisiert werden. Deshalb wendet sich der Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, die die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen. Eine wichtige Erkenntnis lautet: Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen. Somit ist die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege primär Führungsaufgabe.

Im Vergleich zu den bisherigen Expertenstandards werden erstmals strukturelle Qualitätskriterien beschrieben, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind und ausschließlich in der Führungsverantwortung liegen. Im Expertenstandard (2018) ist zu lesen:

- „Die Einrichtung fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von

MEHR ZUM THEMA

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ kann beim Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege bestellt werden.
www.dnqp.de/bestellformular

Das Konzept des „Demenzerisch lernen“ stellt einen Ansatz zur Verfügung, der für die Implementierung dieses Standards hilfreich sein kann.
www.demenzerisch-lernen.de

Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

- Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.
- Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.
- Die Einrichtung schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte, beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.
- Die Einrichtung stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.“

Zu diesen klar definierten Aufgaben gehört im ersten Schritt die tiefe Überzeugung und der Wille, einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam zu gestalten. Dieser Wandel gelingt, wenn er in kleinen Schritten geplant, systemisch gedacht und durchgehend

begleitet wird. Ein solcher Prozess dauert mehrere Jahre. Kulturen verändern sich langsam.

Mit Kulturwandel ist gemeint, dass die Pflegefachkräfte einen Einstellungswandel von der Aufgaben- zur Bewohnerorientierung vollziehen. Ziel ist, dass die Pflegenden das Beziehungshandeln in alle funktionalen Aufgaben einbetten. Die Pflegedienstleitung sollte den Wandel als gemeinsamen Weg begreifen, der fortlaufend reflektiert, optimiert und teamunterstützend begleitet werden muss.

Wie können Rahmenbedingungen für eine professionelle Pflegebeziehung geschaffen werden? Wie kann ein Umfeld entstehen, in dem es Pflegenden gelingt, offen und flexibel auf die Bedürfnisse der Bewohner einzugehen?

Ein wichtiger Schlüssel ist, das Team zu befähigen, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der Menschen mit Demenz zu betrachten. Wenn dies gelingt, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen, um persönliche Einstellungen und Annahmen über Menschen mit Demenz reflektieren zu können. Im zweiten Schritt kann so die Bedeutung der Beziehungsgestaltung für Menschen mit Demenz vermittelt werden. Diese kann wiederum dadurch gefördert werden, dass die Pflegenden gezielt beziehungsfördernde und beziehungsgestaltende Angebote kennenlernen.

Menschen sind unterschiedlich, was das individuelle Ausmaß an Einfühlungsvermögen betrifft. Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus Wahrnehmen, Erkennen, Mitfühlen und helfendem Eingreifen. Dieser Prozess läuft schnell und unbewusst ab. Ein »

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funk-Türöffnungsmelder
zur Fluchttür-Absicherung.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de



» einführendes Verhalten erfordert die Reduzierung von inneren und äußeren Stressoren. Sonst kann das einführende Verhalten eingeschränkt sein.

Den Kulturwandel gemeinsam gestalten

Eine erste Aufgabe der Pflegedienstleitung ist es, Alltagsroutinen kritisch zu überprüfen: Gibt es versteckte Stresselemente? Wie lassen sich pflegenahe und pflegeferne arbeitsintensive Spitzen entzerren (Mahlzeitsituation, Sturz, Notfall, „Frau Meier ist weg“)? Die Pflegedienstleitung sollte dazu erheben, welche Arbeitsfaktoren und -situationen von den Teammitgliedern als besonders belastend erlebt werden. Dazu gehören nicht nur körperliche, sondern auch psychische und seelische Belastungen wie Angst und Hilflosigkeit.

Zu benennen sind die psychosozialen oder gruppenspezifischen Belastungen, aber auch mögliche Team- und Rollenkonflikte, Angehörigenbeschwerden und unterschiedliche Sichtweisen von Pflege- und Betreuungsphilosophien. Eine gute Demenzpflege ist nur möglich, wenn die Arbeitsbelastung als „normal“ beschrieben wird.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht bei Menschen mit Demenz nicht mehr die Planung des Pflegeprozesses, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese, die im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung des Pflege- und Betreuungsteams erfolgt. Eine Verstehenshypothese sollte folgende Fragen beantworten:

- Warum zeigt der Mensch mit Demenz das Verhalten?
- Was sind mögliche Ursachen dafür?
- Was möchte er mit diesem Verhalten mitteilen?
- Was möchte er, dass wir tun?

Hierfür benötigt das Team Unterstützung und geeignete Rahmenbedingungen. Das bedeutet, Supervision zu ermöglichen, ausreichende Besprechungszeiten einzuplanen, eine kollegiale Fallberatung zu implementieren, Zeit für Gespräche einzuräumen sowie die Möglichkeit, zeitnah auf Bedürfnisse von Bewohnern reagieren zu können, und den Pflegefachkräften gezielt Rückmeldungen zu geben. Nur dann kann sich die erforderliche personenzentrierte Haltung etablieren.

Mitarbeiter benötigen Schulung und Begleitung

Empfohlen wird, dass alle Mitarbeiter, die an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligt sind, kontinuierlich zum Thema Demenz geschult werden. Eine Fachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation sollte das Team in jedem Einsatzbereich begleiten. Darüber hinaus sollte eine Führungskraft auf der Ebene des Managements alle gerontopsychiatrischen Aktivitäten koordinieren und für die fachliche Weiterentwicklung der Gesamteinrichtung Sorge tragen. Der zusätzliche Einsatz eines sogenannten „Demenzberaters“, als Vermittler zwischen Pflegenden, Angehörigen und den Betroffenen selbst, hat sich bewährt und kann empfohlen werden.

Das Pflege- und Betreuungsteam sollte über Wissen zu unterschiedliche Demenzformen, Phasen des Verlaufs, Persönlichkeitsmerkmalen sowie kognitiven, funktionalen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten wie Ressourcen verfügen. Auch wissen die Pflegenden und Betreuungskräfte um die Bedeutung von Interaktion und Kommunikation bei Menschen mit Demenz. Pflegefachkräfte sollten darüber hinaus über aktuelles Fachwissen zur Mitwirkung bei Diagnostik und medikamentöser Therapie verfügen. Das bezieht sich auf die Beobachtung von Wirkung und Nebenwirkung bei Medikamenten, vor allem aber hinsichtlich des Verhaltens.

Um Pflegenden für den neuen Expertenstandard zu gewinnen, müssen auch ihre Bedürfnisse in den Fortbildungen ausreichend berücksichtigt werden. Ihnen sollte deshalb vermittelt werden, dass sie von den neuen Impulsen in ihrer alltäglichen Arbeit profitieren, zum Beispiel in Form einer deutlich spürbaren Arbeitserleichterung.

Nicht jeder Pflegenden besitzt die Bereitschaft, selbstverantwortlich zu planen und zu entscheiden. Diese Menschen fühlen sich schnell überfordert, wenn ein solches Handeln von ihnen erwartet wird. Einige Mitarbeiter fühlen sich sicherer, wenn sie ihre

Handlungsempfehlungen für die Pflegedienstleitung

1. *Strategische Ziele vor der Implementierung festlegen (Stärken, Schwächen, Umfeld, Stresselemente, Risiken, Personaleinschätzung)*
2. *Zeitpunkt für den Start gut überlegen (Instabiles Team? Zu viele andere Projekte?)*
3. *Implementierung umfassend und detailliert planen (Aufgaben, Verantwortungen definieren – von oben nach unten sowie von unten nach oben)*
4. *Das ganze Team, aber auch Menschen mit Demenz und Angehörige involvieren (Haltung, Wahrnehmung)*
5. *Trainer, Supervisoren und externe Hilfen einbinden*
6. *Schulungen planen, Wissen und Kompetenzen vermitteln*
7. *Gemeinsam evaluieren und reflektieren (Wo stehen wir? Was ist unser gemeinsames Verständnis? Welche Aufgaben stehen an?)*
8. *Das Team in der Umsetzung unterstützen (durch Wohnbereichsleitung und Koordinatoren)*
9. *Jedem Teammitglied ein Feedback geben*
10. *Kontinuierliches Interesse an der Umsetzung vermitteln*



gute Demenz-
pflege ist nur
möglich, wenn

Mitarbeiter die Zeit
haben, auf Bedürf-
nisse der Bewoh-
ner einzugehen.

Arbeiten gemäß Vorgaben erledigen können. Dies sollte die Pflegedienstleitung bei der Planung und Organisation von Beziehungsgestaltung berücksichtigen.

wesenen. Er beschreibt Rahmenbedingungen, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind. Das ist durchaus auch eine politisch-gesellschaftliche Aufgabe! ««

Es braucht ein Umdenken von Management und Prüfbehörden

Viele Pflegedienstleitungen müssen mit eingeschränkten Ressourcen planen und täglich neue Herausforderungen bewältigen. Deshalb suchen viele von ihnen vorschnell nach Lösungen, die vor allem die Dokumentation betreffen und somit Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen. Hierbei sollte jedoch bedacht werden: Ein Pflegemanagement, das lediglich auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtet ist, gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten.

Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden sollten sich von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur lösen. Keine Prüfbehörde wird in die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Beziehungsgestaltung „Haltung“

wie Qualität hineinprüfen können. Die Organisationsentwicklung sollte sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“ erfolgen, um ein nachhaltiges Konzept erstellen und leben zu können.

So lange das derzeitige System „Hamsterrad“ eifrig bedient wird, kann sich nichts ändern. Die schwierigste Aufgabe besteht darin, einen bewussten Stopp zu setzen und einen Neuanfang zu planen. Nur so kann das „Hamsterrad“ angehalten werden.

Wenn der Alltag die Umsetzung dieses Expertenstandards zulässt, kann eine demenzspezifische Lebenswelt entstehen, die Wohlbefinden bei den Menschen mit Demenz und eine höhere Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitern hervorruft.

Dieser Expertenstandard unterscheidet sich von allen bisher dage-



Tobias Münzenhofer
ist Altenpfleger,
QM-Auditor, Team-
coach und geron-
topsychiatrischer

Pflegefachdozent. info@demenzpflege-dozent-muenchen.de

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funkfinger
kompatibel mit fast allen
Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.mega.com-gmbh.de



22.3.2019

Aufgaben der Pflegedienstleitung zur *Beziehungsgestaltung* der Pflege von *Menschen mit Demenz*.

- Dem Team Orientierung schaffen, Rahmenbedingungen klären, den ersten Schritt definieren.

Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Beziehungspflege bei Menschen mit Demenz des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurden im Rahmen des 21. Netzwerk-Workshops am 22. März 2019 in Osnabrück vorgestellt.

Bei Menschen mit Demenz werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann dem Menschen mit Demenz hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich dieser Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen.

Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen.

→ Die Ermöglichung einer person-zentrierten Pflege ist somit primär Führungsaufgabe.

Im Vergleich bisheriger Standards werden in diesem erstmals strukturelle Qualitätskriterien wie Rahmenbedingungen beschrieben, welche für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind und ausschließlich in der Führungsverantwortung liegt:

Die Pflegedienstleitung fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von MmD (Menschen mit Demenz) sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

Die Pflege von MmD ist auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.

Die Pflegedienstleitung schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.

Die Pflegedienstleitung sichert einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege beteiligten Personen und gewährleistet, dass die Beziehungsgestaltung zu den MmD im multiprofessionellen Team ausreichend reflektiert werden kann.

Zu diesen klar definierten Aufgaben gehört im ersten Schritt die tiefe Überzeugung und Willensbildung einen Kulturwandel in der Einrichtung gemeinsam gestalten zu wollen. Das gelingt, wenn es als strategische Ausrichtung in kleinen Schritten, systemisch gedacht und partielle Begleitung hinzugenommen wird. Ein solcher Prozess dauert mehrere Jahre. Kulturen verändern sich langsam.

Damit ist gemeint, dass die Pflegedienstleitung den gemeinsamen Weg von einer aufgabenorientierten Einstellung hin zu einer bewohnerorientierten Einstellung ermöglicht. Das Einbetten von Beziehungshandeln in funktionale Aufgaben wird mit dem Ziel einer bestmöglichen Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt fortlaufend reflektiert, optimiert teamunterstützend begleitet.

Untersuchungen zeigen ein deutliches mehr an Beziehungsqualität, wenn Pflegende hierzu jeweils zusätzliche fünf Minuten je Dienst bewusst aufbringen können.

→ Hierbei ist nicht das *Was* entscheidend, sondern vielmehr das *Wie*.

Wie können Rahmenbedingungen für eine professionelle Pflegebeziehung geschaffen werden?

Wie kann ein Kontext geschaffen werden für offene Situationen, mit Spielräumen & Flexibilität für situationsoffenes Reagieren?

Wenn das Team befähigt ist, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten kann, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen um den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über MmD) reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD erfahrbar gemacht.

Menschen unterscheiden sich in ihrem unterschiedlichen Ausmaß an dem hierfür notwendigen Einfühlungsvermögen, das als eine angeborene Persönlichkeitskomponente aufgefasst werden kann.

Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus dem Prozess der *Wahrnehmung, Erkennen, Mitfühlen und helfend eingreifen*, was schnell und unbewusst abläuft.

Handlungsempfehlungen für die Pflegedienstleitung
1. Leitung entwickelt strategische Ziele vor Implementierung (Stärken, Schwächen, Umfeld, Stresselemente, Risiken, Personaleinsatzplanung)
2. Zeit für den Start gut überlegen (instabiles Team? Zu viele andere Projekte?)
3. Umfassender und detaillierter Implementierungsplan (Aufgaben, Verantwortungen definieren → von Oben nach unten & von Unten nach Oben)
4. Das ganze Team, aber auch MmD und Angehörige involvieren (Haltung, Wahrnehmung)
5. Trainer, Supervisoren, externe Hilfen: wie arbeitsnah?
6. Ansiedlung von Schulungen auf drei Ebenen sowie Wissen und Kompetenz auf drei Ebenen
7. Gemeinsame Evaluationen und Reflektion (Vergewisserung, wo Wir stehen, gemeinsame Aufgabe und Verständnis definieren)
8. Unterstützung durch WBL/SL und Koordinatoren (internes System)
9. Feedback an jedes Teammitglied
10. Interesse und Aufmerksamkeit der Leitungen

Einfühlerndes Verhalten erfordert eine Minderung der inneren und äußeren Stressoren, da andernfalls Minderleistungen im Bereich des einfühlernden Verhaltens zu erwarten sind.

Erste Aufgabe ist, die kritische Überprüfung von Alltagsroutinen in Bezug auf mögliche versteckte Stresselemente.

Wie lassen sich pflegenaher u. pflegeferner arbeitsintensiver Spitzen entzerren.
(Pflege- und Arztvisiten, Medikamentenmanagement, Durchfälle, Mahlzeiteinsituation, Sturz, Notfall, „Frau Meier ist weg“)?

Erheben Sie im Team gemeinsam das empfundene Stressniveau und benennen Stressfaktoren aus der körperlichen Arbeitsbelastung wie z. B. dem Heben, Tragen oder Bücken.

Benennen Sie die psychischen und seelischen Belastungen wie z. B. die Hektik sowie Druck aus erhöhtem Arbeitsaufkommen, Leiden, Tod, Angst und Hilflosigkeit.

Benennen Sie die psychischen und seelischen Belastungen wie z. B. die Hektik sowie Druck aus erhöhtem Arbeitsaufkommen, Leiden, Tod, Angst und Hilflosigkeit.

Benennen Sie die psychosozialen oder gruppenspezifischen Belastungen wie mögliche Team- und Rollenkonflikte, Antipathien, Teamdynamiken, Angehörigenbeschwerden und unterschiedliche Sichtweisen von Pflege- und Betreuungsphilosophien.

Demenzpflege ist nur möglich, wenn die Arbeitsbelastung als „normal“ beschrieben wird → = normal erlebte Belastungsintensität.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht nicht mehr die Planung, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung des Pflege- und Betreuungsteams.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände/ Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Das Ermöglichen von Supervision, ausreichende Besprechungszeiten, kollegiale Fallberatung, nachfragen, Zeit für Gespräche einräumen, zeitnah auf Bedürfnisse reagieren und gezielt Rückmeldungen geben sorgt dafür, dass sich Haltung und Ziele erst entwickeln können.

Pflegende werden in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet. Führung zielt darauf ab, dass Pflegende das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Empfohlen wird für alle Mitarbeiter, die an der Versorgung von MmD beteiligt sind, eine kontinuierliche Schulung von Grundwissen und Auffrischungen zum Thema Demenz. Eine Fachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation soll für jeden Einsatzbereich das jeweilige Team begleiten.

Darüber hinaus soll eine Führungskraft auf der Ebene des Managements alle gerontopsychiatrischen Aktivitäten koordinieren und für die fachliche Weiterentwicklung der Gesamteinrichtung Sorge tragen. Der zusätzliche Einsatz eines sogenannten „Demenzberaters“ als Vermittler zwischen Pflegenden, Angehörigen und den Betroffenen selbst, hat sich bewährt und kann empfohlen werden.

Für diese Aufgaben der professionellen Beziehungsgestaltung werden Kompetenzen, Fachwissen sowie deren kontinuierlicher Entwicklung vorausgesetzt.

Spezifisches Wissen hinsichtlich der Bedeutung von Interaktion und Kommunikation bei MmD stellt das Basiswissen aller Mitarbeiter der Einrichtung dar.

Das Pflege- und Betreuungsteam sollte über ein Wissen über unterschiedliche Demenzformen, Phasen des Verlaufs, Persönlichkeitsmerkmalen, Lebensgeschichte, kognitiven, funktionalen, sozialen und emotionalen Fähigkeiten wie Ressourcen verfügen.

Pflegefachkräfte verfügen darüber hinaus über aktuelles Fachwissen zur Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und medikamentöser Therapie bezüglich der Beobachtung von Wirkung und Nebenwirkung, v. a. hinsichtlich des Verhaltens.

Pflegende werden sich nur dann den Empfehlungen öffnen können, wenn ihnen ständig vermittelt wird, dass ihre arbeitsbezogenen Bedürfnisse ausreichend Berücksichtigung in Fortbildungen finden. Sie müssen dabei den Eindruck gewinnen, dass sie von den neuen Impulsen in ihrer alltäglichen Arbeit profitieren werden, z. B. in Gestalt einer deutlichen spürbaren Arbeitserleichterung bzw. Stressminderung.

Nicht jeder Pflegende besitzt die Bereitschaft zur Handlungs- und Entscheidungsfreiheit. Dieser Anteil fühlt sich schnell überfordert, wenn von ihnen selbstständige Entscheidungen und Handlungen erwartet werden. Diese Mitarbeiter fühlen sich sicherer, wenn sie ihre Arbeiten gemäß Vorgaben erledigen können. Dies sollte bei der Organisation der Handlungen und der Milieugestaltung Berücksichtigung finden.

Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die „Dokumentation“ gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen.

Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten.

Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben.

Auch wird keine Prüfbehörde in die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Beziehungsgestaltung „Haltung“ wie Qualität hineinprüfen können. Die Organisationsentwicklung erfolgt sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“ um ein Konzept erstellen und leben zu können.

Grafik: copyright 2018 - Tobias Münzenhofer



So lange das derzeitige System "Hamsterrad" eifrig bedient wird, kann sich nichts ändern.

Die schwierigste Aufgabe besteht darin, ein bewusstes STOPP bzw. einen NEUANFANG zu setzen, um dieses "Hamsterrad" anzuhalten.

Erst wenn der Alltag die Umsetzung dieses Expertenstandards zulässt, wenn sich also Theorie und Praxis im Einklang befinden, kann eine demenzspezifische Lebenswelt entstehen, die Wohlbefinden bei den MmD und Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitern hervorruft. Durchaus, auch eine politisch-gesellschaftliche Aufgabe.

Diesen Standard als Ansatz für einen NEUANFANG und evidenzbasiertes Instrument der Organisations- und Teamentwicklung zu sehen, kann nicht nur die Beziehungsqualität bei MmD steigern, sondern auch die Mitarbeiterzufriedenheit.

Autor: Tobias Münzenhofer

15.4.2019

Den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über Menschen mit Demenz) reflektieren, die Selbstwirksamkeit der Pflegebedürftigen wahrnehmen und ihnen diese erfahrbar machen.

- Die Verstehende Diagnostik → Verstehenshypothese geht viel tiefer und wirkt nachhaltiger als gutgemeinte theoretische Modelle, Methoden und pauschale Kommunikationsregeln.

Ein auf Funktions- und Verrichtungspflege ausgerichtetes Arbeits- und Demenzmilieu, das sich nur nach Methoden, Modellen, Regeln und Anweisungen orientiert, erschwert die Entwicklung einer gemeinsamen Sorgehaltung und Verantwortung. Erfahrene Pflege- und Betreuungskräfte möchten selbst entscheiden dürfen. Pflege- und Betreuungskräfte wollen auch kreativ sein, gestalten, sich selbst entdecken, Verantwortung übernehmen und sich selbstwirksam fühlen!

Bei MmD (Menschen mit Demenz) werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann dem MmD hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich.

Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen MmD und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden.

Person-Zentrierung ist ein Verständnis von Umgang mit Demenz, bei dem die Anerkennung der Einzigartigkeit und der Individualität der Person als wesentliche Voraussetzung für das Wohlbefinden angesehen wird.

Zu den Voraussetzungen gelingender Interaktionen gehören der Respekt und die Anerkennung seiner Einzigartigkeit als Mensch und nicht seine Klassifizierung und möglicherweise Stigmatisierung als Demenzkranker.

Ob diesem person-zentrierten Ansatz und gewollter Praxis hierbei eine stetig steigende Anzahl von weiteren theoretischen Modellen, Methoden, Umgangsformen und speziellen Kommunikationsregeln hilfreich ist? Ob es mit diesen pragmatischen Lösungen in jeder Situation gelingt, auch im gegenwärtigen personalen Gegenüber, der Interaktion, noch selbst authentisch wahrgenommen zu werden?

MmD sind sehr empfindsam für unseren eigenen Gefühlsausdruck und können uns diesen innerhalb weniger Sekunden widerspiegeln. Dabei geht es nicht um Gesprächsinhalte.

Das „Wie“ entscheidet, ob man als jemand wahrgenommen wird, der Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Hierbei spielt die eigene Authentizität eine große Rolle. Der Glaube, dass hier z. B. Kommunikationsmodelle hilfreich sein können, verliert sich in der Praxis immer dann, wenn diese nach der bewussten Klassifizierung und Stigmatisierung dem Krankheitsbild „Demenz“ eingesetzt werden.

Validationsmethoden und die Deeskalation als Haltung aus einem tiefen Verständnis heraus verinnerlicht, soll allgegenwärtig gemeinsam gelebt werden können und nicht regelhaft angewandt in der konkreten Situation. Dafür braucht es Zeit für die (Team-) Entwicklung sowie deren Unterstützung und Begleitung.

Wir alle handeln im Hier und Jetzt überwiegend intuitiv und nach Gefühl. Dieses intuitive Handeln baut auf zumeist verborgene Kompetenzen und Erfahrungen auf.

Das heißt, dass unsere gegenwärtige Interaktion, Kommunikation und unser Verhalten überwiegend unbewusst abläuft und nur mit einem sehr geringen Anteil z. B. auf spezielle im Ablauf festgelegte Kommunikationsmethoden oder anderen Umgangsformen wie Regeln zurückgreift.

Menschen unterscheiden sich in ihrem unterschiedlichen Ausmaß an dem hierfür notwendigen Einfühlungsvermögen, das als eine angeborene Persönlichkeitskomponente aufgefasst werden kann.

Einfühlerndes Verhalten erfordert eine Minderung der inneren und äußeren Stressoren, da andernfalls Minderleistungen im Bereich des einfühlernden Verhaltens zu erwarten sind.

Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus dem Prozess: *Wahrnehmen, Erkennen, Mitführend und helfend eingreifen*, was schnell und unbewusst abläuft.

Unbewusstes und automatisches ablaufendes einfühlerndes Verhalten kann sowohl für die MmD als auch für die Pflegenden mit negativen Auswirkungen (u. a. tätliche Aggression) verbunden sein. Es gilt hierbei, bestimmte Regeln zu beachten, die durch Erfahrungen schnell verinnerlicht werden.

Pflegekompetenzen werden permanent durch neues Lernen an eigenen Erfahrungen, aber auch an den fremden Erfahrungen, an Fällen - auch an Zwischenfällen, an Wahrnehmungen und Reflexionen ausgebaut und vervollständigt.

- 1) **Berufsanfänger** verfügen über keinerlei Erfahrung in der direkten Interaktion mit MmD. Ihr Können ist hier auf Regelvorgaben angewiesen, an denen sie ihr Verhalten ausrichten ohne Beachtung des Kontextes.
- 2) **Fortgeschrittene Anfänger** verfügen über erste Erfahrungen, erkennen verschiedene Aspekte von Situationen und deren wiederkehrende, bedeutungsvolle Bestandteile (Mindestleistungen werden erbracht, sie benötigen aber noch Hilfestellung beim Setzen von Prioritäten).
- 3) **Kompetente Pflegende** sind in der Lage Probleme analytisch zu betrachten, verschiedene Sichtweisen zu entwickeln und Handlungen auf längerfristige Ziele oder Pläne auszurichten, es erfolgen erste Verstehenshypothesen. Haltung, Ideologie und Pflegephilosophie bildet sich aus.
- 4) **Erfahrene Pflegende** nehmen Situationen als Ganzes wahr. Ihre Wahrnehmung ist geschult, Abweichungen und der Kern der herausfordernden Verhaltensweisen bei MmD werden erkannt, Wichtiges von Unwichtigem unterschieden. Das Handeln wird an Grundsätzen ausgerichtet und nicht mehr ausschließlich an theoretischen Vorgaben.
- 5) **Demenzexperten** besitzen eine hohe Sicherheit in der Wahrnehmung, Situationen werden intuitiv erfasst und eine angemessene Handlung ohne umständliche Alternativlösungen angeleitet, sie benötigen keine expliziten Regeln und Richtlinien mehr. Wissen und Erfahrung sind untrennbar und intuitiv verfügbar miteinander verbunden. Hier kann man tatsächlich von Haltung sprechen.

Pflege- und Betreuungskräfte werden nach mindestens 2-3 Jahren Berufserfahrung zu „Kompetent Pflegenden“. Um diese 3. Kompetenzstufe zu erreichen und sich darin weiterentwickeln können, benötigt man Zeit für regelmäßige Reflektion des eigenen Handelns, über Ursache und Wirkung.

Für diesen Prozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeignete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände, Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht.

Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen um im ersten Schritt den persönlichen Ausgangspunkt (→ Annahmen über MmD) reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD im dritten Schritt erfahrbar gemacht.

Wenn das Team befähigt ist, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und die Welt aus Sicht der MmD betrachten kann, erhöht sich die Chance auf den Aufbau einer tragfähigen Beziehung.

Im Zentrum des Pflegeprozesses steht nicht mehr die Planung, sondern die Entwicklung einer Verstehenshypothese im Rahmen einer gemeinsamen Fallbesprechung, welche eine geeignete Möglichkeit der Reflektion des pflegerischen Handelns darstellt.

Um den Unterstützungsbedarf bei MmD im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen anhand eines bedürfnisorientierten Verhaltensmodells zusammengeführt:

- *Wie erlebe ich mich selbst als Person in dieser Beziehung. Welche Rolle fühle ich / möchte ich?*
- *Wie erlebt die Person sich selbst und ihre Umwelt?*
- *Welches Denken, Fühlen und Erleben erklärt den subjektiven Sinn von Verhaltensweisen?*
- *Was ist deren Funktion?*
- *Auf welche Themen ist das Verhalten eine Antwort?*

Aus diesen Antworten entwickelt sich eine vorläufige Hypothese → Verstehenshypothese.

Diese wird auf Stimmigkeit hin überprüft und mit neu gewonnenen Informationen abgeglichen um sie zu bestätigen, zu verändern und weiter zu entwickeln.

Hierbei muss die Möglichkeit bestehen, stets auf fluktuierende Zustände, also Schwankungen im Demenzerleben reagieren zu können!

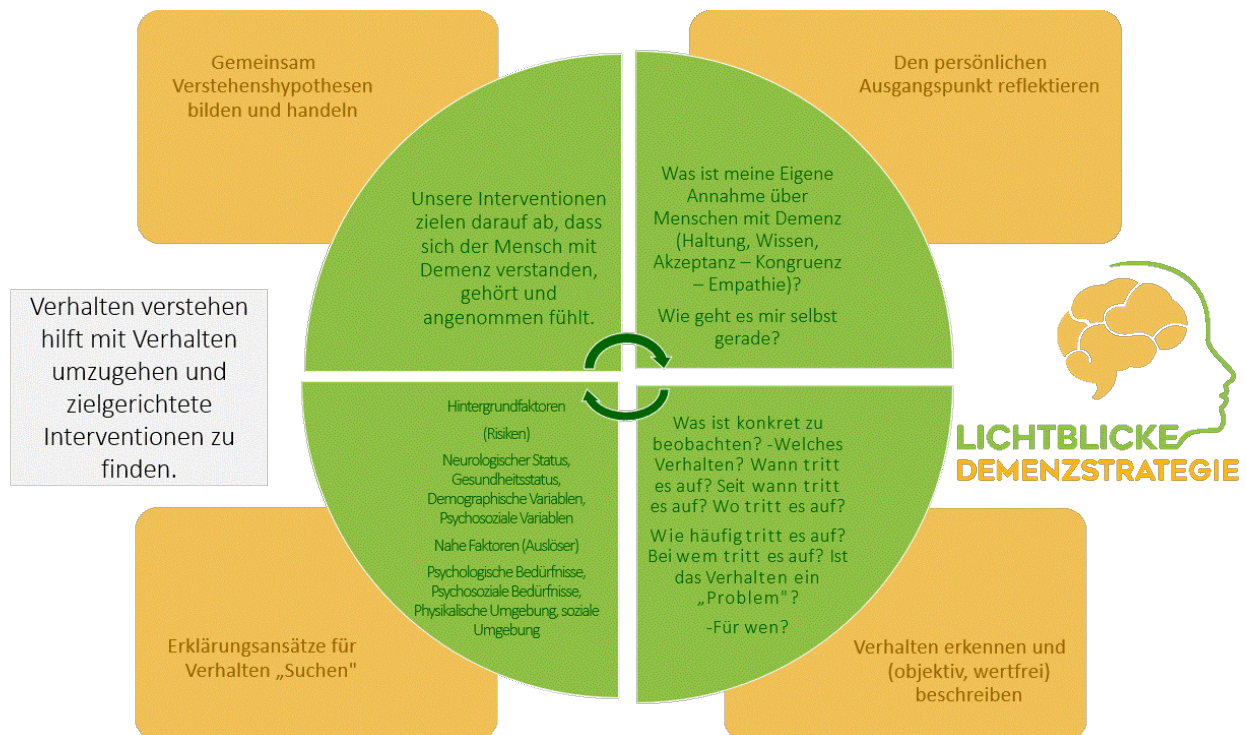
Wichtig ist hier die kritische Reflektion, weil die Verletzung sozialer Normen und Verhaltenserwartungen bei MmD zu Stress und zumeist unbewussten Distanzierungen führt.

MmD könnten so teilweise korrigiert, erzogen oder (unbewusst) vernachlässigt werden

Die Beschreibung des Verhaltens und die Suche nach Ursachen sind die ersten beiden Schritte der Verstehenden Diagnostik des Verhaltens.

Hierzu werden vielfältige Informationen über den MmD über die Umgebung und über die Beziehungen zu den pflegenden Personen benötigt.

Da die Erklärungssuche für das Verhalten nicht einfach ist und je nach Informationsstand und Perspektive unterschiedlich ausfallen kann, werden Fallbesprechungen als eine vielversprechende Methode für die Durchführung der Verstehenden Diagnostik empfohlen.



Die wichtigste Grundlage für ein erfolgreiches Demenzmilieu ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus pflegerischem, medizinischem und therapeutischem Fachpersonal, das mit den Angehörigen und den Betroffenen selbst, gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreicht. Für die Einschätzung des individuellen Beziehungsbedarfes braucht es neben der Empathie die eigene Gefühlswahrnehmung und Bewusstwerdung seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft mit allen an der Beziehungsgestaltung beteiligten Personen im Austausch zu bleiben.

Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt und Verstehenshypothesen gebildet die den subjektiven Sinn von demenziellen Verhaltensweisen erklären.

Ein interdisziplinäre Verstehenshypothese ist ein adäquates Mittel. Dazu müssen sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird und Veränderungen umgehend nachvollziehbar mitgeteilt werden.

Kollegiale Fallgespräche und Beratungen sind wesentliches Merkmal von Professionalisierung, die eigene Arbeit zu reflektieren und die eigene Qualität durch kollegialen Rat weiterzuentwickeln. Derartige ziel- und lösungsfokussierte Fallberatungen sind in vielen Sozialberufen längst Alltag geworden und spiegeln ein Selbstverständnis von Ihrer Arbeit wider. Trauen wir uns doch, diese Kultur der Selbstpflege auch in Pflegeberufe zu integrieren.

Ein „reflektierender Praktiker“ im Feld der Demenz zu sein hält Tom Kitwood für eine der schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben, die diese Gesellschaft zu vergeben hat.

Verstehenshypothese im Team, als Chance für Haltung und Entwicklung.

HEIME

Den persönlichen Ausgangspunkt reflektieren

Die „Verstehende Diagnostik“ im Umgang mit Demenz

Die Verstehenshypothese geht viel tiefer und wirkt nachhaltiger als gutgemeinte theoretische Modelle, Methoden und pauschale Kommunikationsregeln, sagt unser Autor.

Von Tobias Münzenhofer

Ein auf Funktions- und Verrichtungs-pflege ausgerichtetes Arbeits- und Demenzmilieu, was sich nur an Methoden, Modellen, Regeln und Anweisungen orientiert, erschwert die Entwicklung einer gemeinsamen Sorgehaltung und Verantwortung. Das „Wie“ entscheidet, ob man als jemand wahrgenommen wird, der einem Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

Authentizität spielt entscheidende Rolle

Hierbei spielt die eigene Authentizität eine große Rolle. Der Glaube, dass hier zum Beispiel allein Kommunikationsmodelle hilfreich sein können, verliert sich in der Praxis immer dann, wenn diese nach der Klassifizierung „Demenz“ regelhaft angewandt werden. Wir alle handeln im Hier und Jetzt überwiegend intuitiv und nach Gefühl. Dieses intuitive Handeln baut auf zumeist verborgenen Kompetenzen und Erfahrungen auf. Menschen unterscheiden sich in ihrem unterschiedlichen Ausmaß an dem hierfür notwendigen Einfühlungsvermögen, das als eine angeborene Persönlichkeitskomponente aufgefasst werden kann. Einfühlungsvermögen oder Empathie besteht aus dem Prozess wahrnehmen, erkennen, mitfühlend und helfend eingreifen, was schnell und unbewusst abläuft.

Pflegekompetenzen werden permanent durch neues Lernen an eigenen Erfahrungen, aber auch an den fremden Erfahrungen, an Fällen – auch an Zwischenfällen –, an Wahrnehmungen und Reflexionen ausgebaut und vervollständigt.

1. Berufsanfänger verfügen über keinerlei Erfahrung in der direkten Interaktion mit Menschen

mit Demenz (MmD). Ihr Können ist hier auf Regelvorgaben angewiesen, an denen sie ihr Verhalten ausrichten, ohne Beachtung des Kontextes.

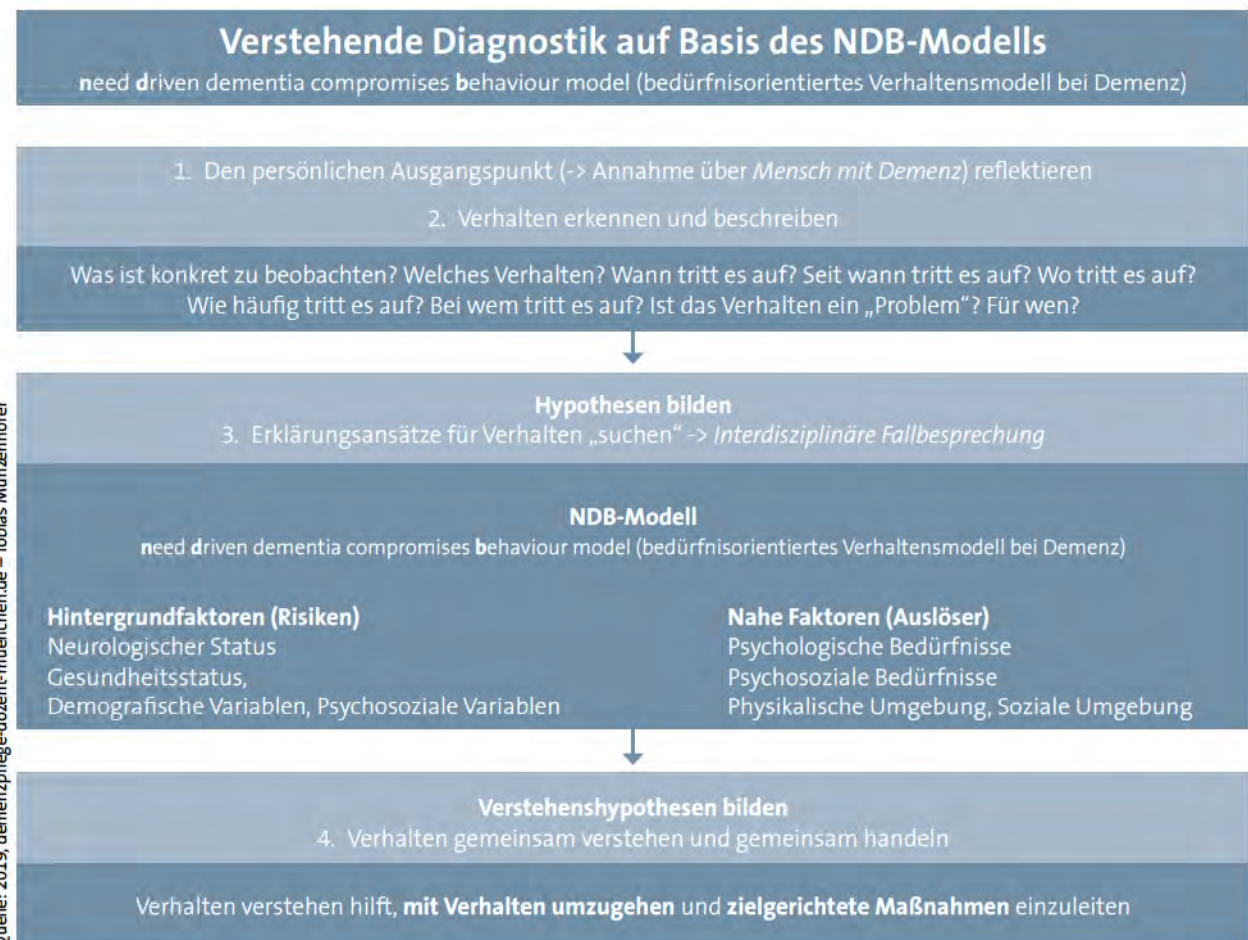
2. Fortgeschrittene Anfänger verfügen über erste Erfahrungen, erkennen verschiedene Aspekte von Situationen und deren wiederkehrende, bedeutungsvolle Bestandteile. Heißt: Mindestleistungen werden erbracht, sie benötigen aber noch Hilfestellung beim Setzen von Prioritäten.

3. Kompetente Pflegenden (zwei bis drei Jahren Berufserfahrung) sind in der Lage, Probleme analytisch zu betrachten, verschiedene Sichtweisen zu entwickeln und Handlungen auf längerfristige Ziele oder Pläne auszurichten. Es erfolgen erste Verstehenshypothesen. Haltung, Ideologie und Pflegephilosophie bilden sich aus.

4. Erfahrene Pflegenden nehmen Situationen als Ganzes wahr. Ihre Wahrnehmung ist geschult, Abweichungen und der Kern der herausfordernden Verhaltensweisen bei MmD werden erkannt, Wichtiges von Unwichtigem unterschieden. Das Handeln wird an Grundsätzen ausgerichtet und nicht mehr ausschließlich an theoretischen Vorgaben.

5. Demenzexperten besitzen eine hohe Sicherheit in der Wahrnehmung, Situationen werden intuitiv erfasst und eine angemessene Handlung ohne umständliche Alternativen angeleitet, sie benötigen keine expliziten Regeln und Richtlinien mehr. Wissen und Erfahrung sind untrennbar und intuitiv verfügbar miteinander verbunden. Hier kann man tatsächlich von Haltung sprechen.

Für diesen Lernprozess benötigt das Pflege- und Betreuungsteam geeig-



nete Möglichkeiten für den gemeinsamen Austausch und Reflektion. Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wirkung in der Beziehungsgestaltung geschieht am besten in Teamarbeit. Wissensbestände, Unterstützungs- und Bildungsbedarfe werden erkannt, definiert und ausgetauscht. Das Team benötigt hierzu Rahmenbedingungen, um im ersten Schritt den persönlichen Ausgangspunkt – Annahmen über MmD – reflektieren zu können. Die Selbstwirksamkeit der pflegebedürftigen Menschen wird so im zweiten Schritt wahrgenommen und durch gezielte Angebote der Interaktion dem MmD im dritten Schritt erfahrbar gemacht.

Für die Einschätzung des individuellen Beziehungsbedarfes braucht es neben der Empathie die eigene Ge-

fühlswahrnehmung und Bewusstwerdung seines intuitiven Handelns. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit allen an der Beziehungsgestaltung beteiligten Personen im Austausch zu bleiben. Um den Unterstützungsbedarf bei MmD im interdisziplinären Team feststellen zu können, werden gesammelte Informationen und Beobachtungen anhand eines bedürfnisorientierten Verhaltensmodells zusammengeführt. Hierbei entwickelt sich eine vorläufige Hypothese. Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt, das den subjektiven Sinn von demenziellen Verhaltensweisen erklärt – die Verstehenshypo-

these. Diese wird auf Stimmigkeit hin überprüft und mit neu gewonnenen Informationen abgeglichen, um sie zu bestätigen, zu verändern und weiterzuentwickeln.

Die interdisziplinäre Verstehenshypothese ist ein adäquates Mittel. Dazu müssen sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird und Veränderungen umgehend nachvollziehbar mitgeteilt werden. Verstehenshypothesen im Team sind als Chance für Haltung und Entwicklung zu begreifen.

Der Autor ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter: info@demenzpflege-dozent-muenchen.de

Neue Geschäftsführung bei der Dorea Gruppe

Doppelspitze führt Unternehmen – Axel Hölzer wird Beirat

Berlin // Der Dorea Beirat und Mehrheitsgesellschafter Groupe Maison de Famille hat Stephan Demmerle (48) und Oliver Beck (53) mit sofortiger Wirkung die Aufgaben des Vorsitzenden der Geschäftsführung und Firmengründers Axel Hölzer übertragen. Das teilte das Unternehmen in einer Pressemitteilung am 8. Januar mit.

Hölzer will als Beirat neue Wachstumsfelder entwickeln

Der Unternehmensgründer und Minderheitsgesellschafter Axel Hölzer (56) werde künftig als Beirat seine Arbeitsschwerpunkte auf die Lokalisierung und Entwicklung neuer Wachstumsfelder und den Ausbau der Digitalisierung setzen. Zusätzlich werde er sich mit der mittel- und langfristigen Erschließung ausländischer Arbeitsmärkte sowie mit dem Know-How-Transfer und der Adaption erfolgreicher Konzepte und Lösungen aus anderen Ländergesellschaften



Oliver Beck (links) und Stephan Demmerle sind die neuen Geschäftsführer bei Dorea. Foto: Dorea

der Groupe Maison de Famille nach Deutschland beschäftigen, wie der Pressemitteilung zu entnehmen ist.

Demmerle ist seit 1. September 2019 Chief Operating Officer und Beck seit dem 1. Oktober Chief Financial Officer. Beide Manager kommen aus der Tourismusbranche. Demmerle führte

bei der NH Hotelgruppe als Director of Operations Northern Europe 125 Hotels und 7 000 Mitarbeiter. Beck war zuvor acht Jahre kaufmännischer Geschäftsführer für die TUI Tochtergesellschaft Leisure Travel GmbH und war dort für die Integration von über 100 Reisebüros verantwortlich. (ck)

Schwere Vorwürfe gegen Leitungskräfte von Pflegeheim

Neu-Auflage im Prozess um Todesfälle

Bamberg // In der Seniorenresidenz Gleusdorf im unterfränkischen Landkreis Haßberge starben vor mehreren Jahren fünf Bewohner unter dubiosen Umständen – am Mittwoch vergangener Woche begann der Prozess gegen drei ehemalige Heimmitarbeiter von neuem. Vor dem Landgericht Bamberg verlas die Oberstaatsanwältin die Anklageschrift. In dem Altenheim waren zwischen 2011 und 2016 fünf Bewohner unter rätselhaften Umständen gestorben. Grund dafür sollen laut Anklage Misshandlungen und schlechte Versorgung gewesen sein. Die drei Angeklagten waren zum Zeitpunkt der Todesfälle leitende Mitarbeiter des Altenheims. Ihnen werden gemeinschaftlicher Totschlag in einem Fall und versuchter Totschlag in zwei Fällen vorgeworfen. Die Beschuldigten machten beim Prozessauftakt keine Angaben, ließen aber über ihre Verteidiger ausrichten, dass sie die Vorwürfe bestreiten. Der Anwalt der einstigen Heimlei-

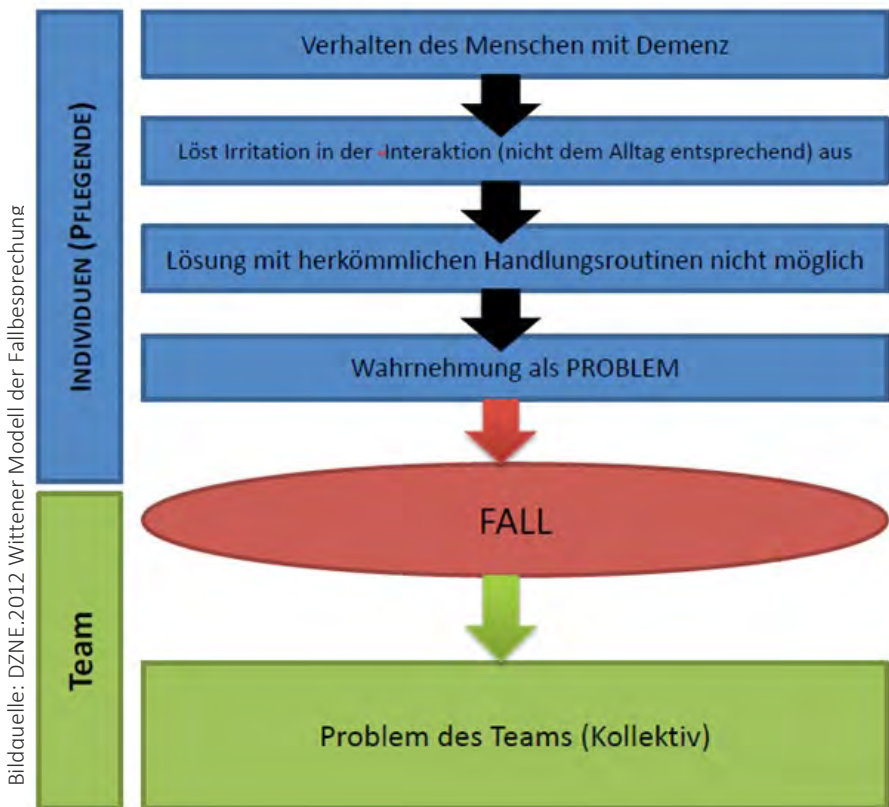
terin erklärte, seine Mandantin bestreite insbesondere den in der Anklage formulierten Vorwurf, sie habe aus Gleichgültigkeit gegenüber den Heimbewohnern gehandelt. Auch treffe es nicht zu, dass sich die Beschuldigten „als Herren über Leben und Tod geriert“ hätten. Die Verteidiger des früheren Pflegedienstleiters und des einstigen ärztlichen Leiters des Heims schlossen sich dieser Erklärung an.

Der Prozess hatte ursprünglich bereits im Juli 2019 begonnen. Nach 13 Verhandlungstagen und mehr als 30 vernommenen Zeugen musste das Verfahren jedoch ausgesetzt werden, da einer der beteiligten Richter länger erkrankt war. Glücklicherweise beginnt darüber, dass der Prozess neu habe beginnen müssen, sagte der Vorsitzende Richter: „Aber die Strafprozessordnung lässt uns keine andere Wahl.“ In dem neuen Prozess sind bis zum 13. März 15 Verhandlungstage angesetzt. (dpa)

30.05.2024

Fallbesprechung und Verstehenshypothese im Team bei Menschen mit Demenz

- *Verstehenshypothese im Team, als Chance für Haltung und Entwicklung*



Im Vergleich zu somatischen Erkrankungen sind Pflegende und Betreuende meist unzureichend vorbereitet auf die Arbeit mit psychisch erkrankten alten Menschen. Psychische Erkrankungen verändern Beziehungen und damit die Dynamik zwischen Klient*innen und Mitarbeitenden.

Wird diese nicht verstanden, erleben sich Pflegende hilflos und überfordert, ziehen sich zurück, meiden den Kontakt oder versuchen sich zu behaupten. Wächst dagegen das Verstehen, kann das Verhalten als Anpassungsversuch, Selbstaussdruck, Beziehungsangebot verstanden werden, womit Pflegende konstruktiv umgehen können.

Die Arbeit mit psychisch kranken, alten Menschen kann dann als Lernprozess erfahren werden, von dem man nicht nur in der Rolle, sondern auch als Person profitiert. (et al. Müller-Hergl)

Das Verstehen des herausfordernden Verhaltens als Grundlage für den Umgang damit und als Ausgangspunkt für Interventionsentwicklung wird national und international als sehr wichtig beschrieben (Bartholomeyczik et al., 2013).

Die Beschreibung des Verhaltens und die Suche nach Ursachen sind die ersten beiden Schritte der Verstehenden Diagnostik des Verhaltens (Bundesministerium für Gesundheit, 2006). Hierzu werden vielfältige Informationen über Menschen mit Demenz, deren Umgebung und über die Beziehungen zu den pflegenden Personen selbst benötigt.

Der Fall ist die Person mit Demenz, die ein Verhalten zeigt, welches von mindestens einer Person (z.B. Pflegende) als „irritierend“ erlebt wird.

Die Situation kann vom Individuum mit den herkömmlichen Handlungsroutinen nicht gelöst werden und wird zum Problem und damit zum Fall, der dem Team im Rahmen einer Fallbesprechung zur Reflexion vorgestellt wird.

Da die Erklärungssuche für das Verhalten nicht einfach ist und je nach Informationsstand und Perspektive unterschiedlich ausfallen kann, werden Fallbesprechungen als eine vielversprechende Methode für die Durchführung der Verstehenden Diagnostik empfohlen.

Dieses Konzept der „Narrativen Fallbesprechung“ ist eine Methode, mit der sich Mitarbeiter eines Teams systematisch und zielorientiert über eine Problemsituation bei Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten fachlich austauschen. Charakteristisch für die narrative Fallbesprechung ist, dass die themenzentrierte und lösungsorientierte Reflektion in einem „Prozess des freien Erzählens“ erfolgt. Eine inhaltliche Struktur wird nicht vorgegeben. Der Reflektionsprozess orientiert sich jedoch an einer festgelegten Ablauf- und Rollenstruktur.

Innerhalb des Fallverstehens bildet die Hermeneutik den theoretischen Erklärungsrahmen für das Konzept der „Verstehenden Diagnostik“. Gerade die Handlungen von Menschen mit Demenz erscheinen für Außenstehende oft unverständlich und nur schwer deutbar. Genau an diesem Punkt setzt die Hermeneutik innerhalb der Fallbesprechung an. Die Kunst der Hermeneutik besteht darin, das unverständliche (bei Menschen mit Demenz das herausfordernde) Verhalten verstehbar zu machen.

Theoretisch lässt sich das herausfordernde Verhalten mit Hilfe des NDB-Modells begründen. Das NDB-Modell (*need driven dementia compromised behaviour model*) bildet die Grundlage für die Verstehende Diagnostik und gibt wesentliche Hinweise für mögliche Ursachen des herausfordernden Verhaltens. Nach dem Modell wird das herausfordernde Verhalten durch Hintergrund- und Proximalfaktoren erklärt. Hintergrundfaktoren (z. B. Gesundheitsstatus, physische und kognitive Fähigkeiten, Krankheit, Persönlichkeitseigenschaften) sind dabei von außen kaum zu beeinflussen. Proximalfaktoren lassen sich hingegen von außen beeinflussen. Hierzu gehören z. B. die psychologischen (z. B. Hunger/Durst oder Schmerz) und psychosozialen Bedürfnisse (Emotionen oder Affekte) sowie die physikalische (z. B. Geräusche, Licht oder Stationsalltag) und soziale Umgebung (Personalausstattung oder Mitbewohner). Nach diesem Modell ist davon auszugehen, dass herausforderndes Verhalten kontextabhängig ist. Innerhalb der Fallbesprechungen versuchen die Teilnehmer, sich diesem Kontext anzunähern und mögliche Ursachen für das herausfordernde Verhalten zu ergründen.

Theoretischer Rahmen zu den Teamprozessen

Innerhalb des theoretischen Rahmens der Teamprozesse lassen sich vordergründig drei Dimensionen (subjekttheoretische, gruppentheoretische und organisationstheoretische Dimensionen) beschreiben, auf welche Fallbesprechungen im Team als Methode Einfluss nehmen. Subjekttheoretische, gruppentheoretische und organisationstheoretische Dimensionen durchdringen und beeinflussen sich dabei immer wechselseitig und dürfen deshalb nie isoliert betrachtet werden.

a) Subjekttheoretische Dimension:

Diese Dimension folgt hauptsächlich der Frage nach der Stellung des Subjekts im Rahmen der Fallbesprechung. Hierbei kommen jeweils unterschiedliche Ansätze zum Tragen. Für die Fallbesprechung legen wir die Grundannahme zugrunde, dass Menschen keine fest abgeschlossene Persönlichkeit besitzen. Jedes Individuum entwickelt sich immer stetig weiter, „konstruiert“ seine eigene Wirklichkeit und interpretiert diese kontinuierlich und fortlaufend auf Basis aus der Summe der eigenen erlebten,

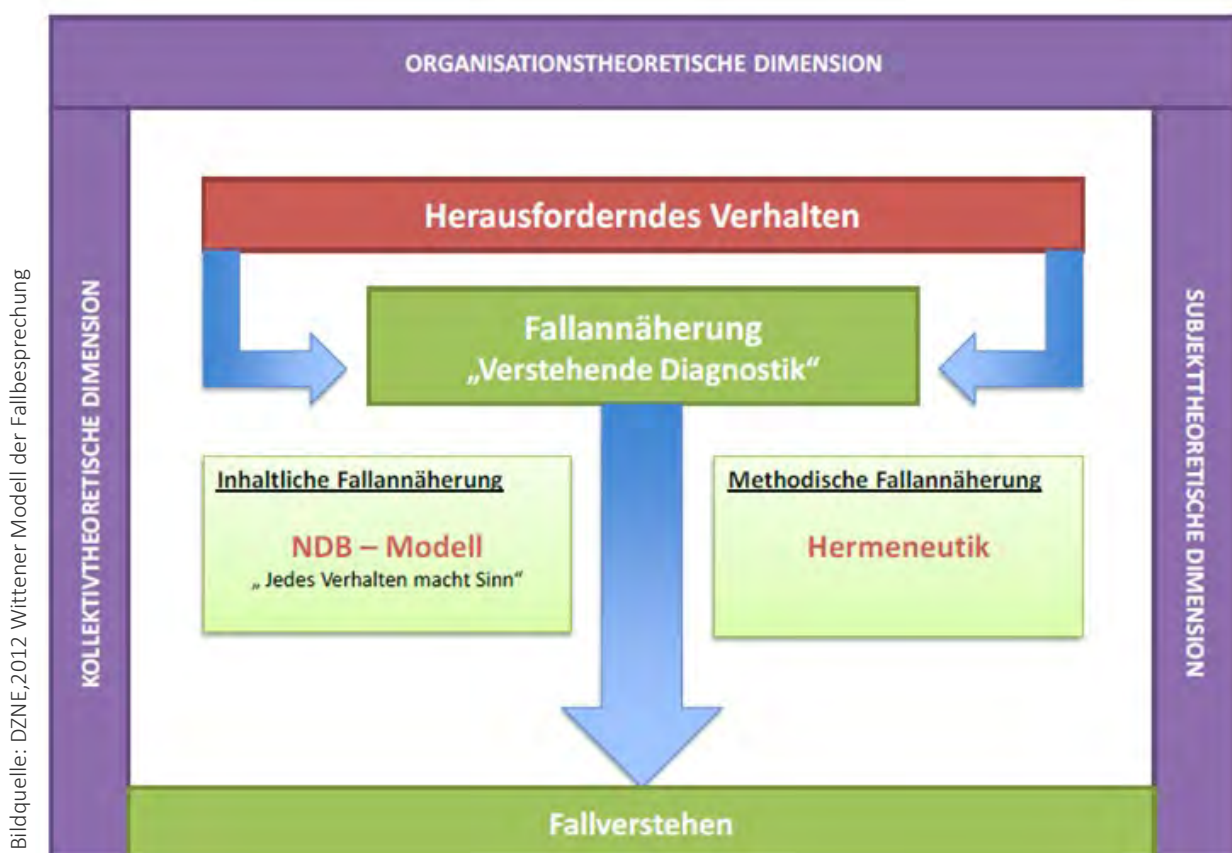
gelebten und vorgelebten Erfahrungen. Die Einstellung gegenüber der Effektivität der eigenen Handlung beeinflusst die Wirklichkeit. Dies wird als Selbstwirksamkeit bezeichnet. Selbstwirksamkeit bedeutet hier die subjektive Überzeugung, schwierige Aufgaben und Herausforderungen aufgrund eigener Fähigkeiten bewältigen zu können.

b) Gruppentheoretische Dimension

Die zugrunde gelegte Gruppentheorie geht davon aus, dass die Kreativität des Einzelnen in die Gruppe transportiert (strukturelle Koppelung) und gesteigert (Mehrwert für alle in der Gruppe) wird. Die Ziel- und Erfolgsorientierung erfolgt anhand eines kontinuierlichen Beratungs-/Austauschprozesses innerhalb des Teams. Im Austausch (Interaktion/Abgrenzung) mit der Gruppe erfolgen der Entwicklungsprozess und die Entstehung des „Wir-Gefühls“. Ein gemeinsames Set von Werten, Normen und geteilten Erfahrungen (Metapher der erzählten Geschichte) wird konstruiert.

c) Organisationstheoretische Dimension

Die zugrunde gelegte Organisationstheorie geht davon aus, dass die innerhalb einer Fallbesprechung angeregten Veränderungen durch den Erfolg der Gruppendynamik in die tägliche Praxis umgesetzt werden. Andere Organisationsmitglieder werden durch diesen positiven Effekt zum „Mitmachen“ angeregt und motiviert. Daraus können weitere organisationale Veränderungen entstehen. Das Wissen wird in der gesamten Organisation verbreitet und ggf. potenziert (Diffusion).



Durchführung der Fallbesprechungen

Ein festgeschriebener Ablaufplan ist notwendig, um das vielschichtige komplexe Geschehen einer Fallbesprechung in logische und nachvollziehbare Abschnitte zu gliedern. Die einzelnen Abschnitte sollen den Teammitgliedern helfen, sich dem Fall anzunähern. Auf die Phase der Problembeschreibung, welche die Beteiligten für den Fall sensibilisieren und zu einer präzisen Darstellung herausfordern sollen, folgt die Phase

der Ursachenanalyse, in der erste Hypothesenbildungen und Interpretationen des Problems stattfinden. Auf Basis dessen erfolgt die genaue Maßnahmenplanung.

In der Vorbereitung der Fallbesprechung geht es darum, dass eine Fallauswahl durch den Falleinbringer getroffen wird. Es sind inhaltliche und formale Vorbereitungen zu treffen. Für die inhaltliche Vorbereitung ist der Falleinbringer verantwortlich. Eine sorgfältige Vorbereitung erhöht die Effektivität der Fallbesprechung.

Für die Durchführung einer Fallbesprechung gibt es für die Teilnehmenden verpflichtende Grundregeln. Diese beziehen sich auf Wertschätzung, Verbindlichkeit, aktive Beteiligung, Bereitschaft zur Offenheit und klare Kommunikationsregeln.

Ziele der Fallbesprechungen

- Das Verhalten eines Menschen mit Demenz (u. a. Gründe, Anlässe für das herausfordernde Verhalten) zu verstehen.
- Neuinterpretation der Situation und Identifikation möglicher Ursachen (NDB – Modell).
- Bewusstwerden eigener Fähigkeiten und Wissensbestände/Unterstützungs- und Bildungsbedarfe (Individuum und Team).
- Finden von umsetzbaren Handlungsoptionen (Beziehungsebene und Intervention).
- Finden einer gemeinsamen Handlungsbasis (Verständnis – Zielsetzung – Maßnahmen)
- Ein «Reflektierender Praktiker» im Feld Demenz zu sein hält Kitwood für eine der schwierigsten und anspruchsvollsten Aufgaben, die diese Gesellschaft zu vergeben hat.

«Reflektierende Praktiker» – und nicht Ärzte – sind die von Kitwood anvisierten Experten, die mit Menschen mit Demenz einen möglichst angestammten, normalen, ressourcenorientierten und familiären Alltag leben. Sie reflektieren vor allem ethisch und therapeutisch in Fallgesprächen und suchen nach individuellen Möglichkeiten, Wohlbefinden zu steigern und damit Person-Sein zu ermöglichen. Es geht darum schön zu machen, nicht nur sauber zu machen. – Das Wie wird wichtiger als das Was.

Dies nicht zuletzt deswegen, weil sie nur mit ihrer eigenen Person die Person des anderen «halten» können und im Pflegealltag die Grenzziehungen, die ein Psychotherapeut für sich in Anspruch nehmen kann, nur durch besonderes Bemühen wie z. B. Supervision geschaffen werden können. Entsprechend sollte die Würdigung ausfallen.

„Verstehenshypothese im Team, als Chance für Haltung und Entwicklung“

Tobias Münzenhofer

Quellen: DZNE (2012) Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz – narrative Ansatz; Müller-Hergl; Buscher I. Reuther S. (2012): Konzept- Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz mit Hilfe des Innovativen demenzorientierten Assessmentsystems (IdA®, Version 5.0), Witten



26.5.2019

Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen

Dem Goldstandard annähern

Wer Schmerzen bei Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen einschätzt, benötigt geeignete Instrumente, geübtes Beobachten und guten Austausch.

Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ sagt, dass jeder Patient mit chronischen Schmerzen ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhält, das zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt. Doch neuesten Studien zufolge, zeigen 50 Prozent aller Pflegeheimbewohner Schmerzen. Dabei erhalten 20 Prozent keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Die Mehrzahl der Menschen mit Demenz zieht im Verlauf der Erkrankung in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Fünf Jahre nach der Diagnose lebt etwa die Hälfte der Betroffenen in einem Heim, nach acht Jahren sind es circa 90 Prozent. Wie erkennt man Schmerzen bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen, wenn es einen Unterschied macht, aus welcher Kultur jemand kommt und ob man nach Schmerzen fragt oder ob es wo wehtut?

Die kognitiven Einschränkungen oder der Verlust der Fähigkeit, sich verbal verständlich zu machen, bedürfen bei demenziell erkrankten Menschen sowie auch im hohen Alter häufig eines anderen Zugangs, um Schmerzen zu beurteilen. Zielgruppenspezifische Schmerzbeobachtungen und Schmerzeinschätzungen sollen hierbei auf lautsprachliche, mimische, verhaltensbedingte und physische Äußerungen der Betroffenen eingehen können.

Als Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung sollte das Team in jedem Fall eine effiziente Schmerzerfassung und ein darauf fußendes Schmerzmanagement leben. Denn mit einem guten Schmerzmanagement verringert sich die Zahl der Bewohner, die unruhig sind und herausforderndes Verhalten zeigen, erheblich.

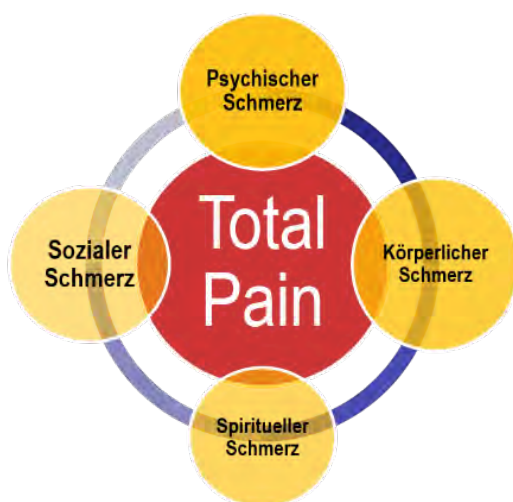
Wie Menschen mit Demenz Schmerz erleben

Schmerzreize werden im Alter eher stumpf wahrgenommen, der Schmerzeintritt erfolgt langsamer. Die Schmerzschwelle ab der ein Reiz als schmerzvoll wahrgenommen wird und die Schmerztoleranz, sind je nach Demenzform unterschiedlich ausgeprägt. Ist die persönliche Schmerztoleranz überschritten, wird diese bei Menschen mit kognitiven Störungen weniger durch die körpereigene Hemmung unterdrückt, wodurch eine deutlichere Schmerzmimik im Vergleich gesunder gleichaltriger zu erkennen ist.

Demenziell erkrankte Bewohner verlieren irgendwann das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie können den Schmerz nicht ihrem Körper, einem Organ oder einer Krankheit zuordnen. Sie zeigen ausgeprägte Mimik und vegetative Symptome. Durch den kognitiven Bedeutungsverlust, was ein Schmerz ist, könnten Demenzkranke zum Beispiel auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend darauf reagieren. Es kann vorkommen, dass sie laut „Aua“ rufen, wenn sie Angst haben, sich einsam fühlen oder zum Beispiel durch eine zu schnelle Bewegung erschrecken. Die Laute und die gemeinten Inhalte verlieren ihre Verbindung.

Allgemein erleben alte Menschen den Schmerz oft als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld und wollen keinem zur Last fallen. Dabei tun sie sich oft schwer damit, erstens Schmerz als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben.

Das Wort Schmerz hat in vielen Sprachen somit unterschiedliche Bedeutungen und ist abhängig von der jeweiligen kulturellen wie religiösen Betrachtungsweise des Schmerzes. Das Phänomen Schmerz ist sprachlich nur schwer definierbar, da eine Vielzahl der Schmerzbegriffe zusätzlich Emotionen beinhalten. Schmerz ist somit nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis. Es ist nicht nur der Schmerz, der das Leben bestimmt, sondern es ist auch das Leben, das die Intensität und die Bewertung des Schmerzes definiert.



Die englische Krankenschwester Cicely Saunders hat deshalb bereits in den 1960er Jahren das Konzept des völligen Schmerzes oder Leids definiert, das sogenannte Total Pain Konzept. Der „totale Schmerz“ setzt sich demnach aus vier Schmerzformen zusammen: körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz.

Geeignete Instrumente, um Schmerzen zu erfassen

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) wurde entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening-Verfahren zu bieten, um kognitive Defizite festzustellen.

Erläuterung zur Mini-Mental-Test-Auswertung (MMST):

- 30 bis 28 Punkte: keine Demenz
- 27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung
- 24 bis 18 Punkte: leichte Demenz
- 17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz
- Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz

Je nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung empfehlen sich unterschiedliche Instrumente für ein Schmerzassessment.

WANN NIMMT MAN WELCHE SKALA?		
Mini-Mental-Test Auswertung	Hinweis	Empfehlung zum Assessment
30 bis 28 Punkte: keine Demenz		numerische Rating-Skala
27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	25 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala
24 bis 18 Punkte: leichte Demenz	57 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala + verbale Rating-Skala
17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz	Goldstandard: Selbsteinschät- zung vor Fremdeinschätzung	verbale Rating-Skala
Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz	Prüfen, ob kognitiver Bedeutungs- verlust vorliegt, was ein Schmerz ist.	verbale Rating-Skala + Beurteilung Schmerzen bei Demenz

© 2019 demenzpflege-dozent-muenchen.de; Tobias Münzenhofer

Bei der numerischen Rating-Skala (NRS) wird der Patient aufgefordert, seine Schmerzen einer Skala von 0 bis 10 zuzuordnen. Bei kognitiv eingeschränkten Schmerzpatienten reichen die üblichen Schmerz-Assessments wie die NRS oft nicht aus, um Schmerzen erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

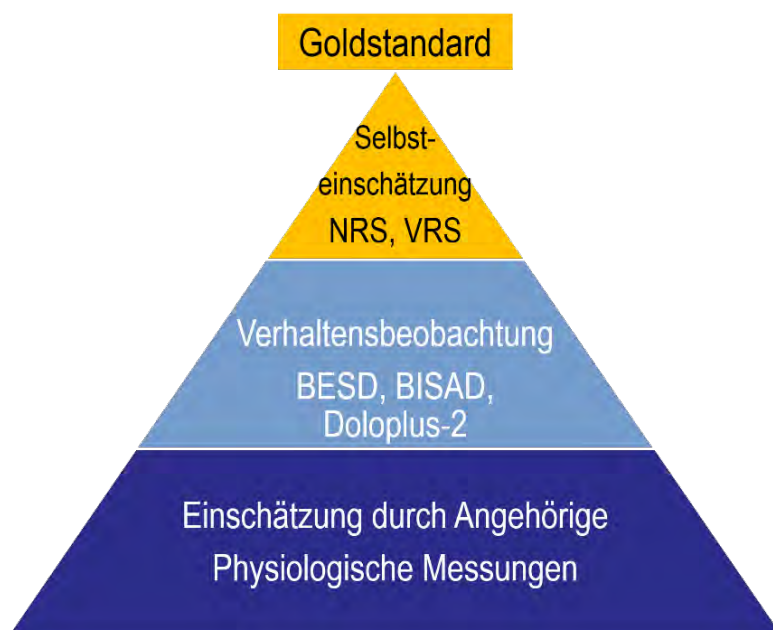
Bei der verbalen Rating-Skala (VRS) beschreibt der Patient seine Schmerzintensität als Ausdruck zwischen kein, mäßig, mittelstark, stark, unerträglich.

Die BESD-Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz ist eine deutsche Übersetzung der PAINAD-Scale mit den Beobachtungskategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung.

Bei der Einschätzung eines schmerzassoziierten Verhaltens konnte sich der BESD gegenüber anderer Fremdeinschätzungen wie etwa dem BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) durchsetzen. Dies liegt vor allem daran, dass im Vergleich anderer Assessments viele evidenzbasierte Ergebnisse vorliegen und sich diese am besten in unser Gesundheitssystem übertragen lassen. Der BESD gilt unter anderem als am besten geeignet, wenn man den Bewohner in seinem Verhalten nicht so gut kennt.

Um BISAD anwenden zu können, muss der Bewohner und sein übliches Verhalten hingegen gut bekannt sein. Die Pflegefachkraft muss also einschätzen können, wie der Bewohner sich in den vergangenen Tagen verhalten hat. Das kann insbesondere nach einer Aufnahme ins Krankenhaus schwierig sein. In ambulanten Settings ist der Einbezug von Informationen notwendig, die Angehörige geben können, um BISAD sinnvoll zu nutzen.

Als weitere empfohlene Instrumente zur Fremdeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen können der ZOPA oder Doloplus-2 aufgezählt werden.



Selbstauskunft als Goldstandard und mögliche Alternativen

Grundsätzlich hat auch bei Menschen mit Demenz die Selbstauskunft zu Schmerzen Vorrang. Die Schmerzselbsteinschätzung sollte somit immer als Goldstandard angesehen werden und gegenüber allen Fremdeinschätzungen bevorzugt oder und parallel angewandt werden.

Ausgeprägteres Schmerzverhalten bei einer Aktivität im Vergleich zur Ruhesituation weist sehr stark auf einen bewegungsabhängigen Schmerz hin. Achten Sie daher systematisch auf Verhaltensänderungen geachtet, etwa mittels BESD-Einschätzung. Auch herausfordernde Verhaltensweisen können auf Schmerzen hindeuten.

Sollte keine Selbstauskunft mehr möglich sein, gehen Sie folgendermaßen vor:

- Wenn eine üblicherweise schmerzhafte Erkrankung, Verletzung oder ein ebensolcher Eingriff vorliegt, können Sie davon ausgehen, dass der Betroffene Schmerzen hat.
- Beobachten Sie das übliche Verhalten des Bewohners, und achten Sie regelmäßig auf Verhaltensänderungen und prüfen Sie es auf Schmerzverhalten, vor allem auch während Aktivitäten.
- Nicht immer ist Schmerzverhalten erkennbar, oder Schmerzen äußern sich in demenztypischem, herausforderndem Verhalten.
- Wenn Sie Schmerzen vermuten, dann geben Sie versuchsweise ein Schmerzmittel (Initialbehandlung).

Die Schmerzeinschätzung sollten Sie nur als ausgebildete Pflegefachkraft anwenden. Grundsätzlich sollte die pflegerische Diagnostik, zu der die Schmerzeinschätzung gehört, durch Pflegefachpersonen erfolgen. Aber natürlich ist es wichtig, dass alle an der Pflege Beteiligten, also auch Hilfskräfte, Angehörige oder andere, ihre Erkenntnisse in den diagnostischen Prozess einbringen. Daher können vor allem schmerzassoziierte Verhaltenseinschätzungen auch gut zu zweit oder dritt im Austausch beziehungsweise gemeinsam genutzt werden.

Die S3-Leitlinie „*Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe*“ (Stand 11. Juli 2017) gibt 62 weitere praxisnahe wie evidenzbasierte Empfehlungen zur Implementation eines zielgruppenspezifischen Schmerzmanagements für die vollstationäre Altenhilfe.

Kernaussagen der Leitlinie

1. Bei jedem Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung soll ein Screening auf mögliche Schmerzen durchgeführt werden.
2. Bei vorhandenem Schmerz (positives Screening) soll sich ein vertieftes Assessment anschließen, dessen Leitkriterium die Schmerzstärke ist. Außerdem sind der Mobilitätsstatus und die Auswirkungen des Schmerzes auf die Funktion zu überprüfen.
3. Eine regelhafte Verlaufserfassung soll durchgeführt werden, um zu prüfen, ob das Schmerzmanagement anzupassen oder weitere Diagnostik erforderlich ist.
4. Ist eine Selbstauskunft zu Schmerzen nicht möglich, soll vor allem geprüft werden, ob der Bewohner potenziell schmerzauslösende Erkrankungen hat und ob schmerztypische Verhaltensweisen auftreten.

Schmerzbehandlung als interdisziplinäre Teamaufgabe

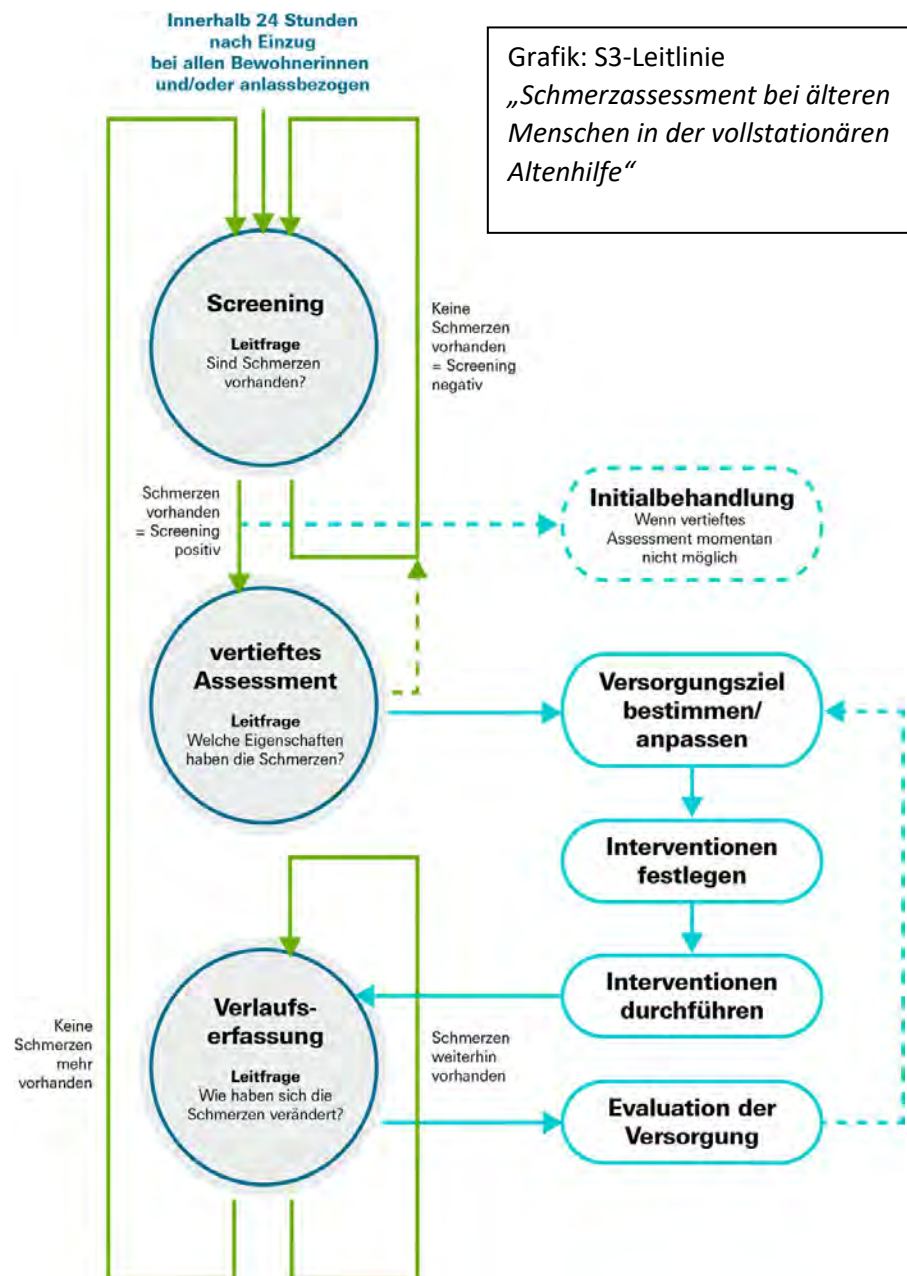
Die wichtigste Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus ausgebildeten Schmerzexperten (Pain Nurse, Algesiologische Fachassistenz), Schmerztherapeuten, Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Angehörigen, Bezugspersonen und dem Bewohner selbst, um gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreichen zu können.

Für eine gute Schmerzeinschätzung braucht es die Gefühlswahrnehmung und Intuition. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit Teamkollegen im Austausch zu bleiben sowie Zeit für die Reflexion freizuräumen.

Durch Erfahrungswerte Einzelner können subjektive Eindrücke gewonnen werden, die durch Erfahrung zu einer messbaren (Schmerz-)Größe und Parameter werden.

Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlseindrücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt. Fallbesprechungen sind daher ein adäquates Mittel für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung. Dazu sollten sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird, und gesundheitliche Veränderungen umgehend mitgeteilt werden.

Autor: Tobias Münzenhofer



Veröffentlichung: CareKonkret 03/2019, Vincentz Altenpflege 12/2019

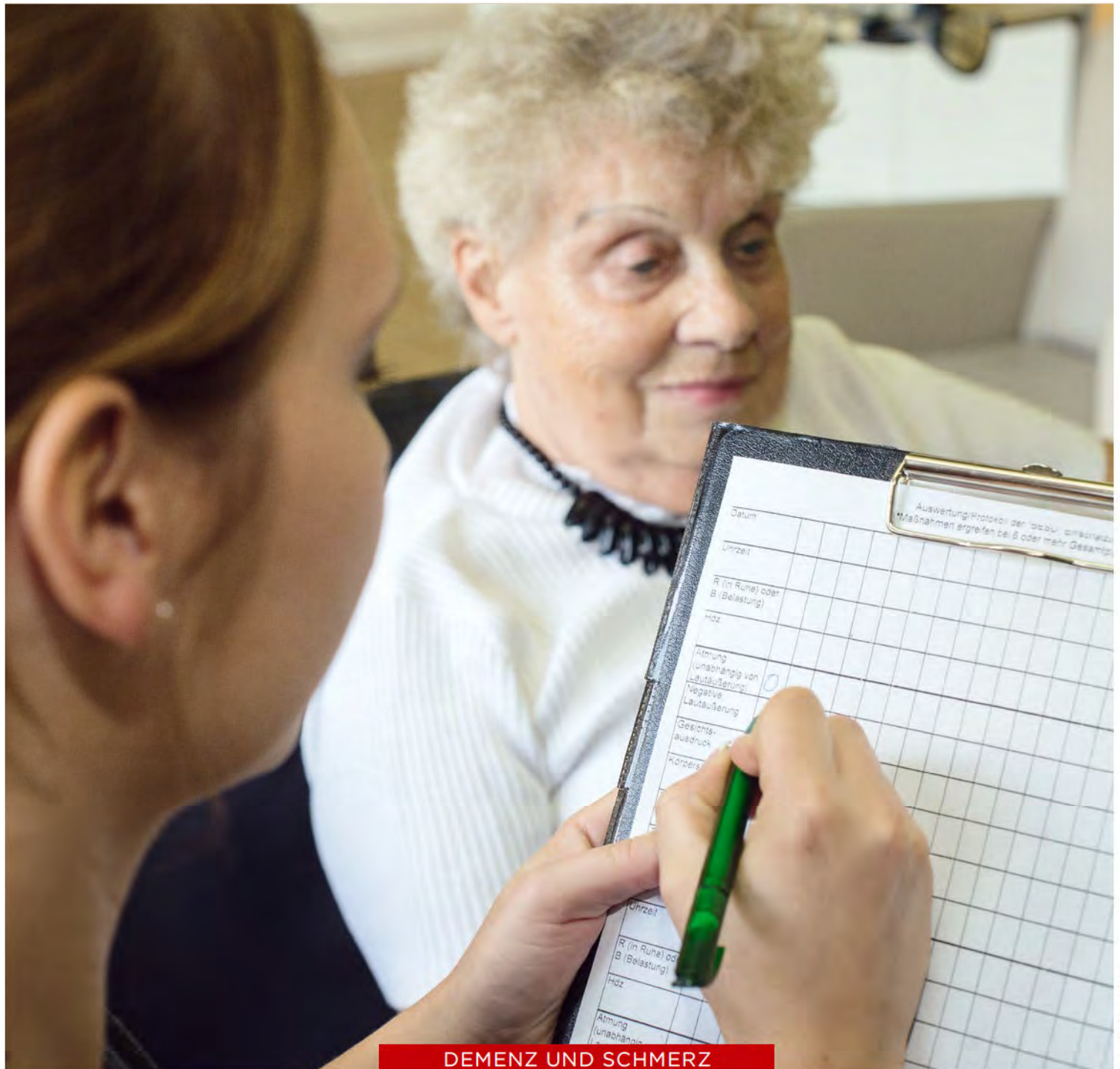


Foto: Werner Krüper

Dem Goldstandard ANNÄHERN

Wer Schmerzen bei Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen einschätzt, benötigt geeignete Instrumente, geübtes Beobachten und guten Austausch.

TEXT: TOBIAS MÜNZENHOFER

Pflege und Begleitung

Der Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ sagt, dass jeder Patient mit chronischen Schmerzen ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhält, das zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder zur Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten Krisen vorbeugt. Doch neuesten Studien zufolge, zeigen 50 Prozent aller Pflegeheimbewohner Schmerzen. Dabei erhalten 20 Prozent der Betroffenen keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

Die Mehrzahl der Menschen mit Demenz zieht im Verlauf der Erkrankung in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Fünf Jahre nach der Diagnose lebt etwa die Hälfte der Betroffenen in einem Heim, nach acht Jahren sind es circa 90 Prozent. Wie erkennt man Schmerzen bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen, wenn es einen Unterschied macht, aus welcher Kultur jemand kommt und ob man nach Schmerzen fragt oder ob es wo wehtut?

Die kognitiven Einschränkungen oder der Verlust der Fähigkeit, sich verbal verständlich zu machen, bedürfen bei demenziell erkrankten Menschen sowie auch im hohen Alter häufig eines anderen Zugangs, um Schmerzen zu beurteilen. Zielgruppenspezifische Schmerzbeobachtungen und Schmerzeinschätzungen sollen hierbei auf lautsprachliche, mimische, verhaltensbedingte und physische Äußerungen der Betroffenen eingehen können.

Als Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung sollte das Team in jedem Fall eine effiziente Schmerzerfassung und ein darauf fußendes Schmerzmanagement leben. Denn mit einem guten Schmerzmanagement verringert sich die Zahl der Bewohner, die unruhig sind und herausforderndes Verhalten zeigen, erheblich.

Schmerzreize werden im Alter eher stumpf wahrgenommen, der Schmerzeintritt erfolgt langsamer. Die Schmerzschwelle, ab der ein Reiz als schmerzvoll wahrgenommen wird, und die Schmerztoleranz, sind je nach Demenzform unterschiedlich ausgeprägt. Ist die persönliche Schmerztoleranz überschritten, wird diese bei Menschen mit kognitiven Störungen weniger durch die körpereigene Hemmung unterdrückt, wodurch eine deutlichere Schmerzmimik im Vergleich gesunder gleichaltriger zu erkennen ist.

Wie Menschen mit Demenz Schmerz erleben

Demenzbetroffene verlieren irgendwann das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie können den Schmerz nicht ihrem Körper, einem Organ oder einer Krankheit zuordnen, zeigen ausgeprägte Mimik und vegetative Symptome. Durch den kognitiven Bedeutungsverlust, was ein Schmerz ist, könnten sie auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend reagieren. Es kann vorkommen, dass sie laut „Aua“ rufen, wenn sie Angst haben, sich einsam fühlen oder zum Beispiel durch eine zu schnelle Bewegung erschrecken. Die Laute und die gemeinten Inhalte verlieren ihre Verbindung.

Allgemein erleben alte Menschen den Schmerz oft als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld und wollen keinem zur Last fallen. Dabei tun sie sich oft schwer damit, erstens Schmerz als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben.

Das Wort Schmerz hat in vielen Sprachen somit unterschiedliche Bedeutungen und ist abhängig von der jeweiligen kulturellen wie religiösen Betrachtungsweise des Schmerzes. Das Phänomen Schmerz ist sprachlich nur schwer definierbar, da eine Vielzahl der Schmerzbegriffe zusätzlich Emotionen beinhalten. Schmerz ist somit nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis. Es ist nicht

Schmerzerfassung – wie und durch wen

Die Schmerzeinschätzung erfolgt entweder durch

- Angehörige/physiologische Messungen
- Verhaltensbeobachtung (BESD, BISAD, Doloplus-2)
- Selbsteinschätzung (NRS, VRS)

Letzteres ist als Goldstandard zu sehen und soweit möglich den anderen Methoden vorzuziehen.

nur der Schmerz, der das Leben bestimmt, sondern es ist auch das Leben, das die Intensität und die Bewertung des Schmerzes definiert. Die englische Krankenschwester Cicely Saunders hat deshalb bereits in den 1960er Jahren das Konzept des völligen Schmerzes oder Leids definiert, das sogenannte Total Pain Konzept. Der „totale Schmerz“ setzt sich demnach aus vier Schmerzformen zusammen: körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz.

Geeignete Instrumente, um Schmerzen zu erfassen

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) wurde entwickelt, um ein für den klinischen Alltag geeignetes Screening-Verfahren zu bieten, um kognitive Defizite festzustellen. Diesem Test nach ergeben sich je nach Punktwert folgende Empfehlungen, welche Schmerzeinschätzung geeignet sein könnte:

Bei der numerischen Rating-Skala (NRS) wird der Patient aufgefordert, seine Schmerzen einer Skala von 0 bis 10 zuzuordnen. Bei kognitiv eingeschränkten Schmerzpatienten reichen die üblichen Schmerz-Assessments »»

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Bewegungsmelder
drahtlos, kompatibel mit fast
allen Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de

Pflege und Begleitung



» wie die NRS oft nicht aus, um Schmerzen erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

Bei der verbalen Rating-Skala (VRS) beschreibt der Patient seine Schmerzintensität als Ausdruck zwischen kein, mäßig, mittelstark, stark, unerträglich (siehe Tabelle nächste Seite).

Die BESD-Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz ist eine deutsche Übersetzung der PAINAD-Scale mit den Beobachtungskategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Tröstung. Bei der Einschätzung eines schmerzassoziierten Verhaltens konnte sich der BESD gegenüber anderer Fremdeinschätzungen wie etwa dem BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) durchsetzen. Dies liegt vor allem daran, dass im Vergleich zu anderen Assessments viele evidenzbasierte Ergebnisse vorliegen und sich diese am besten in unser Gesundheitssystem übertragen lassen. Der BESD gilt unter anderem als am besten geeignet, wenn man den Bewohner in

seinem Verhalten nicht so gut kennt. Um BISAD anwenden zu können, muss der Bewohner und sein übliches Verhalten hingegen gut bekannt sein. Die Pflegefachkraft muss also einschätzen können, wie der Bewohner sich in den vergangenen Tagen verhalten hat. Das kann insbesondere nach einer Aufnahme ins Krankenhaus schwierig sein. In ambulanten Settings ist der Einbezug von Informationen notwendig, die Angehörige geben können, um BISAD sinnvoll zu nutzen.

Als weitere empfohlene Instrumente zur Fremdeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen können der ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment) oder Doloplus-2 aufgezählt werden.

Selbstauskunft als Goldstandard und mögliche Alternativen

Grundsätzlich hat auch bei Menschen mit Demenz die Selbstauskunft zu Schmerzen Vorrang. Die Schmerzselbsteinschätzung sollte somit immer als Goldstandard angesehen werden und gegenüber allen Fremdeinschätzungen bevorzugt oder und parallel angewandt werden.

Ausgeprägteres Schmerzverhalten bei einer Aktivität im Vergleich zur Ruhesituation weist sehr stark auf einen bewegungsabhängigen Schmerz hin. Achten Sie daher systematisch auf Verhaltensänderungen, etwa mittels BESD-Einschätzung. Auch herausfor-

dernde Verhaltensweisen können auf Schmerzen hindeuten.

Sollte keine Selbstauskunft mehr möglich sein, gehen Sie folgendermaßen vor:

- Wenn eine üblicherweise schmerzhafte Erkrankung, Verletzung oder ein ebensolcher Eingriff vorliegen, können Sie davon ausgehen, dass der Betroffene Schmerzen hat.
- Beobachten Sie das übliche Verhalten des Bewohners, und achten Sie regelmäßig auf Verhaltensänderungen, und prüfen Sie es auf Schmerzverhalten, vor allem auch während Aktivitäten.

MEHR ZUM THEMA

Autorenkontakt:

Tel. (0 81 02) 7 27 87 16,
info@

demenzpflege-dozent-muenchen.de,
demenzpflege-dozent-muenchen.de

Die S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ (Stand 11. Juli 2017) gibt 62 weitere praxisnahe wie evidenzbasierte Empfehlungen zur Implementation eines zielgruppenspezifischen Schmerzmanagements für die vollstationäre Altenhilfe.

Lesen Sie dazu auch den Beitrag von Erika Sirsch in

Altenpflege 12.2018 inklusive einer Grafik zum Ablauf eines Schmerzassessments.

Welches Schmerzassessment eignet sich wann?

Mini-Mental-Test Auswertung zur Schwere der Demenz	Hinweis	Empfehlung zum Assessment
30 bis 28 Punkte: keine Demenz		numerische Rating-Skala
27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	25 Prozent der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen	numerische Rating-Skala
24 bis 18 Punkte: leichte Demenz	57 Prozent der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen	numerische Rating-Skala + verbale Rating-Skala
17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz	Goldstandard: Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung	verbale Rating-Skala
Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz	Prüfen, ob kognitiver Bedeutungsverlust vorliegt, was ein Schmerz ist	verbale Rating-Skala + Beurteilung Schmerzen bei Demenz

Je nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung empfehlen sich unterschiedliche Instrumente für ein Schmerzassessment.

Quelle: demenzpflege-dozent-muenchen.de



Demenzbetroffene
benötigen
Pfleger oft
einen anderen
Zugang, um
Schmerz zu
beurteilen.

- Nicht immer ist Schmerzverhalten erkennbar, oder Schmerzen äußern sich in demenztypischem, herausforderndem Verhalten.
- Wenn Sie Schmerzen vermuten, dann geben Sie versuchsweise ein Schmerzmittel (Initialbehandlung).

Die Schmerzeinschätzung sollten Sie nur als ausgebildete Pflegefachkraft anwenden. Grundsätzlich sollte die pflegerische Diagnostik, zu der die Schmerzeinschätzung gehört, durch Pflegefachpersonen erfolgen. Aber natürlich ist es wichtig, dass alle an der Pflege Beteiligten, also auch Hilfskräfte, Angehörige oder andere, ihre Erkenntnisse in den diagnostischen Prozess einbringen. Daher können vor allem schmerzassoziierte Verhaltens einschätzungen auch gut zu zweit oder dritt im Austausch beziehungsweise gemeinsam genutzt werden.

Schmerzbehandlung als interdisziplinäre Teamaufgabe

Die wichtigste Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall aus ausgebildeten Schmerzexperten (Pain Nur-

se, Algesiologische Fachassistenz), Schmerztherapeuten, Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Angehörigen, Bezugspersonen und dem Bewohner selbst, um gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreichen zu können.

Für eine gute Schmerzeinschätzung braucht es die Gefühlswahrnehmung und Intuition. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit Teamkollegen im Austausch zu bleiben sowie Zeit für die Reflexion freizuräumen. Durch Erfahrungswerte Einzelner können subjektive Eindrücke gewonnen werden, die durch Erfahrung zu einer messbaren (Schmerz-)Größe und Parameter werden. Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühlsein-

drücke und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt.

Fallbesprechungen sind daher ein adäquates Mittel für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung. Dazu sollten sich alle Beteiligten darauf verlassen können, dass den Empfehlungen aller gefolgt wird, und gesundheitliche Veränderungen umgehend mitgeteilt werden. ««



Tobias Münzenhofer
Altenpfleger,
Pflegedozent,
Höhenkirchen-
Siegertsbrunn

mega.com
ein deutscher Hersteller für
Funkfinger
kompatibel mit fast allen
Schwesternrufanlagen.
Info unter 04191/9085-0
www.megacom-gmbh.de

HEIME

Zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung bei älteren Menschen mit starken kognitiven Einschränkungen

Schmerzen auch nonverbal erkennen und einschätzen

Demenziell erkrankte Menschen verlieren das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Doch wie lassen sich Schmerzen bei ihnen dann einschätzen? Ein gutes Schmerzmanagement ist dafür essenziell.

Von Tobias Münzenhofer

München // Die kognitiven Einschränkungen oder der Verlust der Fähigkeit, sich verbal verständlich zu machen, bedürfen bei demenziell erkrankten Menschen sowie auch im hohen Alter häufig eines anderen Zugangs zur Beurteilung ihrer Schmerzen. Zielgruppenspezifische Schmerzbeobachtungen und Schmerzeinschätzungen sollen hierbei auf lautsprachliche, mimische, verhaltensbedingte und physische Äußerungen der Klienten eingehen können.

Neuesten Studien zufolge, zeigen 50 Prozent aller Pflegeheimbewohner Schmerzen, dabei erhalten 20 Prozent keine ausreichende medikamentöse sowie nicht-medikamentöse Schmerztherapie. Als Grundlage für eine differenzierte Entscheidungsfindung sollte in jedem Fall eine effiziente Schmerzerfassung und ein darauf fußendes Schmerzmanagement gelebt werden.

Mit einem guten Schmerzmanagement verringert sich die Zahl der Patienten, die unruhig sind und herausforderndes Verhalten zeigen, erheblich. Schmerzreize werden im

Alter eher stumpf wahrgenommen, der Schmerzeintritt erfolgt langsamer. Die Schmerzschwelle, ab der ein Reiz als schmerzvoll wahrgenommen wird, und die Schmerztoleranz sind – je nach Demenzform – unterschiedlich ausgeprägt. Ist die persönliche Schmerztoleranz überschritten, wird diese bei Menschen mit kognitiven Störungen weniger durch die körpereigene Hemmung unterdrückt, wodurch eine deutlichere Schmerz- mimik im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen zu erkennen ist.

Was ist ein Schmerz?

Demenziell erkrankte Menschen verlieren irgendwann das erlernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie können den Schmerz nicht ihrem Körper, einem Organ oder einer Krankheit zuordnen. Sie zeigen ausgeprägte Mimik und vegetative Symptome. Durch den kognitiven Bedeutungsverlust, was ein Schmerz ist, könnten Demenzkranke z. B. auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend darauf reagieren. Es kann vorkommen, dass

sie laut „Aua“ rufen, wenn sie Angst haben, sich einsam fühlen oder z. B. durch eine zu schnelle Bewegung erschrecken. Die Laute und die gemeinten Inhalte verlieren ihre Verbindung. Allgemein erleben alte Menschen den Schmerz oft als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld und wollen keinem zur Last fallen. Dabei tun sie sich oft schwer damit, erstens den Begriff „Schmerz“

als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben.

Schmerz ist nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis. Es ist nicht nur der Schmerz, der das Leben bestimmt, sondern es ist auch das Leben, das die Intensität und die Bewertung des Schmerzes mitbestimmt.

Bei der numerischen Rating-Skala wird der Patient aufgefordert, seine Schmerzen einer Skala von 0-10 zuzuordnen. Bei kognitiv eingeschränkten Schmerzklienten reichen die üblichen Schmerz-Assessments nicht aus, um Schmerzen erfassen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können. Bei der verbalen Rating-Skala beschreibt der Patient seine Schmerzintensität als Ausdruck zwischen „kein, mäßig, mittelstark, stark, unerträglich“. Mit der BESD-Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz wird über 5 Beobachtungskategorien (Atmung, negative Lautäußerungen, Mimik, Körpersprache, Trost) ein schmerzassoziertes Verhalten eingeschätzt. Der BESD konnte sich gegenüber anderer Fremdeinschätzungen durchsetzen. Dies liegt vor allem daran, dass im Vergleich anderer Assessments viele evidenzbasierte Ergebnisse vorliegen und sich diese am besten in unser Gesundheitssystem übertragen lassen. Der BESD gilt unter anderem als am

besten geeignet, wenn man den Patienten in seinem Verhalten nicht so gut kennt. Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) wurde zur Feststellung kognitiver Defizite entwickelt. Je nach MMST-Screening kann folgende Schmerzeinschätzung empfohlen werden (siehe Tabelle).

Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist die vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Idealfall zwischen Pflege-Schmerzexperten, Schmerztherapeuten, Fachärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und dem Schmerz betroffenen selbst, um gemeinsam eine Strategie für mehr Lebensqualität erreichen zu können. Für eine gute Schmerzeinschätzung braucht es die Gefühls- und Intuition. Dies verlangt Erfahrung, Selbstbewusstsein und die Bereitschaft, mit Teamkollegen im Austausch zu bleiben. Durch Erfahrungswerte Einzelner können subjektive Eindrücke gewonnen werden, die durch Erfahrung zu einer messbaren (Schmerz-) Größe werden. Durch Konsens und Austausch im Team werden unsere subjektiven Sinneswahrnehmungen, Gefühls- und Erfahrungswerte zu einem Bild zusammengefügt.

■ Der Autor ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter.

WANN NIMMT MAN WELCHE SKALA?

Mini-Mental-Test Auswertung	Hinweis	Empfehlung zum Assessment
30 bis 28 Punkte: keine Demenz		numerische Rating-Skala
27 bis 25 Punkte: leichte kognitive Beeinträchtigung	25 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala
24 bis 18 Punkte: leichte Demenz	57 % der Patienten können die numerische Rating-Skala nicht mehr nutzen.	numerische Rating-Skala + verbale Rating-Skala
17 bis 10 Punkte: mittelschwere Demenz	Goldstandard: Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung	verbale Rating-Skala
Weniger als 9 Punkte: schwere Demenz	Prüfen, ob kognitiver Bedeutungsverlust vorliegt, was ein Schmerz ist.	verbale Rating-Skala + Beurteilung Schmerzen bei Demenz

© 2019 demenzpflege-dozent-muenchen.de; Tobias Münzenhofer

Führen in der Altenhilfe

Werkzeugkoffer für Wohnbereichsleitungen

Altenpflege
Vorsprung durch Wissen

Vom Kollegen zum Vorgesetzten. Für alle Wohnbereichsleitungen, die den Rollentausch meistern müssen oder nach längerer Tätigkeit neue Impulse zum Thema Führung suchen:

Dieses Handbuch bietet Orientierung, praxisnahe Werkzeuge und Lösungsvorschläge. Zum Einstieg, zur Führungsrolle, zum eigenen Rollenverständnis, zu Führungstechniken.

Dr. Mercedes Stiller, Frank von Pablocki
Führen in der Altenhilfe
Werkzeugkoffer für die Wohnbereichsleitung
2019, 132 Seiten, kart.,
26,80 €, Best.-Nr. 20854

Besuchen Sie uns auf der
ALTE PFLEGE Halle 7 · Stand D45

VINCENTZ

Vincentz Network
T +49 511 9910-033
F +49 511 9910-029
buecherdienst@vincentz.net
www.altenpflege-online.net/shop

Ermittlungen gegen Diakonie-Heimleiter

Heimleiter soll Geld veruntreut haben

Oldenburg // Die Staatsanwaltschaft Oldenburg hat den ehemaligen Leiter eines Alten- und Pflegeheims der Diakonie in Brake (Niedersachsen) wegen des Verdachts der gewerbsmäßigen Untreue in 41 Fällen angeklagt. Der Beschuldigte soll zwischen November 2012 und September 2017 insgesamt 217 500 Euro vom Heimkonto abgehoben und für sich verwendet haben.

Das teilte die Staatsanwaltschaft Oldenburg am Montag vergangener Woche mit. Das Amtsgericht Brake müsse nun über die Eröffnung des Hauptverfahrens entscheiden. Der Mann habe über seinen Verteidiger

angekündigt, die Taten vor Gericht gestehen zu wollen, erklärte die Staatsanwaltschaft. Im Fall einer Verurteilung droht ihm eine Freiheitsstrafe. Anschuldigungen wegen früherer Abhebungen wurden fallen gelassen, da diese Taten bereits verjährt sind. Die Diakonie im Oldenburger Land begrüßte die Anklage. Die Missstände seien damals im Braker Christopherus-Haus selbst aufgefallen, sagte Sprecher Frerk Hinrichs. Der Heimleiter habe daraufhin die Einrichtung auf eigenen Wunsch verlassen: „Wir sind froh, dass der Fall jetzt gründlich aufgearbeitet werden kann.“ (epd)

27-10-2018 FÜHRUNGSKRÄFTE VS. ROLLENVERSTÄNDNIS EXPERTENSTANDARD

„BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI MENSCHEN MIT DEMENZ“

IST DAS THEMA DEMENZ PRIMÄR FÜHRUNGSAUFGABE?

Der DNQP Expertenstandard Beziehungspflege bei Menschen mit Demenz sorgt bis dato für großes Aufsehen.

Bei ´MENSCHEN mit demenz´ werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen. Durch Beziehungsgestaltung kann dem ´MENSCHEN mit demenz´ hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich.

Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von ´MENSCHEN mit demenz´ Lebensqualität bildet und beeinflusst.

Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen ´MENSCHEN mit demenz´ und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden.

Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung werden im Rahmen des 21. Netzwerk-Workshops am 22. März 2019 in Osnabrück vorgestellt.

Wenn man über diesen Expertenstandard spricht, können sich die Gesprächsinhalte innerhalb der einzelnen Professionen unterscheiden.

Führungskräfte:

„Haltung, das machen wir schon gut.“

„Es geht jetzt darum, wie man dies so umsetzt, sodass die Prüfbehörden zufrieden sind.“

„Habe in der Einrichtung viel Arbeit liegen lassen um heute zu erfahren, wie die konkrete Umsetzung für die nächsten Tagen aussehen soll.“

Pflegende, Therapeuten:

"Mich als Pfleger würde es interessieren was die Soziale Betreuung genau macht"

"Woher nehme ich die Zeit für eine Verstehenshypothese und Fallgespräch?"

"Wie finde ich wieder Sinn in meiner Arbeit?"

"Was brauche ich nun um während der Funktionspflege auch die Beziehung gestalten und fördern zu können?"

Diese und ähnliche Eindrücke machen deutlich, dass neben dem Pflege- und Therapeuten-Team, insbesondere sich auch Führungskräfte in einem „Ohnmachtsgefühl“ befinden.

Dieses Gefühl von Hilflosigkeit und subjektiv empfundene mangelnde Einflussmöglichkeiten zur Umsetzung dieses Standards geht oft mit Angst, Wut und Frustration einher.

Für die Umsetzung dieses Standards kann es daher sinnvoll sein, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten und erst dann für jede Profession Arbeitspakete zu entwickeln.

Ja, und es stimmt – keine Institution fängt bei dem Thema „Demenz“ bei Null an.

Vor allem auch deshalb nicht, da uns das Thema doch schon Jahrzehnte lang beschäftigt und sich dabei stetig entwickelt hat. Ein reflektierter Blick von außen kann dennoch nicht schaden, vor allem auch, weil wir alle das Phänomen der "selektiven Wahrnehmung" kennen.

Schuster, bleib bei deinen Leisten. Jede Profession hat seine Aufgaben.

In diesem Standard ist erstmals gut beschrieben, was Führungsverantwortung bedeuten kann und geht auf die jeweiligen Aufgaben und Arbeitspakete differenziert ein, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind.

Führungskräfte sollten bezüglich der Umsetzung nicht glauben müssen, sie seien „alleinverantwortlich“ und sich diesen Druck aussetzen.

Für Führungskräfte stellt es eine Entlastung dar, wenn sie auf die Fachlichkeit ihres Pflege- und Therapeutenteams so vertrauen können, dass diese selbstständig in Anleitung eigene Lösungen suchen.

Die Implementierung von 'Demenzbeauftragten' hat sich in unterschiedlichsten Institutionen bewährt und kann sich refinanzieren.

Führungskräfte stärken den Pflegenden den Rücken, wirken teamunterstützend und schaffen Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, dass Mitarbeiter in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet werden können.

Führungskräfte wissen, dass Führung darauf abzielt, dass Pflegenden das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können.

Führungskräfte wie Pflegenden sollten die Freiheit haben gestalten zu dürfen.

Dies benötigt Zeit und ist ein fortdauernder interdisziplinärer Teamprozess.

Persönlich finde ich hierzu das Kaizen-Modell als sehr veranschaulichend.

Kaizen bedeutet die schrittweise Verbesserung und Perfektionierung von Prozessen. Dabei ist Kaizen genau wie das Qualitätsmanagement nicht als einmaliges Projekt durchführbar, sondern eine Unternehmensphilosophie, die von einem Unternehmen gelebt werden muss, um erfolgreich sein zu können.

Im Kern des Kaizen-Ansatzes stehen die Mitarbeiter und die Teamarbeit, in deren Rahmen kleine Gruppen sogenannte Qualitätszirkel bilden und regelmäßig alle Prozesse und Abläufe analysieren, diskutieren und optimieren.

"Haltung" kann man nicht anordnen. Die Entwicklung erfolgt sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“.

Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die „Dokumentation“ gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen.

Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben. Auch wird keine Prüfbehörde Qualität oder gar Haltung in eine Institution hineinprüfen.

Es muss verdeutlicht werden, dass sich dieser Expertenstandard von anderen unterscheidet – es geht hier nicht um die Einführung von z. B. einem Wundmanagement.

"Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten." (Müller-Hergl)

Dieser Expertenstandard geht zunächst auch nicht von den Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege aus, sondern stellt das Bedürfnis und den Bedarf von Menschen mit Demenz nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und die Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt, indem durch individuelle Interaktions- und Kommunikationsangebote ein Beitrag zur Beziehungsgestaltung und damit der Lebensqualität von Menschen mit Demenz geleistet wird.

Dieser Unterschied erfordert es, dass auch Führungskräfte daran interessiert sind, sich Wissen und Kompetenz zu Demenz anzueignen.

Nur somit kann eine Führungskraft selbst Beziehungen gestalten und die hierfür notwendige „Haltung“ leben wie auch vorleben.

Es sollte verstanden werden, dass hierzu Geduld wie auch Ausdauer gefragt ist, damit „Haltung“ in der Einrichtung wachsen kann und mit Freude und Lebendigkeit wahrgenommen wird.

Eine offene Fehlerkultur und Kommunikation sollte gefördert und gelebt werden.

Dies dient nicht nur der „Haltung“ sondern ist auch wichtigster Baustein zur Gewaltprävention.

Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen.

Für eine person-zentrierte Haltung und letztlich die Umsetzung dieses Standards braucht es die ganze Institution als Einheit, die an etwas Gemeinsames glaubt und sich dieses Ziel der person-zentrierten Beziehungspflege auf die Qualitätsfahne schreibt.

Neben der Personal- und Organisationsentwicklung sollte die eigene Persönlichkeit stets linear mitentwickelt werden.

Für die Entwicklung einer person-zentrierten Pflege ist es somit notwendig, dass Führungskräfte die Bereitschaft zeigen, sich mit ihrer eigenen Rolle zu diesem Thema beschäftigen zu wollen.

Supervisionen, Coachings und kollegiale Fallberatungen werden in diesem Expertenstandard nicht umsonst als wichtige Teammaßnahme erachtet.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich der Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen.

Die fünf Handlungsebenen des Expertenstandards und die strukturellen Qualitätskriterien der Organisationsverantwortung:

(Quelle: Entwurf zur Veröffentlichung - DNQP Expertenstandard Beziehungsgestaltung Menschen mit Demenz)

1. Einschätzung Erfassungs- und Einschätzungsebene bei Haltung und Kompetenz

Die Einrichtung (Führungskraft) fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

2. Planung von beziehungsfördernden Maßnahmen

Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.

3. Beratung, Anleitung, Information und Schulung

Die Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen zur Verfügung.

4. Durchführung von beziehungsfördernden Maßnahmen

Die Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte, beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.

5. Evaluation durch Beobachtung und Austausch

Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können.

Eine gute Strategie kann es sein, sich all die Dinge anzusehen, die bereits in der Institution als gut wahrgenommen werden. Wie genau haben sie das bei all den Herausforderungen geschafft? Was hat uns dabei motiviert?

Eine lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise, Pflegende wie auch Führungskräfte gemeinsam abzuholen und für etwas Neues zu begeistern, zeigt sich in einer In-House-Teamschulung als besonders erfolgversprechend.

Teamschulungen unterstützen die Teams dabei, sich gemeinsam in der jeweiligen Verantwortung für das Gelingen ihrer eigenen Arbeit und die des Teams zu sehen, eine Betrachtungsweise, die in der aktuellen Situation der Einrichtungen erfolgsentscheidend sein kann.

Zusätzlich binden Teamschulungen die Mitarbeiter nicht nur aneinander, sondern auch an die Praxis. Gleichzeitig motivieren sie das Team auf ganzer Linie und regen es dazu an seine Leistung zu steigern.

Wenn Sie die Weiterbildungen im ganzen Team durchführen, stärken Sie nicht nur eine einzelne Person, sondern alle.

So bündeln Sie die einzelnen Stärken und machen Ihr Team unschlagbar.

Es führt zu einem gestärkten Wir-Gefühl, welches eine positive Außenwirkung hat. Dies steigert die Gruppendynamik und sorgt für einen besseren Workflow als Team.

Der Expertenstandard als Instrument zur Teamentwicklung.





Die Software für Soziale Dienstleister

Pflege Management

Die Zeitung für Führungskräfte
in der mobilen und stationären Pflege

3. Jahrgang
Februar/März 2019

NEU!

Pflege NEWSLETTER
Management

Erhalten Sie jede Ausgabe digital und kostenlos!
Jetzt anmelden unter:
bit.ly/newsletterpm

Mehr Info auf Seite 15

Aus dem Inhalt

Allgegenwärtiger Tod Seite 1–3
Im Durchschnitt stirbt in einer Pflegeeinrichtung jede Woche ein Mensch. Sensibilität und besondere Aufmerksamkeit sind gefragt – auch für die Pfleger.

Internationale Ausbildung Seite 5–6
Fachkräftemangel im Inland, Arbeitssuchende im Ausland: Ein wegweisendes Pilotprojekt der DKV bringt in der Ausbildung beide Interessen zusammen.

Etablierte Leitmesse Seite 9–10
Rund 700 Aussteller präsentieren sich in diesem Jahr vom 2. bis 4. April in Nürnberg auf der ALTENPFLEGE, der Leitmesse der Pflegewirtschaft. Das Schwerpunkt-Thema Fuhrpark steht im Fokus.



Bank für Sozialwirtschaft



Vertrauen Sie unserer Expertise.
Zum Beispiel bei Bauvorhaben, Bewertung von Pflegeimmobilien, Investitionen, Factoring oder Leasing.

Sprechen Sie mit uns. Wir haben die Lösung.
Telefon 0221 97356-0 | www.sozialbank.de

Die Bank für Wesentliches



Pfleger müssen nicht nur mit dem Leben umgehen können, sondern auch mit dem Tod. Unser Titelbild symbolisiert die täglichen Herausforderungen an Pflegerinnen und Pfleger, die zum Schluss in eine ganz besondere Herausforderung münden: den täglichen Umgang mit dem Tod in der Einrichtung. Das Foto ist eine eindrucksvolle Fotomontage, entstanden in der Pflegeeinrichtung der Arbeiterwohlfahrt Bergheim-Kenten.

► Fortsetzung auf Seite 2

Gastkommentar

Demenz als primäre Führungsaufgabe

Von Tobias Münzenhofer, staatlich anerkannter Altenpfleger, gerontopsychiatrischer Pflegefachdozent, Praxisanleiter, Trainer und algesiologische Fachassistenz

Der Expertenstandard Beziehungspflege bei Menschen mit Demenz des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sorgt bis dato für großes Aufsehen.

Wenn man über diesen Expertenstandard spricht, können sich die Gesprächsinhalte innerhalb der einzelnen Professionen unterscheiden. Dies macht deutlich, dass sich neben dem Pflege- und Therapeutenteam insbesondere auch Führungskräfte in einem „Ohnmachtsgefühl“ befinden. Dieses Gefühl von Hilflosigkeit und subjektiv empfundener man-

gelnder Einflussmöglichkeiten zur Umsetzung dieses Standards gehen oft mit Angst, Wut und Frustration einher. Für die Umsetzung dieses Standards kann es daher sinnvoll sein, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten und erst dann für jede Profession Arbeitspakete zu entwickeln. Ja, und es stimmt – keine Institution fängt bei dem Thema „Demenz“ bei Null an.



Vor allem auch deshalb nicht, da uns das Thema doch schon jahrzehntelang beschäftigt und sich dabei stetig entwickelt hat. Ein reflektierter Blick von außen kann dennoch nicht schaden, vor allem auch, weil wir alle das Phänomen der „selektiven Wahrnehmung“ kennen. Schuster, bleib bei deinen Leisten. Jede Profession hat hierbei ihre Aufgaben. In diesem Standard ist erstmals gut beschrieben, was Führungsverant-

wortung bedeuten kann, und er geht auf die jeweiligen Aufgaben und Arbeitspakete differenziert ein, die für ein personenzentriertes Arbeitsfeld notwendig sind. Führungskräfte sollten bezüglich der Umsetzung nicht glauben müssen, sie seien „alleinverantwortlich“ und sich diesem Druck aussetzen. Für Führungskräfte stellt es eine Entlastung dar, wenn sie auf die Fachlichkeit ihres Pflege- und Therapeutenteams so vertrauen können, dass diese selbstständig in Anleitung eigene Lösungen suchen.

► Fortsetzung auf Seite 2

► Fortsetzung von Seite 1

... „Das auszuhalten, ist schwer“

Es ist eine von 60 beeindruckenden Fotomontagen aus Einrichtungen im äußersten Westen der Bundesrepublik, bei der AWO Rhein-Erft-Kreis/Euskirchen, der Franziskusheim gGmbH/Franziskus-Akademie (Geilenkirchen/Kreis Heinsberg), dem Lambertus Pflegeheim

(Hückelhoven/Kreis Heinsberg) und dem Städtischen Senioren- und Behindertenzentrum Köln-Mülheim der Sozialbetriebe der Stadt Köln, SBK. In einer großartigen Fotoausstellung zusammengeführt, gibt sie einen ungeschminkten Blick frei auf die

► Fortsetzung von Seite 1

... Demenz als primäre Führungsaufgabe

Die Implementierung von „Demenzbeauftragten“ hat sich in unterschiedlichsten Institutionen bewährt und kann sich refinanzieren. Führungskräfte stärken den Pflegenden den Rücken, wirken teamunterstützend und schaffen Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet werden können. Führungskräfte wissen, dass Führung darauf abzielt, dass Pflegende das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können. Führungskräfte wie Pflegende sollten die Freiheit haben, gestalten zu dürfen. Dies benötigt Zeit und ist ein fort-dauernder interdisziplinärer Teamprozess.

„Haltung“ kann man nicht anordnen oder erzwingen. Die Entwicklung erfolgt sowohl von „oben nach unten“ als auch von „unten nach oben“.

Bedingt durch die vorhandenen Ressourcen, tägliche Herausforderungen und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vorschnell nach Lösungen vor allem für die „Dokumentation“ gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen. Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer auf Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben. Auch wird keine Prüfbehörde Qualität oder gar Haltung in eine Institution hineinprüfen.

„Ein auf Funktionalität, Risikomanagement und Haftungsvermeidung ausgerichtetes Pflegemanagement gefährdet das Person-Sein der Betroffenen und reduziert sie zu sicher versorgten Objekten.“ (Müller-Hergl)

Dieser Expertenstandard geht zunächst nicht von den Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege aus, sondern stellt das Bedürfnis und den Bedarf von Menschen mit Demenz nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und die Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt, indem durch individuelle Interaktions- und Kommunikationsangebote ein Beitrag zur Beziehungsgestaltung und damit der Lebensqualität von

„MENSCHEN mit Demenz“ geleistet wird. Dieser Unterschied erfordert es, dass auch Führungskräfte daran interessiert sind, sich Wissen und Kompetenz zu Demenz anzueignen. Für die Entwicklung einer personenzentrierten Pflege ist es somit notwendig, dass Führungskräfte die Bereitschaft zeigen, sich mit ihrer eigenen Rolle zu diesem Thema beschäftigen zu wollen. Nur so kann eine Führungskraft selbst Beziehungen gestalten und die hierfür notwendige „Haltung“ vorleben.

Es sollte verstanden werden, dass hierzu Geduld wie auch Ausdauer gefragt sind, damit „Haltung“ in der Einrichtung wachsen kann und mit Freude und Lebendigkeit wahrgenommen wird. Eine offene Fehlerkultur und Kommunikation sollten gefördert und gelebt werden.

Nur wer selbst personenzentriert behandelt wird, kann auch personenzentriert pflegen. Für eine personenzentrierte Haltung und letztlich die Umsetzung dieses Standards braucht es die gesamte Institution als Einheit, die an etwas Gemeinsames glaubt und sich dieses Ziel der personenzentrierten Beziehungspflege auf die Qualitätsfahne schreibt.

Neben der Personal- und Organisationsentwicklung sollte die eigene Persönlichkeit stets linear mitentwickelt werden.

Supervisionen, Coachings und kollegiale Fallberatungen werden in diesem Expertenstandard nicht umsonst als wichtige Teammaßnahme erachtet.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich der Standard im Wesentlichen den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen.

Eine lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise, Pflegende wie auch Führungskräfte gemeinsam in ihrem Arbeitsumfeld abzuholen und für etwas Neues zu begeistern, zeigt sich in Teamschulungen als besonders erfolgversprechend. Definieren Sie Teilkonzepte als Arbeitspakete und lassen Sie hierzu die jeweiligen Professionen vorerst selbst nach Lösungen suchen.

Der Expertenstandard dient als Instrument zur Teamentwicklung und Entwicklung einer gemeinsamen Haltung im Umgang mit Demenz. ♦

Komplexität, die Zwänge, aber auch die schönen, unvergesslichen Momente und Erlebnisse in der Pflege.

„Die Würde des Menschen ist unantastbar?!“ ist der Titel der Ausstellung, die „Stars“ der Fotos sind Heimbewohnerinnen und Heimbewohner, Pflegerinnen und Pfleger. „Wir haben zuvor in Ethik-Seminaren überlegt, welche Themen gibt es denn zum Thema Sterben, zum Thema Intimsphäre, zum Thema Freiheit und Sicherheit“, erläutert Initiator Stefan Knor auf Youtube das Projekt. „Was ich möchte, ist, dass die Menschen sich mit den Bildern auseinandersetzen, sich auch einmal selber hinterfragen, jetzt gerade Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie gehe ich mit meinen Bewohnern um, die mir anvertraut sind?“ Stefan Knor hat Katholische Theologie und Philosophie studiert. In den „Sonntagmorgen-Begegnungen“ von „Kirche im SWR“ wird er eingeführt mit den Worten: „Stefan Knor ist vieles: Altenpfleger, Sterbegleiter, Theologe. Aber vor allem ist er Lichtkünstler. Er taucht Kirchen in neues Licht, lässt Wasser über Altäre fließen und verhängt mit Stoffbahnen gewohnte Räume. Stefan Knor schafft es so, dass Menschen Kirchen neu entdecken. Und seine Installationen verwandeln Kirchen in ganz Deutschland und darüber hinaus in neue Räume des Glaubens und Lebens. Räume, die für alle offen sind.“

Abschied am Grab

„Wir haben Pflegerinnen und Pfleger, die begleiten unsere Heimbewohner bis zur Beerdigung ans Grab“, berichtet Wolfgang Schilling, Geschäftsführer der



„Wir haben Pflegerinnen und Pfleger, die begleiten unsere Heimbewohner bis zur Beerdigung ans Grab. Das ist ein wichtiger Prozess, um Abschied zu nehmen und einen Abschluss zu finden.“

Wolfgang Schilling, Geschäftsführer der AWO-Seniorenzentren im Rhein-Erft-Kreis.



„Wir brauchen Menschen, die die sterbenden Menschen angemessen in den letzten Tagen ihres Lebens begleiten. Das muss besser abgesichert werden.“

Wilfried Wesemann, Geschäftsführer der Betheler Altenhilfe in der Region Bielefeld/Ostwestfalen.

AWO-Seniorenzentren im Rhein-Erft-Kreis. „Das ist ein wichtiger Prozess, um Abschied zu nehmen und einen Abschluss zu finden.“ Denn auch das Sterben gehört zum Alltag in einer Pflegeeinrichtung. Nach einer Analyse in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe im Evangelischen Johanneswerk e. V. sank dort die durchschnittliche Verweildauer zwar schwankend, aber stetig von rund 32 Monaten im Jahr 2007 auf 27 Monate im August 2014. Auch wenn die Verweildauern aktuell wieder leicht angestiegen sind, deutet der langfristige Trend unverändert auf eine weitere Verkürzung der Über-

lebenszeiträume hin. „In einigen Einrichtungen vergehen durchschnittlich bereits heute weniger als 24 Monate zwischen Einzug und Versterben“, so der Autor der Studie, Dr. Gero Techtmann. Besonders hoch sei dabei die Sterblichkeit kurz nach dem Einzug: „Mehr als ein Drittel der Pflegebedürftigen ist bereits nach einem halben Jahr verstorben.“

Techtmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Alters-Institut gGmbH, einer Tochtergesellschaft des Evangelischen Johanneswerks. Das Alters-Institut forscht und entwickelt rund um die Versorgung alter Menschen mit Hilfebe-

Editorial

Masse und Klasse

Von Christian Eckl, Chefredakteur

So mancher Pfleger begleitet seinen Schutzbefohlenen buchstäblich bis ans Grab. Das zu hören, hat mich tief beeindruckt. Obwohl es eigentlich auch selbstverständlich sein sollte. Ist es aber nicht und kann es vor dem Hintergrund des derzeitigen Personalnotstandes in der Pflege auch gar nicht sein. Bedauerlicherweise.



Im Idealfall bauen Pfleger und Pflegebedürftiger im Laufe der Zeit eine persönliche Beziehung zueinander auf. Und trotz der knapp bemessenen Pflegezeiten geschieht das auch immer wieder. Denn glücklicherweise findet sich unter den Pflegern nach wie vor eine beträchtliche Anzahl von Idealisten, die in ihrer Aufgabe nicht nur einen Versorgungsjob sehen. Indem sie den Pflegebedürftigen mit viel Wärme und Zuneigung bis zum Tod und sogar darüber hinaus begleiten, beweisen sie menschliche Klasse.

Doch das wird im System nicht honoriert. Dabei kann sich eine solche Honorierung zwangsläufig nicht nur in finanzieller Vergütung ausdrücken. Viel wichtiger wäre Unterstützung und Entlastung in der Palliativbegleitung. Denn das hautnahe Miterleben des Sterbens ist auch für den Pfleger ein psychischer Ausnahmezustand, der häufig leider schon zum Alltag geworden ist. Das kann man niemandem anlasten. Wir beobachten hier ganz einfach einen Trend der Zeit. Die Statistik zeigt, dass alte Menschen immer später in eine Pflegeein-

richtung kommen, weil sie immer länger selbstbestimmt zu Hause leben wollen. Sind sie dann im Pflegeheim, ist ihre Verweildauer in der Einrichtung in der Regel kürzer, weil auch deren Lebenszeit schon deutlich näher an ihr Ende gerückt ist. So vergeht in vielen Einrichtungen kaum eine Woche, in der nicht ein Bewohner stirbt. Die Wertschätzung für die aufopfernde Begleitung dieser letzten Lebenszeiten lässt sich am besten zeigen, wenn man den Pflegern in der Palliativversorgung mehr personelle Unterstützung an die Seite stellt. Dann wären sie weniger alleine und können sich auch einmal eine Auszeit vom wöchentlichen Sterben nehmen.

Wir brauchen in den Einrichtungen mehr finanzielle Mittel für zusätzliche Kräfte in der palliativen Versorgung. Damit nicht irgendwann der Pflegebedürftige den Pfleger an sein Grab begleitet. ♦

Ihr Christian Eckl

QM PRAXIS

Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, Teil 1

Das Aufgabenfeld der Führungskraft

Der Expertenstandard Demenz besagt, dass Beziehungsgestaltung an Demenz erkrankten Menschen Lebensqualität gibt. Welche Rolle Führungspersonen im Erfüllen dieser Aufgabe innehaben, erklärt Autor Tobias Münzenhofer in einer zweiteiligen Artikelserie.

Von Tobias Münzenhofer

Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität bilden und beeinflussen. Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen demenziell erkrankten Menschen und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden. Wenn man über diesen Expertenstandard spricht, können sich die Gesprächsinhalte innerhalb der einzelnen Professionen unterscheiden.

Dies macht deutlich, dass neben dem Pflege- und Therapeuten-Team, insbesondere sich auch Führungskräfte in einem „Ohnmachtsgefühl“ befinden. Dieses Gefühl von Hilflosigkeit und subjektiv empfundene mangelnde Einflussmöglichkeiten zur Umsetzung dieses Standards geht oft mit Angst, Wut und Frustration einher. Für die Umsetzung dieses Standards kann es daher sinnvoll sein, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Entlastungsmöglichkeiten zu erarbeiten und erst dann für jede Profession Arbeitspakete zu entwickeln. Keine Institution fängt bei dem Thema Demenz bei Null an. Vor

allem auch deshalb nicht, weil uns das Thema doch schon Jahrzehnte lang beschäftigt und sich dabei stetig entwickelt hat. Ein reflektierter Blick von außen kann dennoch nicht schaden, vor allem auch, weil wir alle das Phänomen der „selektiven Wahrnehmung“ kennen. „Schuster, bleib bei deinen Leisten.“ Jede Profession hat ihre Aufgaben.

Fachlichkeit des Teams vertrauen

Der Expertenstandard beschreibt erstmals, was Führungsverantwortung bedeuten kann, und geht auf die jeweiligen Aufgaben und Arbeitspakete differenziert ein, die für ein person-zentriertes Arbeitsfeld notwendig sind. Führungskräfte sollten bezüglich der Umsetzung nicht glauben müssen, sie seien „alleinverantwortlich“ und sich diesem Druck aussetzen. Für Führungskräfte stellt es eine Entlastung dar, wenn sie auf die Fachlichkeit ihres Pflege- und Therapeuten-Teams so vertrauen können, dass diese selbstständig in Anleitung eigene Lösungen suchen.

Die Implementierung von „Demenzbeauftragten“ hat sich in unterschiedlichsten Institutionen bewährt und kann sich refinanzieren.

Führungskräfte stärken den Pflegenden den Rücken, wirken teamunterstützend und schaffen Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, dass Mitarbeiter in Abhängigkeit ihrer Erfahrung zur Selbststeuerung und Selbstverantwortung angeleitet werden können.

Eigene Philosophie entwickeln

Führungskräfte wissen, dass Führung darauf abzielt, dass Pflegendes das tun können, was fachlich wichtig und erforderlich ist, damit sie ihre Arbeit als sinnvoll und erfreulich erleben können. Führungskräfte wie Pflegendes sollten außerdem die Freiheit haben, gestalten zu dürfen. Dies benötigt Zeit und ist ein fortdauernder interdisziplinärer Teamprozess.

Persönlich empfinde ich hierzu das Kaizen-Modell als sehr veranschaulichend. Kaizen ist eher eine Unternehmensphilosophie, die von einem Unternehmen gelebt werden muss, um erfolgreich sein zu können. Im Kern des Kaizen-Ansatzes stehen die Mitarbeiter und die Teamarbeit, in deren Rahmen kleine Gruppen sogenannte Qualitätszirkel bilden und regelmäßig alle Prozesse und Abläufe analysieren, diskutieren und optimie-



Beziehungsgestaltung ist im Expertenstandard Demenz zentral.

Foto: Werner Krüper

ren. „Haltung“ kann man nicht anordnen oder erzwingen. Die Entwicklung erfolgt in beide Richtungen: sowohl von „oben nach unten“ wie auch von „unten nach oben“.

Bedingt der vorhandenen Ressourcen, täglicher Herausforderung und Erwartungshaltungen wird seitens der Führungskräfte meist vornehmlich nach Lösungen, vor allem für die Dokumentation, gesucht, welche die Führungskräfte, Prüfbehörden, Träger und Management zufriedenstellen sollen. Es muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich

Einrichtungen, aber auch Aufsichts- und Kontrollbehörden von einer von Sauberkeit, Ordnung und Kontrolle geprägten Pflegekultur zu lösen haben. Auch wird keine Prüfbehörde Qualität oder gar Haltung in eine Institution hineinprüfbar.

■ Autor Tobias Münzenhofer ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter
info@demenzpflege-dozentenmuenchen.de

Ratgeber

Die Ernährung bei Demenzerkrankung

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALZG) erklärt im neuen Ratgeber „Ernährung in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz“, wie Angehörige und Pflegendes die richtige Ernährung der zu Pflegenden sicherstellen.

Die Broschüre erscheint bereits in der zehnten Auflage. Besonders in den Kapiteln „Behandelbare Störungen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme“ sowie „Versorgung mit einer Magensonde (PEG)“ wurde sie überarbeitet, so die DALZG. Menschen mit einer Demenz lehnten mitunter Speisen und Getränke ab, die sie früher gerne mochten. Außerdem falle es ihnen schwer, mit Messer und Gabel zu essen, zudem seien Schluckbeschwerden und Gewichtsverlust häufige Symptome. Ursachen können laut des Ratgebers körperliche Einschränkungen sein, aber auch Veränderungen im Geschmacksempfinden oder in der Wahrnehmung der angebotenen Speisen. Die Broschüre soll helfen, das Verhalten der Erkrankten besser zu verstehen, eine gute Ernährung sicherzustellen und eine entspannte, genussvolle Atmosphäre beim Essen zu ermöglichen, erklärt die Alzheimer Gesellschaft. Weitere Themen des Ratgebers sind unter anderem „Behandelbare Störungen bei der Nahrungsaufnahme“ sowie „Geeignete Speisen und Getränke“. (ck)

■ Den Ratgeber gibt es kostenpflichtig bei der DALZG:
shop.deutsche-alzheimer.de

Gemeinsamer Fachtag Berlin und Brandenburg

Für weniger Bürokratie in der Pflege

Potsdam // Auf einer gemeinsamen Fachtagung der Länder Berlin und Brandenburg haben 150 Teilnehmer diskutiert, wie das „Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation“ flächendeckend etabliert und in der Pflegeausbildung verankert werden kann. Das 2015 eingeführte Modell soll die Pflegedokumentation reduzieren und Pflegekräfte entlasten. So soll mehr Zeit für die eigentliche Pflege geschaffen werden. Zahlreiche Pflegeeinrichtungen wenden das Strukturmodell bereits an, der Einsatz ist aber nicht verpflichtend.

„Pflegende kommen an Grenzen“

Unter den Teilnehmenden befanden sich auch Vertreter der Landespolitik. Berlins Gesundheitsministerin Dilek Kolat (SPD) erklärte zum Vorhaben: „Pflegerinnen und Pfleger haben in ihrem Beruf vielfältige Aufgaben, die sie zeitlich oft an ihre Grenzen bringen. Die wichtigste Aufgabe ist dabei aber der Kontakt und die Betreuung der pflegebedürftigen Menschen.“ Es müsse das Ziel sein, so die Senatorin, dass diese gerade für die pflegebedürftigen wichtige Zeit nicht durch Bürokratieaufgaben verkürzt wird. Deshalb begrüße sie die Einführung des Modells und hoffe, dass es bald in allen Berliner und Brandenburger Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird.

Das Land Brandenburg vertrat Sozialministerin Susanna Karawanskij (Die Linke). Ähnlich wie Senatorin Kolat wünsche auch sie sich eine

fortschreitende Entbürokratisierung. „Die Pflegedokumentation ist eine wichtige Grundlage für eine bedarfsgerechte und sichere Pflege Dokumentation ist aber kein Selbstzweck“, erklärte die Ministerin. Die Pflegedokumentation sei in den vergangenen Jahren in vielen Pflegeeinrichtungen regelrecht ausgeüfert. „Ein Grund dafür ist unter anderem die Angst, bei den Pflege-Qualitätsprüfungen sonst schlechter abzuschneiden“, so die Linke-Politikerin. Man sehe aber, dass es zu einer übermäßigen Belastung der Beschäftigten führe. Das sei der Grund, warum die Politik sich dafür einsetze, die Dokumentation in der Pflege wieder auf das „tatsächlich erforderliche Maß“ zu reduzieren. „Gut ausgebildete Pflegekräfte sollen in erster Linie ausreichend Zeit für die zu pflegenden Menschen haben. Eine Entbürokratisierung wird die Pflegeberufe attraktiver machen und gleichzeitig entlasten“, schlussfolgerte die Ministerin.

Im Auftrag des Bundes

Initiatorin der Strategie um das Strukturmodell war Elisabeth Beikirch, die es als „Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege“ von 2011 bis 2014 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums entwickelte. Obwohl das Modell bereits 2015 bundesweit eingeführt wurde, arbeiten viele Pflegeeinrichtungen noch nicht danach. In Berlin und Brandenburg sollen Kooperationsgremien beispielsweise mit Fachtagungen für eine weitere Verbreitung sorgen. (ck)

HP Widerspruch

eine Dienstleistung von RICHTER RECHTSANWÄLTE

LEISTUNGEN DER HÄUSLICHEN KRANKENPFLEGE ABGELEHNT, TEILGENEHMIGT ODER BEFRISTET?

Legen Sie jetzt Widerspruch ein auf www.hp-widerspruch.de

SO FUNKTIONIERT ES

- #### ZUSENDEN DER UNTERLAGEN

Sie schicken uns Ihre Unterlagen per Fax, per Post oder Sie geben die Daten online auf www.hp-widerspruch.de ein.
- #### WIR PRÜFEN IHRE UNTERLAGEN

Innerhalb eines Werktages informieren wir Sie, ob ein Widerspruch empfehlenswert ist.
- #### WIR LEGEN WIDERSPRUCH EIN

Rechtsanwalt Prof. Richter und sein Team legen Widerspruch für Sie ein. Im Erfolgsfall übernimmt die Krankenkasse die Kosten.

Ein Service von **RICHTER RECHTSANWÄLTE**
vertreten durch Herrn Rechtsanwalt Prof. Ronald Richter
Mönckebergstraße 17, 20095 Hamburg
widerspruch@richter-rae.de

in Kooperation mit

Häusliche Pflege
PFLEGESCHNITTE BESSER MANAGEN

VINCENTZ

QM PRAXIS

Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“, Teil 2

Eine Frage der Haltung

Die Beziehungsgestaltung steht im neuen Expertenstandard Demenz im Mittelpunkt. Die Umsetzung benötigt eine gewisse „Haltung“. Diese sollten auch Führungskräfte entwickeln und sie für das gesamte Team vorleben, erklärt Experte Tobias Münzenhofer.



„Beziehungsgestaltung“ – Führungskräfte sollen sie vorleben.

Foto: Jörn Neumann

Von Tobias Münzenhofer

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) geht zunächst nicht von den Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege aus, sondern stellt das Bedürfnis und den Bedarf Betroffener, nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und die Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt. Das funktioniert, indem individuelle Interaktions- und

Kommunikationsangebote zur Beziehungsgestaltung die Lebensqualität von Menschen mit Demenz erhöhen. Dieser Unterschied erfordert es, dass auch Führungskräfte daran interessiert sind, sich Wissen und Kompetenz zu Demenz anzueignen. Nur so kann eine Führungskraft selbst Beziehungen gestalten und die hierfür notwendige „Haltung“ leben wie auch vorleben. Es sollte verstanden werden, dass hierzu sowohl Geduld als auch Ausdauer gefragt sind, damit die „Haltung“ in der Einrichtung wachsen kann und mit Freude und Lebendigkeit wahrgenommen wird.

Eine offene Fehlerkultur und Kommunikation sollten gefördert und gelebt werden. Dies dient nicht nur der „Haltung“, sondern ist auch wichtigster Baustein zur Gewaltprävention. Nur wer selbst person-zentriert behandelt wird, kann auch person-zentriert pflegen. Für eine person-zentrierte Haltung und letztlich die Umsetzung dieses Standards braucht es die gesamte Institution als Einheit, die an etwas Gemeinsames glaubt und sich dieses Ziel der person-zentrierten Beziehungspflege auf die Qualitätsfahne schreibt.

Leitung sollte Initiative zeigen

Neben der Personal- und Organisationsentwicklung sollte die eigene Persönlichkeit stets linear mitentwickelt werden. Für die Entwicklung einer person-zentrierten Pflege ist es somit notwendig, dass Führungskräfte die Bereitschaft zeigen, sich mit ihrer eigenen Rolle zu diesem Thema beschäftigen zu wollen. Supervisionen, Coachings und kollegiale Fallberatungen werden in diesem Expertenstandard nicht umsonst als wichtige Teammaßnahme erachtet.

Da Beziehung nicht wirklich standardisiert sein kann, wendet sich der

Standard den persönlichen, professionellen und institutionellen Rahmenbedingungen zu, welche die Wahrscheinlichkeit einer gelingenden Beziehungsgestaltung erhöhen. Die fünf Handlungsebenen des Expertenstandards und die strukturellen Qualitätskriterien der Organisationsverantwortung (Quelle: DNQP):

Erfassungs- und Einschätzungsebene bei Haltung und Kompetenz: Die Einrichtung (Führungskraft) fördert und unterstützt eine person-zentrierte Haltung für eine die Beziehung fördernde und gestaltende Pflege von Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen und sorgt für eine person-zentrierte Pflegeorganisation.

Planung von beziehungsfördernden Maßnahmen: Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflege von Menschen mit Demenz auf Basis eines person-zentrierten Konzepts gestaltet wird und verfügt über eine interdisziplinäre Verfahrensregelung, in der die Zuständigkeiten für beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote definiert sind.

Beratung, Anleitung, Information und Haltung: Einrichtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für individuelle Information, Anleitung und Beratung von Angehörigen und stellt zielgruppenspezifische Materialien über beziehungsfördernde Maßnahmen zur Verfügung.

Durchführung von beziehungsfördernden Maßnahmen: Die Ein-

richtung (Führungskraft) schafft Rahmenbedingungen für person-zentrierte und beziehungsfördernde Angebote und sorgt für einen qualifikationsgemäßen Kenntnisstand aller an der Pflege Beteiligten.

Evaluation durch Beobachtung und Austausch: Die Einrichtung (Führungskraft) stellt sicher, dass die Pflegefachkraft sowie andere an der Pflege Beteiligte ihre Beziehungsgestaltung zu den Menschen mit Demenz reflektieren können. Eine lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise, Pflegenden wie auch Führungskräfte gemeinsam abzuholen und für etwas Neues zu begeistern, zeigt sich in einer In-House-Teamschulung als besonders erfolgversprechend. Definieren Sie Teilkonzepte als Arbeitspakete und lassen Sie diese von einzelnen Gruppen der Professionen selbst erarbeiten. Teamschulungen unterstützen die Teams dabei, sich gemeinsam in der jeweiligen Verantwortung für das Gelingen ihrer Arbeit und des Teams zu sehen, eine Betrachtungsweise, die in der aktuellen Situation der Einrichtungen erfolgsscheidend sein kann. Es entsteht eine gemeinsame Ideologie und Haltung

■ Autor Tobias Münzenhofer ist Altenpfleger, Fachpfleger für Gerontopsychiatrie sowie Dozent und Praxisanleiter info@demenzpflege-dozenten-muenchen.de

Psychotherapie

Mit Arbeit am Lebenslauf zum Erfolg

Emmendingen // Wenn alte Menschen depressiv oder dement werden, helfen nur noch Medikamente, lautete lange ein Vorurteil. Inzwischen zeigen Studien, dass Psychotherapie auch bei Menschen über 65 Jahre gut wirkt. Aber es mangelt an Fachärzten für Gerontopsychiatrie.

Der Evangelische Pressedienst (epd) hat dazu Michael Hüll befragt, Professor und Chefarzt an der Klinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie in Emmendingen bei Freiburg. Er erläutert, worauf es bei der Behandlung von depressiven und dementen alten Menschen ankommt.

Was ist bei der psychiatrischen Behandlung von alten Menschen zu beachten?

Alte Menschen haben schon viel erlebt. Sie haben eine lange Biografie mit vielfältigen Erfahrungen und auch erworbenen Kompetenzen. Sie sind damit gegenüber dem Therapeuten auch oft kritischer. Bei der Therapie müssen diese Erfahrungen und Erkenntnisse berücksichtigt und ernst genommen werden.

Welche psychotherapeutischen Verfahren werden bei alten Menschen vor allem angewendet?

Zunächst gibt es Studien, die zeigen, dass Psychotherapie bei Menschen, die depressiv und älter als 65 Jahren sind, sogar mitunter besser wirkt als bei jungen Menschen. Dabei steht sicher die Verhaltens- und Gesprächstherapie im Vordergrund. Dazu gehört auch die Arbeit am Lebenslauf, wenn es zum Beispiel Verlust-erleb-

nisse durch den Tod des Partners oder eines nahen Angehörigen gegeben hat. Auch Traumata aus der Kindheit oder Kriegserlebnisse, die lange verdrängt wurden, müssen mitunter bearbeitet werden. Bei Demenz

// Traumata müssen bearbeitet werden. //

Prof. Michael Hüll

kann der Verlauf der Erkrankung durch Medikamente verzögert werden. Dann geht es vor allem darum, durch kompetente Pflege und Betreuung die Lebensqualität der Menschen zu erhalten.

Warum gibt es in Deutschland so wenige niedergelassene Gerontopsychiater?

Dafür gibt es verschiedene Gründe: Für junge Menschen im Studium, die Arzt werden wollen, ist in der Ausbildung die Arbeit mit alten Menschen weit weg. Dann gibt es vielleicht eine Hemmschwelle, einen Menschen psychotherapeutisch zu behandeln, der 40 oder 50 Jahre älter ist und viel Lebenserfahrung hat. Ich stelle aber auch fest, dass Alterspsychiater gerne im Team arbeiten. Daher findet man sie meist in den Kliniken. Aber natürlich ist es wünschenswert, dass mehr junge Psychiater in ihrer Ausbildung erleben, dass die Behandlung älterer Menschen wirksam ist und das Engagement in die ambulante Versorgung tragen. (epd)



ALTEN PFLEGE
Die Leitmesse 2019



NETZWERK ZUKUNFT – MENSCH. TECHNIK. PFLEGE.

Welche Themen und Trends bewegen die Pflege?
Finden Sie Antworten – auf der ALTENPFLEGE 2019 in Nürnberg.

Erleben Sie Mobilitätslösungen für ein effizientes Fuhrparkmanagement.
Testen Sie E-Fahrzeuge und E-Bikes auf der Teststrecke und informieren Sie sich in kostenlosen Vorträgen zu den Themen Kosteneinsparung, Tourenplanung sowie Schadensmanagement und E-Mobilität.

WIE VERÄNDERT SICH DER WACHSTUMSMARKT „WOHNEN IM ALTER“?
Werfen Sie einen Blick in unser komplett ausgestattetes Service Wohnen-Apartment und erleben Sie die Vision eines zukunftsorientierten Wohnumfelds – in der Sonderschau Universal Rooms.

FACHAUSSTELLUNGEN

HECKMANN

UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE

www.altenpflege-messe.de



VINCENTZ



22-06-2020 (Aktualisiert)

Ein bewusster und kritisch hinterfragter Umgang mit Psychopharmaka in der Altersmedizin.

Indikation „Unruhe“ - Wir alle tragen die Verantwortung!

Liegt ein bewusster und kritisch hinterfragter Umgang mit Psychopharmaka in der Altersmedizin allein bei den Fachärzten oder auch bei den Pflegefachkräften?

Aktuell zeigen viele Studien auf, dass Psychopharmaka nicht immer den Leitlinien entsprechend verordnet werden, sondern auch verabreicht.

Der bpa weißt am 30.10.2018 die Vorwürfe gegen Pflegefachkräfte entschieden zurück:

"Behauptungen, Pflegebedürftige würden mit Medikamenten traktiert, um Zeit zu sparen, sind falsch und unsinnig. Die Pflegeheime beziehungsweise deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verordnen keine Medikamente. Das Ausstellen von Rezepten obliegt ausschließlich den Ärzten. In den Heimen wird strikt nach den vorgegebenen Medikationsplänen ausgereicht.

„Abweichendes wird nicht geduldet“, erklärt Meurer, der selbst drei Pflegeheime betreibt.

Obwohl antipsychotische Medikamente im Einsatz gegen herausforderndes Verhalten wenig Wirkung zeigen und alle Leitlinien angesichts riskanter Nebenwirkungen nicht-pharmakologische Möglichkeiten empfehlen, erhalten etwa 50% aller Heimbewohner mit Demenz weiterhin eben diese Medikamente. Bekannt ist, dass diese Medikamente in über 80% der Fälle abgesetzt werden können, ohne dass das herausfordernde Verhalten wiederkommt.

Aus einer Studie ging die Anregung für Neuverschreibungen von Psychopharmaka in der Regel von Pflegenden aus (65,8%), gefolgt von Betreuern (39,5%) und Hausärzten (23,7%) – Mehrfachnennungen möglich. Hauptgründe für die Verschreibung bildeten weiterhin bestehende oder neu auftretende Agitiertheit und Aggression. Andere Gründe (z.B. Umherlaufen, Apathie, abweichende Motorik) wurden nur je einmal genannt.

Pflegefachkräfte sollten, um sich nicht selbst in ihrer Fachlichkeit zu degradieren, diese Fachkompetenz nicht alleine den Ärzten überlassen.

Psychopharmaka als ärztlich angeordnete Bedarfsmedikation steht den Pflegekräften überwiegend mit der Indikation "Unruhe" nach eigener pflegefachlicher Einschätzung zur Verfügung. Was die Bedarfsmedikation betrifft, wird diese, doch zumeist "laut" von den Pflegefachkräften verordnet?

In der Pflegedokumentation könnte sich z. B. dann dieser isolierte Eintrag finden:

„Bewohner ist unruhig, schreit. Tavor gegeben.“

Nur was versteht die verantwortliche Pflegefachkraft unter der Indikation "Unruhe" und ab wann besteht dann der konkrete Bedarfsfall zu diesen sedierenden Medikamenten?

Jede Pflegefachkraft beurteilt dies aus ihrem eigenen subjektiven Ermessen und vorliegenden zumeist schwierigen Rahmenbedingungen. Der Einsatz von Psychopharmaka variiert stark aus der Erfahrung und Kompetenz der einzelnen Pflegefachkräfte sowie auch vom ganzen Team und Einrichtung. Die Entwicklung einer „Haltung“ ist auch hier großes Thema, was alle betrifft.



Thema ist auch, dass Pflegefachkräfte je nach Institution den Einsatz solcher Medikamente kurzfristig alleine entscheiden müssen. Diese Verantwortung, ständig zwischen Freiheitsrechten, Autonomie und körperlicher Unversehrtheit entscheiden zu müssen, kann vor allem für reflektierte und einfühlsame Pflegefachkräfte sehr belastend sein und zur beruflichen Selbstaufgabe führen.

Diese Belastung und „Gewissenskonflikte“ professionell Pflegender könne nicht allein ihre Aufgabe sein.

Trotz alledem stehen wir ALLE für einen kritisch hinterfragten und bewussten Einsatz von Psychopharmaka in der Verantwortung. Wir sollten jetzt damit anfangen zusammen zu arbeiten und nicht, wie in den letzten Pressemeldungen behauptet, uns gegenseitig die Schuld zuschieben.

Pflegefachkräfte tragen hierzu die Durchführungsverantwortung, der Arzt die Anordnungsverantwortung und die Einrichtung die Organisationsverantwortung.

Die Verabreichung von Psychopharmaka kann nur mit dem Hintergrund einer therapeutischen Heilbehandlung / Heilzweck erfolgen und steht immer für das Ultima ratio.

Ein konkret definierter Heilzweck ist Rechtfertigungsgrund für den Einsatz sedierender Medikamente die in ihrer Wirkung die körperliche wie auch geistige Integrität beeinflussen bzw. das Verhalten und die Bewegung dämpfen.

Eine freiheitsentziehende Zielsetzung liegt dann nicht vor, wenn die Unterbindung des Bewegungsbedürfnisses eine Nebenwirkung eines angstdämpfenden therapeutischen Zweckes darstellt, weil ein subjektives Leiden der Betroffenen gezielt unterbunden werden soll.

Der bewusste Einsatz von Psychopharmaka hat somit die Absicht einen gegenwärtigen, anhaltenden subjektiven Leidensdruck zu reduzieren, der sich bei psychosozialen Interventionen nicht mehr reduzieren lässt.

Eine freiheitsentziehende Medikation liegt jedenfalls dann im Sinne des §1906 Abs. 4 BGB vor, wenn der Klient durch Medikamente gezielt in die Lage versetzt wird, keinen aktuellen natürlichen Fortbewegungswillen bilden zu können, den er ohne Medikation bilden könnte.

Zwang mithilfe von Psychopharmaka dürfe nur in Situationen angewendet werden, in denen Klienten in ihrer Selbstbestimmung so stark eingeschränkt sind, dass sie keine freiverantwortliche Entscheidung mehr treffen können.

Der konkrete Umgang mit diesen Problemen und die Praxis der Anwendung von Zwang lösen in der medizinischen Versorgung und in Pflegeinstitutionen immer wieder Diskussionen aus.

In der Konsequenz drängt der Ethikrat in seiner Stellungnahme vom 1.11.2018 auf „beharrliche Überzeugungsarbeit“, falls ein Klient erforderliche Maßnahmen ablehnt. Dagegen sei der freie Wille eines voll selbstbestimmungsfähigen Klienten auch dann zu respektieren, wenn ihm „erhebliche Risiken für Leib und Leben drohen“.

Der präventive Einsatz von Psychopharmaka, der darauf abzielt, dass der Betroffene geplante wiederkehrende Pflegemaßnahmen wie z. B. das Duschen zulässt, stellt i. d. R. immer eine Zwangsmaßnahme dar und Bedarf zu jeder Anwendung stets der richterlichen Genehmigung und Einverständnis des Betreuers bzw. Bevollmächtigten.

Pflegekompetenz ist auch, solche ärztlichen Anordnungen, ohne richterlicher Genehmigung kritisch zu hinterfragen. Die Durchführungsverantwortung und das Delegationsverweigerungsrecht liegt bei den Pflegefachkräften.



Bei der vorliegenden Behandlung von Symptomen der Ängstlichkeit steht der subjektive Leidensdruck der Betroffenen im Vordergrund, eine Ruhigstellung ist nicht unmittelbar bezweckt, sondern allenfalls eine in Kauf genommene Nebenwirkung.

Hierbei muss kritisch abgewägt werden ob die in Kauf genommenen Nebenwirkungen und die (geistige/körperliche Integrität, erhöhte Mortalität, Sturzgefahr etc..) noch im Verhältnis der gewünschten Wirkung stehen.

Ein medikamentöser Freiheitsentzug muss neben den Zulässigkeitsvoraussetzungen des 1906/1904 BGB auch die allgemeinen Voraussetzungen einer medizinischen Behandlung erfüllen.

Sie bedarf immer einer ärztlichen konkreten wie nachvollziehbaren Indikation und regelmäßig der wirksamen Zustimmung des Betroffenen oder seines Vertreters nach Aufklärung.

Wie sich ein interventionsbedürftiger Leidensdruck konkret zeigt der den Einsatz von Psychopharmaka rechtfertigt und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen vorab versucht werden müssen, sollte von jedem Mitarbeiter der Institution und Angehörigen bekannt und klar definiert sein.

Dieser Prozess muss für alle Beteiligten nachvollziehbar dokumentiert sein.

Die Indikation "Unruhe" reicht hier nicht und kann eher so verstanden werden, dass die Pflegefachkraft in der konkreten Anwendung einen Handlungsspielraum innerhalb ihrer Kompetenzen nutzen muss.

Die seitens im Expertenstandard „Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz“ beschriebene Verstehenshypothese ermöglicht es, für alle nachvollziehbar herauszufinden, welches Bedürfnis dem Leidensdruck zugrunde liegen könnte und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen dem Einsatz von Psychopharmaka vorzuziehen sind.

Ein bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell (NDB-Modell oder Serial-Trial-Intervention) könnte hierzu eine gute Hilfestellung geben.

Die allgemein gültigen Regeln für den Einsatz von Psychopharmaka:

1. Beschreiben und dokumentieren Sie psychische Symptome möglichst konkret.
2. Suchen Sie dem Verhalten zugrundeliegenden Ursachen.
3. Versuchen Sie vorerst nicht-medikamentöse Interventionen und Therapien.
4. Stellen Sie die Symptome im Rahmen einer Fallberatung vor.
5. Wägen Sie ab ob das „Herausfordernde Verhalten“ noch einen Leidensdruck für den Klienten darstellt.
6. Klären Sie mit allen Beteiligten die überwiegende Intervention (Notwehr, Aggression, Unruhe, Leidensdruck) der nun beabsichtigten Medikamentengabe (Indikation, Dosis, Häufigkeit).
7. Informieren Sie sich über erwünschte und unerwünschte Wirkungen des Medikaments und berücksichtigen Sie diese in der Verlaufsbeobachtung und Dokumentation.
8. Beobachten Sie den Klienten regelmäßig hinsichtlich möglicher medikamentöser unerwünschter Nebenwirkungen.
9. Geben Sie Medikamente genügend Zeit für den Wirkungseintritt
10. Nutzen Sie Ihren Handlungsspielraum, wenn der behandelnde Arzt eine Bedarfsgabe anordnet.
11. Achten Sie darauf, dass das Psychopharmaka tatsächlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt.



12. Hinterfragen Sie gemeinsam mit dem behandelnden Arzt regelmäßig, mindestens jedes Quartal, die Notwendigkeit der Weitergabe des Psychopharmaka und prüfen Sie Alternativen.

Fachärzte sollten auf die psychopathologischen Beschreibungen der Pflegefachkräfte vertrauen können um z. B. die Differenzialdiagnose einer Demenz, Depression, Delir, Pseudodemenz, Minderbegabung, Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung u. ä. stellen zu können.

Fachärzte sollten in ihrer Delegations- und Anordnungsverantwortung darauf vertrauen können, dass die Organisation und Pflegefachkräfte nach neuestem wissenschaftlichem Stand handeln.

Nur so gelingt neben den psychosozialen Interventionen auch eine gezielte medikamentöse (Begleit)-Therapie.

Bei 'MENSCHEN mit demenz' werden Gefühle der Sicherheit und Geborgenheit erschüttert, aufgrund von Unsicherheiten, erlebter Bedrohung und Trennungssituationen.

Durch Beziehungsgestaltung kann dem 'MENSCHEN mit demenz' hier begegnet werden; die empfundene Lebensqualität verbessert sich. Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von 'MENSCHEN mit demenz' Lebensqualität bildet und beeinflusst.

Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen 'MENSCHEN mit demenz' und allen daran beteiligten Personen erhalten und gefördert werden.

Der Einsatz von Psychopharmaka kann durch Beziehungsgestaltung die auf Haltung und einer interdisziplinären Verstehenshypothese basiert, erheblich reduziert werden, was v. a. in der Pflegefachkompetenz liegt.

Die Organisation bzw. Führungskraft sorgt für die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen. (siehe hierzu den Beitrag: "IST DAS THEMA DEMENZ PRIMÄR FÜHRUNGSAUFGABE?")

Die psychiatrischen Erkrankungen nehmen in Pflegeheimen noch weiter zu, die Anforderungen steigen.

Es wird in naher Zukunft mehr spezifische Fachlichkeit und mehr Personal für die Begleitung psychiatrischer Erkrankungen gebraucht werden. Hierzu gibt es bereits Zahlen.

Schon längst werden Pflegeheime als die „Schattenpsychiatrien“ betitelt, nur mit dem Unterschied, dass in klinischen Psychiatrien die Rahmenbedingungen für das gleiche Klientel angepasst sind.

Der deutsche Ethikrat und der DNQP Expertenstandard „Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz sieht kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen als verbindlich an, um Symptome und Verlauf gerontopsychiatrischer Erkrankungen verstehen und einordnen zu können.

Durch finanzielle oder rechtliche Instrumente lässt sich der Einsatz von Psychopharmaka nicht aus der Welt schaffen, dies soll auch als politisch-gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Ebene.

Indikation „Unruhe“ - Wir alle tragen die Verantwortung!

Hier ist noch nicht alles getan. Lasst es uns gemeinsam angehen!



Fürbittengebet aus dem Regelwerk der Geriatriischen Pharmazie



Quelle: Aerts, L., Cations, M., Brodaty, H., et al. (2019). Why prescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 1572-1581

Tobias Münzenhofer

HEIME

Psychopharmaka kritisch hinterfragen

Kompetenzen im Umgang mit „Unruhe“ einbringen

Laut Innovationsreport 2018 der Techniker Krankenkasse werden demenziell erkrankte Versicherte häufig ausschließlich mit Antipsychotika „ruhiggestellt“. Experte Tobias Münzenhofer fordert Fachkräfte auf, im Umgang mit Psychopharmaka selbstbewusst eigene Fähigkeiten einzubringen und Alternativen abzuwägen.

Von Tobias Münzenhofer

München // Liegt ein bewusster und kritisch hinterfragter Umgang mit Psychopharmaka in der Altersmedizin allein in der Verantwortung des Facharztes oder auch bei der Pflegefachkraft? Sollen Pflegefachkräfte, um sich nicht selbst in ihrer Fachlichkeit zu degradieren, die eigene Fachkompetenz und die der Fachärzte und Angehörigen bündeln? Psychopharmaka als ärztlich angeordnete Bedarfsmedikation steht den Pflegekräften überwiegend mit der Indikation „Unruhe“, nach eigenem pflegfachlicher Ermessen zur Verfügung. Was die Bedarfsmedikation betrifft, wird diese doch zumeist auch „laut“ von den Pflegefachkräften verordnet? In der Pflegedokumentation könnte sich dann zum Beispiel dieser isolierte Eintrag finden: „Bewohner ist unruhig, schreit. Tavor gegeben.“

Der konkrete Bedarfsfall variiert stark aus eigenem subjektivem Ermessen, Erfahrung und Kompetenz der jeweiligen Pflegefachkraft sowie auch vom ganzen Team und Einrichtung.

Die Entwicklung einer „Haltung“ ist auch hier ein großes Thema, das alle betrifft. Eine Pflegefachkraft bestimmt den Bedarfsfall zumeist selbst. Diese Verantwortung, ständig zwischen Freiheitsrechten, Autonomie und körperlicher Unversehrtheit entscheiden zu müssen, kann vor allem für reflektierte und einfühlsame Pflegefachkräfte sehr belastend sein und unter anderem zur beruflichen Selbstaufgabe führen. Pflegefachkräfte tragen hierzu die Durchführungsverantwortung, der Arzt die Anordnungsverantwortung und die Einrichtung die Organisationsverantwortung. Die Verabreichung von Psychopharmaka kann nur mit dem Hintergrund einer therapeutischen Heilbehandlung/Heilzweck erfolgen und steht immer für das Ultima Ratio.

Wann gezielt sedieren?

Ein konkret definierter Heilzweck, also eine Indikation, ist ein Rechtfertigungsgrund für den Einsatz sedierender Medikamente, die in ihrer Wirkung oder Nebenwirkung die körperliche wie auch geistige Integ-

rität beeinflussen beziehungsweise das Verhalten und die Bewegung dämpfen.

Eine freiheitsentziehende Zielsetzung liegt dann nicht vor, wenn die Unterbindung des Bewegungsbedürfnisses eine Nebenwirkung eines angstdämpfenden therapeutischen Zweckes darstellt, weil ein subjektives Leiden der Betroffenen gezielt unterbunden werden soll. Der bewusste Einsatz von Psychopharmaka hat somit die Absicht einen gegenwärtigen, anhaltenden subjektiven Leidensdruck zu reduzieren, der sich bei psychosozialen Interventionen nicht mehr reduzieren lässt.

Eine freiheitsentziehende Medikation liegt jedenfalls dann im Sinne des §1906 Abs. 4 BGB vor, wenn der Klient durch Medikamente gezielt in die Lage versetzt wird, keinen aktuellen natürlichen Fortbewegungswillen bilden zu können, den er ohne Medikation bilden könnte. Pflegekompetenz ist auch, solche ärztlichen Anordnungen ohne richterliche Genehmigung kritisch zu hinterfragen. Die Durchführungsverantwortung und das Delegationsverweigerungs-

recht liegt bei den Pflegefachkräften. Bei der vorliegenden Behandlung von Symptomen wie der Ängstlichkeit steht der subjektive Leidensdruck der Betroffenen im Vordergrund, eine Ruhigstellung ist nicht unmittelbar bezweckt, sondern allenfalls eine in Kauf genommene Nebenwirkung.

Wie sich ein interventionsbedürftiger Leidensdruck, der den Einsatz von Psychopharmaka rechtfertigt, konkret zeigt und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen vorab versucht werden müssen, sollte jedem Mitarbeiter der Institution und Angehörigen bekannt und klar definiert sein. Zudem müssen Maßnahmen für variierende Verhaltensweisen mit-eingeplant werden. Die Indikation „Unruhe“ reicht hier nicht und bedeutet eher, dass die Pflegefachkraft in der konkreten Anwendung einen Handlungsspielraum innerhalb ihrer Kompetenzen nutzen muss.

Hilfe durch Expertenstandards

Die seitens des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung bei Menschen mit Demenz“ beschriebene Verstehenshypothese ermöglicht es, für alle nachvollziehbar herauszufinden, welches Bedürfnis dem Leidensdruck zugrunde liegen könnte und welche nicht-medikamentösen Maßnahmen dem Einsatz von Psychopharmaka vorzuziehen sind.

Fachärzte sollten auf die psychopathologischen Beschreibungen der Pflegefachkräfte vertrauen können um beispielsweise die Differenzialdiagnose einer Demenz, Depression, Pseudodemenz, Minderbegabung, Angststörung, posttraumatischen Belastungsstörung, eines Delirs und ähnlichem stellen zu können.

Fortbilden und Wissen auffrischen

Der deutsche Ethikrat und der DNQP-Expertenstandard Demenz sehen kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen als verbindlich an, um Symptome und Verlauf gerontopsychiatrischer Erkrankungen verstehen und einordnen zu können. Der Einsatz von Psychopharmaka kann so erheblich reduziert werden, was vor allem an der Pflegefachkompetenz und deren Ressourcen liegt. Durch finanzielle oder rechtliche Instrumente lässt sich der Einsatz von Psychopharmaka nicht aus der Welt schaffen. Dies sollte auch als politisch-gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden.

■ Der Autor ist Altenpfleger und Gerontopsychiatrische Fachkraft im Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität in München und arbeitet zudem als Dozent, Coach und Alzsiologische Fachassistenz.

**Pflegenotstand - nicht mit uns !**

Die Vispero GmbH ist ein Vermittler zwischen Fachkräfte suchenden Unternehmen der Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern und Pflegefachkräften aus den ehemaligen Jugoslawischen Staaten.

Sie organisiert und unterstützt den gesamten Vermittlungsprozess beginnend mit den ersten Gesprächen zur Klärung der Unternehmensvorstellungen, über die Bewerbungsvorstellung bis zur Arbeitsaufnahme in Deutschland und verbleibt als Ansprechpartner für die Pflegefachkräfte bis zu deren gesamtheitlichen Integration.

Ihre Vorteile:

- eine kurzfristige Vorstellung von einer größeren Anzahl von Pflegefachkräften in Belgrad
- zum gegenseitigen Kennenlernen eine mehrtägige Hospitation in Ihrem Unternehmen
- Unterstützung der ausgesuchten Pflegefachkräfte im Visa-Verfahren vor Ort
- Initiierung des Anerkennungsverfahrens im jeweiligen Bundesland zur Feststellung der Gleichwertigkeit der Berufsausbildung
- Organisation und Begleitung der Einreise nach Deutschland bis zur Arbeitsaufnahme

Rekrutierungsprozess-Darstellung für Arbeitgeber

- Vorauswahl durch Vispero GmbH
- Selektion durch Kunden vor Ort Bewerbungsgespräche
- Hospitation
- Entscheidung AG & AN
- Einstellungszusage
- Visaverfahren & Anerkennungsprozess
- Anreise und Arbeitsaufnahme
- Integration

**Schritt für Schritt...
Transparent. Ehrlich. Nachhaltig.**

Vispero GmbH • Ihr Ansprechpartner: Nikola Petrovic
Burgstr. 79 • 53117 Bonn • 0228 389 389 – 19 • info@vispero-gmbh.de
www.vispero-gmbh.de

Studie entfacht Debatte

Werden Menschen mit Demenz zu oft ruhiggestellt?

Professor Gerd Glaeske von der Universität Bremen hatte kürzlich gesagt, die gravierende Fehlversorgung mit Beruhigungsmitteln und die gleichzeitige Unterversorgung mit Antidementiva (Medikamente zur Behandlung der Erkrankung) ließen sich nicht mit den medizinischen Leitlinien erklären. „Im Gegenteil: Hier liegt der Verdacht nahe, dass demente Menschen einfach ruhiggestellt werden, statt sie richtig zu behandeln“, so Glaeske. Er hatte zusammen mit der Techniker-Krankenkasse den TK Innovationsreport 2018 veröffentlicht. Demnach erhalten Menschen

mit Demenz häufig nur Antipsychotika (Beruhigungsmittel) und werden seltener mit Antidementiva behandelt. Auch wenn die momentan verfügbaren Medikamente gegen die Alzheimer-Demenz das Fortschreiten der Krankheit nur verlangsamen, sollten die Betroffenen damit versorgt werden. Insgesamt bekommen nur 14 Prozent der TK-Versicherten mit Demenz ausschließlich ein Antidementivum. Neun Prozent werden sowohl mit einem Antidementivum als auch einem Beruhigungsmittel behandelt. Rund ein Viertel erhält dagegen ausschließlich ein Antipsychotikum. Die Hälfte der

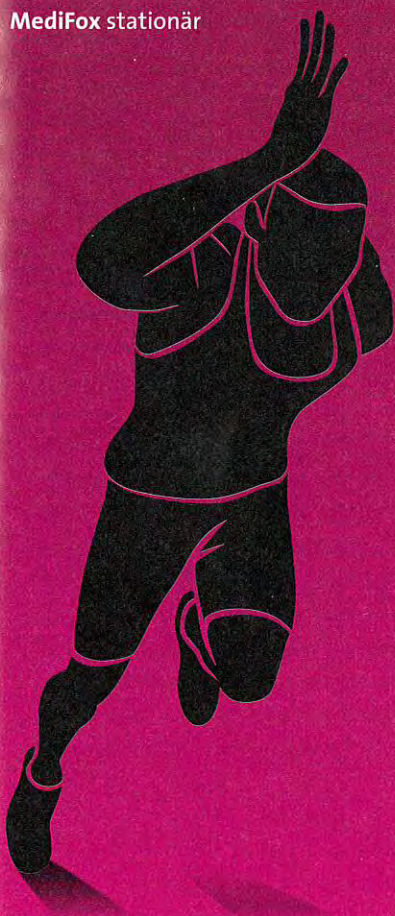
Patienten bleibt unbehandelt, heißt es in dem Report.

Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), weist die Vorwürfe zurück. Das Ausstellen von Rezepten obliege ausschließlich den Ärzten. In den Heimen werde strikt nach den vorgegebenen Medikationsplänen ausgereicht. Abweichen würde nicht geduldet, erklärt Meurer in einer schriftlichen Stellungnahme des Verbandes.

Auf altenheim.net kommentiert Tobias Münzenhofer, gerontopsychiatrischer Pflegefachdozent: „Pflegekräfte tragen hier die Durchführungsverantwortung.“

[...] Hierbei muss abgewogen werden, ob die beabsichtigten Nebenwirkungen und die geistige/körperliche Einschränkung der Integrität noch im Verhältnis stehen. Der Leidensdruck, ab dem die Gabe von Medikamenten erforderlich ist, muss im Team für jeden klar sein. Die Indikation ‚Unruhe‘ reicht hier nicht.“ Der Deutsche Ethikrat forderte in einer Stellungnahme, mehr Sensibilität bei Zwangsmaßnahmen in der Pflege. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAzG) sprach sich dafür aus, mehr zu tun, damit Einrichtungen der Altenpflege ohne Zwang auskommen. ●

MediFox stationär



FERTIG, LOS!

Digitalisierung professionell umsetzen.

Finden Sie in Sekundenschnelle heraus, worauf es bei der Auswahl Ihrer Pflegesoftware ankommt – mit unserem kostenlosen Sofort-Check.

Beim Umstieg auf MediFox unterstützen wir Sie mit bis zu 12.000 Euro* pro Einrichtung!

www.medifox.de/sofort-check

Unseren Software-Bonus gibt es nur bis 31.01.2019!