



Handbuch Pflegedienst

B 1.2.1

Pflege- und Betreuungskonzept für demenziell veränderte Bewohner und Bewohnerinnen

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 1 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

Kap.	Inhaltsverzeichnis	Seite
1.	Einleitung	3
2.	Unternehmenskulturelle und historische Aspekte	3
3.	Beschreibung der Zielgruppe	5
4.	Ziele und Grundsätze	7
4.1	Grundlagen unseres Menschenbildes und Handelns	
4.2	Zur Grundhaltung in der Begleitung dementer Menschen	
5.	Wohn- und Betreuungsform	8
6.	Methodisch - strukturelle Grundlagen	11
6.1	Bezugspflegesystem, Organisations- und Beziehungsaspekte	
6.2	Pflegeplansitzungen und kollegiale Fallarbeit	
6.3	Fachärztliche Betreuung	
7.	Spezielle Betreuungsmethoden	17
7.1	Gerontopsychiatrische Anwenderkonzepte im Überblick	
7.2	Basics gerontopsychiatrischer Pflege	
7.3	Gestaltung des Alltags	
7.4	Umgang mit verändertem Verhalten	
7.5	Angehörigenarbeit	
8.	Team und Mitarbeiter	29
8.1.	management by learning	
8.2	Mitarbeitercoaching	
8.3	Umgang mit Fehlern	
9.	Schlussbemerkungen	30
10.	Literatur	31

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 2 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

1. Einleitung

Als Einrichtung der Altenhilfe begleiten wir alte Menschen durch eine Lebensphase, die geprägt ist durch Verluste in körperlich-, seelisch-, geistigen und sozialen Bereichen. Dies muss nicht umfassend und ausschließlich so sein, es ist jedoch davon auszugehen, dass Menschen, die nach einem ereignisreichen Leben veranlasst sind, in eine Altenpflegeeinrichtung umzusiedeln, derartige Verluste erlitten haben, vielleicht in den unterschiedlichsten Stadien desorientiert sind und bereits geraume Zeit an mehreren körperlichen Gebrechen und Krankheiten gleichzeitig leiden.

In Deutschland leben – je nach Berechnungsmodell – ca. 1,2 bis 1,4 Millionen demenzkranke Menschen, von denen ca. 900.000 an einer mittelschweren bis schweren Demenz erkrankt sind. Nach Schätzungen der deutschen Alzheimergesellschaft treten jährlich ca. 200.000 Neuerkrankungen auf. Dies bedeutet, dass für das Jahr 2030 insgesamt 2,4 Millionen Demenzerkrankungen prognostiziert werden. Der Anteil demenzkranker Menschen in der stationären Altenhilfe, in den unterschiedlichsten Ausprägungen, Stadien und Schweregraden der Erkrankung beträgt ca. 75 %.

2. Unternehmenskulturelle und historische Aspekte

Das Seniorenwohn- und Sozialzentrum wurde 1977 zunächst im Rahmen eines Modellprojektes des Landes Nordrhein-Westfalen eröffnet. Damals wie heute gab und gibt es ein 3-stufiges Angebot für die älteren Mitbürger Stolbergs.

Die erste Stufe umfasst kostengünstige Wohnungen in altengerechten 1- und 2-Personen-Apartements (z. Z. 154). Die Bewohner¹ können auf verschiedene Betreuungsleistungen, z. B. in Form eines 24-Stunden-Notrufsystems, zurückgreifen.

Die zweite Stufe beinhaltet die Möglichkeit der ambulanten Pflege innerhalb der eigenen Wohnung durch unseren Hauspflegedienst.

¹ Der Einfachheit halber wird durchgängig die männliche Form gewählt, was die weibliche Form gemäß Kontext automatisch einschließt.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 3 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

Die dritte Stufe bildet der stationäre Pflegebereich, der von ursprünglich 24 Plätzen auf heute 61 Pflegeplätze kontinuierlich erweitert wurde. Durch dieses Angebot haben die Bewohner der Apartments die Gewissheit, im Fall der Pflegebedürftigkeit nicht mehr umziehen zu müssen, sondern die stationäre Pflege und Betreuung weiter im gleichen Haus erhalten zu können.

Besonders wichtig dabei ist, dass die bisherigen sozialen Kontakte erhalten bleiben und die Bewohner der Pflegestationen weiterhin an den verschiedenen Aktivitäten im Haus teilnehmen können.

Vielfach gab und gibt es auch schon vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit verschiedene Kontakte der Hausbewohner mit dem stationären Bereich, so dass sowohl die räumlichen Verhältnisse als auch die Mitarbeiter zumindest teilweise bekannt sind und der Bewohner, anders als bei einem sonstigen Einzug in ein Altenheim, nicht in eine komplett neue Umgebung wechselt. Natürlich besteht aber auch die Möglichkeit für andere Pflegebedürftige „von draußen“ in unseren stationären Pflegebereich einzuziehen. Der Anteil dieser beiden Gruppen liegt in der Regel bei jeweils ca. 50 %.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die beiden stationären Wohnbereiche. Hier wurden die gerontopsychiatrisch veränderten Menschen bereits in der Zeit von Mitte der '80er Jahre bis zur Mitte der '90er Jahre im Rahmen des Landesarztverfahrens betreut und die Mitarbeiter entsprechend begleitet und geschult. Der professionelle Umgang mit dementen Bewohnern hat also in unserer Einrichtung eine fast ebenso lange Tradition wie die stationäre Altenpflege im Seniorenwohn- und Sozialzentrum insgesamt.

In etwa zeitgleich mit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung wurde das Landesarztverfahren in Nordrhein-Westfalen eingestellt. Die Betreuung der Bewohner ist aber immer noch von diesen in der Unternehmenskultur verankerten Grundsätzen bezüglich der Versorgung und Betreuung dementer und psychisch veränderter Menschen geprägt.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 4 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

3. Beschreibung der Zielgruppe

In den beiden stationären Wohnbereichen leben 61 Menschen im Alter zwischen ca. 60 und 98 Jahren. Die Pflegebedürftigkeit ist in der Regel sowohl körperlich wie auch psychisch bedingt. Der Anteil psychiatrisch erkrankter Menschen beträgt 90 %; subsumiert sind alle psychiatrischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Sucht, Psychosen und Demenzen. An einer Demenz leiden ca. 75 %. Das bedeutet, dass insgesamt durchschnittlich 45 Bewohner unserer Einrichtung in den unterschiedlichsten Stadien der Desorientierung leben.

Seit dem 2. Halbjahr 2008 führen wir bei jedem Bewohner zeitnah zum Einzug ein Screening sowie b. B. das Assessment gemäß der Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zur Bewertung des Hilfebedarfs (Stand: 10.06.2008)² durch. Das Assessment umfasst die 13 gesetzlich festgeschriebenen Items:

- Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
- Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
- Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen
- Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation
- Im situativen Kontext inadäquates Verhalten
- Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen
- Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung
- Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben
- Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
- Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Der Mini-Mental-Status-Test (s. S. 9) wird bei ausgewählten Bewohnern im Rahmen der ärztlichen Diagnostik durchgeführt.

² vgl.: Spitzenverbände der Pflegekassen: Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002 geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 10.06.2008

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 5 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

Sowohl die gesellschaftliche Entwicklung als auch die Kopplungsvorgaben aus der Umwelt wie z. B. gesetzliche Forderungen und Finanzierungskonzepte der Kostenträger, lassen den Schluss zu, dass unsere zukünftigen Bewohner nachfolgend aufgelistete Kriterien bereits erfüllen und in zunehmendem Maße erfüllen werden:

- ✓ hohes Eintrittsalter
- ✓ relativ kurze Verweildauer
- ✓ hochkomplex multimorbid erkrankt
- ✓ hoher Anteil an Dementen

Unser Schwerpunkt bleibt auch zukünftig insbesondere die gerontopsychiatrische Pflege- und Betreuung.

Das vorliegende Konzept ist als Bestandteil des Gesamtpflegekonzeptes Grundlage unserer gerontopsychiatrischen Pflege- und Betreuungsleistung.

Wir möchten in diesem Konzept den Bedürfnissen der demenziell veränderten Bewohner unserer Einrichtung besondere Aufmerksamkeit widmen.

4. Ziele und Grundsätze

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 6 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

4.1 Grundlagen unseres Menschenbildes

Um eine angemessene Pflege und Betreuung dementer Menschen in unserer Einrichtung hinreichend zu gewährleisten, reicht unser Menschenbild über eine rein „naturwissenschaftlich – medizinische Sichtweise“ hinaus und basiert erkenntnistheoretisch auf einem „systemisch – phänomenologischen Menschenbild“.

Als Pflegende vertreten wir unsere Garantenstellung mit dem Anspruch, pflegewissenschaftlich fundierte und evaluierte Verfahren einzuknüpfen in die Autonomie und Lebenspraxis unserer Bewohner, wobei deren subjektive Wirklichkeit und Betroffenheit im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Es ist uns wichtig, das Erleben der betroffenen Menschen stärker in den Blick zu rücken unter Einbezug sozialer und biographischer Aspekte.

4.2 Zur Grundhaltung in der Begleitung dementer Menschen

Zu unserer Grundhaltung in der Begleitung dementer Menschen gehört demzufolge:

- ✓ Die Wahrnehmung des dementen Menschen als Person bzw. einzigartigen Menschen mit einer persönlich geprägten Biographie.
- ✓ Das Bewusstsein, das die Individualität bis zum Schluss erhalten bleibt.
- ✓ Die Akzeptanz seiner subjektiven Realität.
- ✓ Das Verständnis dafür, das der demente Mensch sich nur schlecht oder gar nicht mehr auf veränderte Situationen einstellen kann und ihn dort „abzuholen“, wo er sich gerade befindet.
- ✓ Die Orientierung an den Ressourcen des dementen Menschen.
- ✓ Das Wissen um die Auswirkungen eines fördernden Umgangs mit den Betroffenen auf seine verbliebenen Handlungsspielräume.

Unser Bezugsrahmen ist nicht die Person – mit – DEMENZ

sondern die 

PERSON – mit – Demenz³

5. Wohn- und Betreuungsform

³ vgl. Kitwood, T.: Demenz – Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Hans Huber, Bern, 2004

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 7 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

Die Wohnqualität für Demente in unserer Einrichtung soll u. a. dazu beitragen, eine Normalisierung des Alltags zu bewirken. Es geht uns darum, eine Kultur zu schaffen, in der Menschen in Demenzprozessen unter Wahrung ihrer Würde bedürfnisgerecht leben können.

Die 61 vollstationären Plätze verteilen sich auf 2 Wohnbereiche. Aufgrund der räumlichen Aufteilung erfolgt eine integrative Betreuung. Das bedeutet, dass die demenziell veränderten Bewohner gemeinsam mit kognitiv leistungsfähig aber somatisch beeinträchtigten Bewohnern in einem Wohnbereich leben. Bei einem Doppelzimmer wird allerdings darauf geachtet, dass kein Bewohner mit einem dementen bzw. nicht dementen Menschen zusammenleben muss, wenn er dies nicht möchte.

Die Vorteile der integrativen Betreuung für die dementen Bewohner liegen vor allem darin, dass die nicht demenziell veränderten Bewohner eine orientierende Wirkung haben und imitiert werden können. Demente Bewohner bleiben in ihren Besonderheiten klarer erkennbar und erhalten mehr Beziehungsangebote und Möglichkeiten gegenseitiger Hilfen im Zusammenleben mit den anderen Bewohnern.

Die nicht dementen Bewohner erleben zunächst, welche Veränderungen durch die Erkrankung auftreten können. Sie erfahren, dass sie nicht ausgegrenzt und „abgeschoben“ werden, wenn die Erkrankung auch sie treffen würde. Außerdem finden einige Bewohner eine sinnvolle Aufgabe, in dem sie sich fürsorglich um andere Bewohner kümmern.

Das integrative Modell kann im Alltagsleben aber auch Nachteile mit sich bringen. Ausgelöst durch demente Bewohner mit herausforderndem Verhalten oder mit absoluter Orientierungslosigkeit kann es zu Konflikten im Wohnbereich kommen. Die nicht dementen Bewohner können sich bedroht, belästigt oder gestört fühlen und dadurch psychisch stark belastet werden. Aber auch die dementen Menschen können durch intolerantes Verhalten der anderen Bewohner diese Belastungen erfahren. Mitarbeiter können manchmal diese Konflikte nur schwer klären, da in der Regel bei den dementen Bewohnern keine Verhaltensänderung mehr möglich ist.

Jeder Wohnbereich verfügt über ein Mitarbeiterdienstzimmer, eine Teeküche, einen Aufenthaltsraum und zusätzliche Toiletten. Weiterhin gibt es in jedem Wohnbereich mehrere eigens gestaltete Bäder mit einer behindertengerechten Badewanne und einer ebenerdigen Dusche.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 8 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

Wohnbereich 1

41 Bewohner in 9 Einzelzimmern und 16 Doppelzimmern

Hier leben vorwiegend demenziell veränderte Bewohner in Stadium 2 – 3 der Desorientierung nach N. Feil⁴, (*MMST zwischen 0 und 15 Punkten*)⁵, für die der Gegenwartsbezug keine bzw. eine untergeordnete Rolle spielt und die von einem festen Mitarbeiterteam betreut werden (siehe auch Kapitel 6 – Bezugspflege). Hierfür wird der Wohnbereich organisatorisch in 4 Teilbereiche gegliedert, die sich farblich unterscheiden. Zur Orientierung der Bewohner sind die Namen an den Zimmertüren auf einem entsprechend roten, blauen, gelben oder grünen Namensschild gedruckt. Der größte Teil der Zimmer verfügt über einen direkten Zugang in den Terrassenbereich. Dieser kann aufgrund der Breite der Türen und den vorhandenen Tür Rampen auch von Rollstuhlfahrern und bettlägerigen Bewohnern benutzt werden.

Bewohner mit einem erhöhten Bewegungsdrang können diesen auf den breiten weitläufigen Fluren gut ausleben. Obschon in diesem Wohnbereich auch zeitverwirrte und mobile Demente leben, ist der Wohnbereich offen.

Der Emporenbereich bietet den Bewohnern die Gelegenheit, direkt in das Foyer des Seniorenwohn- und Sozialzentrums und durch die große Glasfassade auf den Vorplatz des Hauses und den Amselweg zu sehen. Sie nehmen vielfach die Rolle des „teilnehmenden Beobachters“ ein, indem sie dem Leben und den Aktivitäten der anderen Hausbewohner zuschauen können. In diesem Bereich befindet sich auch der Gemeinschaftsbereich, in dem sich die Raucher treffen und sich dort austauschen können.

• Wohnbereich 2

⁴ vgl. Feil N.: Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, Ernst Reinhardt, München, 2002

Stadium I: mangelnde/unglückliche Orientierung - teilweise orientiert, aber unglücklich -
Durch das Wahrnehmen der ersten Defizite in der Orientierung kommt es beim Betroffenen zu einem Gefühl der Bedrohung und Verzweiflung. Dadurch ist die Körperhaltung angespannt und die Stimme schrill.

Stadium II: Zeitverwirrtheit- Verlust kognitiver Fähigkeiten -
Es ist die Phase des zunehmenden Verlustes der Kontrolle über den Körper und den Geist. Desorientiertheit und Wortfindungsstörungen nehmen zu. Die Gegenwart wird durch die Emotionen und die Bedürfnisse der Vergangenheit bestimmt.

Stadium III: sich wiederholende Bewegungen - sie ersetzen die Sprache -
In dieser Phase kommt es zu einem fast kompletten Rückzug in die Innenwelt. Der demente Mensch bleibt eher über die Berührungen erreichbar, als über die Kommunikation.

Stadium IV: Vegetieren- totaler Rückzug nach innen -
Der demente Mensch erkennt auch nahe stehende Personen nicht mehr wieder. Er zeigt kaum Bewegung und Kommunikation ist nur noch über die Berührung möglich.

⁵ vgl. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: Mini-mental state : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican, JPsychiatr Res, 1975, S: 189 -198

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 9 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	-------------------	-------------------------------------	----------------

20 Bewohner verteilt auf 2 Etagen

Auch hier leben vorwiegend Bewohner in Stadium 2 - 3 der Desorientierung nach N. Feil, (MMST zw. 15 und 30 Punkten), sowie hochkomplex multimorbid erkrankte Bewohner, die nicht an einer Demenz leiden. Diese Bewohnergruppe hat teilweise einen relativ gut erhaltenen Gegenwartsbezug und ist zugänglich für realitätsorientierte Trainings. Durch die räumliche Gestaltung hat dieser Wohnbereich den Charakter einer Hausgemeinschaft.⁶

Wohnbereich 2: Galerie

11 Bewohner in 9 Einzelzimmern und 1 Doppelzimmer

Der Wohnbereich ist so angeordnet, dass die Bewohner von ihrem Zimmer aus direkt in „das Wohnzimmer“, d. h. in den allgemeinen Aufenthaltsbereich, gelangen. Hier haben sich Tischgruppen für die gemeinsamen Essen und das Zusammensitzen als günstigste Variante herausgestellt. Auch diesem Wohnbereich sind feste Bezugspflegekräfte zugeteilt, um eine kontinuierlich Betreuung zu gewährleisten.

Wohnbereich 2: Untergeschoß

9 Bewohner in 3 Einzelzimmern und 3 Doppelzimmern

Dieser Bereich ist baulich identisch mit dem Galeriebereich mit der Ausnahme, dass sich dort auch der Arbeitsplatz des Pflegepersonals in Form eines offenen Dienstzimmers sowie eine Teeküche befindet. Auch hier können die Bewohner direkt aus ihrem Zimmer in den Gemeinschaftsbereich gelangen. Im Untergeschoß gibt es einen großen gemeinschaftlichen Tisch, an dem das Essen gemeinsam eingenommen wird und Unterhaltungen oder z. B. das Anschauen von Fernsehsendungen erfolgen. Auch hier werden feste Bezugspflegekräfte zur Betreuung eingesetzt.

Das Untergeschoß verfügt weiterhin über eine kleine Terrasse sowie einen direkten Zugang zum Foyer des Seniorenwohn- und Sozialzentrums.

⁶ vgl. Borutta, M., Lennefer, J., Palm, G.: Menschen mit Demenz, Vincentz, Hannover, 2004

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 10 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Auf beiden Wohnbereichen werden sowohl akzeptierende als auch fördernde Konzepte realisiert (siehe Kapitel: spezielle Betreuungsmethoden). Beide Wohnbereiche sind vor dem Hintergrund eines milieutherapeutischen Anspruches entsprechend klientelgerecht ausgestattet⁷.

6. Methodisch - strukturelle Grundlagen

6.1 Bezugspflegesystem, Organisations- und Beziehungsaspekte

Die Differenzierung der Begrifflichkeiten „Organisation“ und „Beziehung“ ist für die Darstellung unseres Pflegesystems von Bedeutung, da es sowohl auf der organisatorischen als auch auf der Beziehungsebene auf die speziellen Bedürfnisse von dementen Menschen ausgerichtet ist.

Seit 1977 haben wir dieses System sowohl auf der Basis durchlebter Erfahrungen, als auch gekoppelt an pflegewissenschaftliche Theorien und Erkenntnisse, stetig weiterentwickelt.

Generell verfolgen wir mit unserem System folgende Zielsetzung:

- ✓ klare Zuständigkeiten für die Pflege, Anamnese, Pflegeplanung und -durchführung
- ✓ klare Kommunikationswege
- ✓ hohe Kontinuität in der Versorgung des einzelnen Bewohners
- ✓ Anleitung und Beratung der Bewohner und deren Angehöriger/Betreuer
- ✓ Optimierung der Arbeitsabläufe
- ✓ Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit
- ✓ bessere Pflegeergebnisse

→ **Organisation der Bezugspflege**

Auf der Grundlage unseres Menschenbildes möchten wir in unserer Einrichtung willkürliche Pflegemaßnahmen, d.h. ungeplante Pflege, weitestgehend ausschließen. Daher haben wir das System der Bezugspflege eingerichtet.

Sowohl Stammteammitarbeiter als auch Aushilfskräfte sind den 2 Wohnbereichen jeweils fest zugeordnet, so dass die Bewohner im Tages-, Wochen-, Monats- und Jahresverlauf mit einer für sie

⁷ vgl. Dürrmann, Peter: Besondere stationäre Dementenbetreuung, Vincentz, Hannover, 2001

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 11 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

überschaubaren Anzahl von Pflegekräften in Kontakt kommen, dies jedoch kontinuierlich und für die Bewohner verlässlich.

Jede Bezugspflegekraft hat 5 bzw. 6 Bewohner in verantwortlichem Bezug, und zwar vom Zeitpunkt der Aufnahme bis hin zu deren Ableben. Bewohner, Angehörige und Betreuer werden bereits bei der Heimaufnahme mit der Bezugspflegekraft bekannt gemacht.

Im Rahmen der Heimvorfelddarbeit besucht die Pflegedienstleitung den ins Heim einziehenden Bewohner wenn möglich in seinem gewohnten Umfeld; wenn der Bewohner dazu in der Lage ist, wird er auch zu einem vorherigen Besuch in unser Haus eingeladen. Auf diesem Weg kann er sich ein umfassendes Bild von den Gegebenheiten vor Ort machen.

Zentrale Aufgabe der Bezugspflegekraft ist die Steuerung des Pflegeprozesses vor dem Hintergrund des Bewohnerfallkonstruktes über dezidierte Pflegeplanung inklusive Biographiearbeit und Verlaufsevaluation. Zudem vertritt die Bezugspflegekraft den Bewohner und dessen Bedürfnisse als „Anwalt“ gegenüber anderen pflegerisch-therapeutisch Tätigen.

Zuständig für die Durchführung der Pflege und Betreuung gemäß dem Pflegeplan sind alle Pflegekräfte des jeweiligen Wohnbereiches im Rahmen der Bereichspflege sowie die Mitarbeiterinnen des Therapeutischen Dienstes. Hierbei dient der individuelle Pflegeplan allen Pflegekräften als verbindliche Handlungsgrundlage, von dem nur begründet abgewichen werden darf. Dieser individuelle Pflegeplan wird von der jeweiligen Bezugspflegekraft verfasst und in der kollegialen Fallbesprechung vorgestellt und besprochen (siehe dazu Kapitel 6.2 - kollegiale Fallarbeit).

Sowohl die Bezugspflegekraft als auch die WBL sind zuständig für die Auditierung des Konzeptes im Rahmen von Pflegevisiten und –kontrollen.

→ **Die Bedeutung der Beziehungsebene**

Neben der hinreichenden Fallsteuerung ist ein zentrales Ziel der Bezugspflege die Entwicklung einer stabilen, tragfähigen und fördernden Beziehung auf Basis gegenseitigen Vertrauens zwischen dementen Bewohnern und Bezugspflegekräften.

Für demente Bewohner, vor allem in fortgeschrittenen Stadien der demenziellen Entwicklung, sind verlässliche und einfühlsame Pflegekräfte eine wesentliche

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 12 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Rückversicherung⁸. Dies ist einer der Gründe, warum wir Rotationssysteme in der Organisation der Bezugspflege ablehnen. Desorientierte Bewohner würden durch ständig wechselnde Bezugspflegekräfte regelrechte "Serienverluste" erleiden. Ein Wechsel ist nur dann angezeigt, wenn sich die Beziehung zwischen dem Bewohner und dem Mitarbeiter nachhaltig negativ entwickelt.

Die „Beziehungsarbeit“ und das „ausschnittsweise Zusammenleben“ der Mitarbeiter mit den dementen Bewohnern stellen hohe Anforderungen an die „performative Kompetenz“⁹ unserer Mitarbeiter, wie sie u. a. in den *Grundbedingungen positiver Arbeit* im personenzentrierten Ansatz Kitwoods beschrieben werden¹⁰.

Beispielhaft sind nachfolgend zwölf positive Interaktionen nach Tom Kitwood beschrieben:

1. *Erkennen und Anerkennen (durch Zuhören, Kommunikation etc.)*
2. *Ver- und Aushandeln (Bedürfnisse erfragen und erkennen)*
3. *Zusammenarbeit (z.B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten gemeinsam ausüben)*
4. *Spielen (Brettspiele, Kegeln etc.)*
5. *Timalation (Körperstimulation durch basale Stimulation oder durch die Arbeit mit Tieren)*
6. *Feiern (Ostern, Weihnachten, Geburtstage, Karneval etc.)*
7. *Entspannen (durch Körperkontakt, Musik, Basale Stimulation)*
8. *Validation*
9. *Halten (psychologisches Halten durch Nähe und Wertschätzung)*
10. *Erleichtern (Interaktion in Gang bringen, z.B. durch Ergotherapie)*
11. *Schöpferisch sein (Tanzen, Musik hören, Malen etc.)*
12. *Geben (den Menschen mit Demenz auch „geben lassen“)*

In die Beziehungsgestaltung sind neben den Bezugspflegekräften auch alle anderen Pflegefach- und -hilfskräfte involviert.

Unabhängig vom Ausbildungs- und Qualifikationsniveau stellen wir folgende zentralen Anforderungen an die persönlichen Fähigkeiten unserer Bezugspflegekräfte:

⁸ vgl. auch Schwerdt Ruth, Tschainer Sabine: Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen, S. 214; in: Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III - Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung; Hannover 2002

⁹ ebd., S. 254: Unter performativen Kompetenzen sind solche Kompetenzen zu verstehen, die sich im täglichen Handeln als effektiv erweisen. Es geht vor allem um den Praxis – Theorie – Transfer, in dem Pflege geplant wird und theoretische Konzepte angemessen individuell angewendet werden;

¹⁰ vgl. Grundbedingungen positiver Arbeit in Kitwood, T.: Demenz – Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Hans Huber, Bern, 2004

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 13 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

- **Eine "enge Nähe", sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht**, muss nicht nur zugelassen werden können, sondern als Bedingung zur Gestaltung einer Pflegebeziehung zu einem dementen Menschen wertgeschätzt werden.
- **Bereitschaft und Fähigkeit zu Geborgenheit vermittelnder, "warmer Sorge"**, in der die eigene Persönlichkeit zur Geltung gebracht wird.
- **Authentizität und Wertschätzung**
Demente Menschen unterscheiden mühelos zwischen authentisch – wertschätzendem Verhalten und nur rollengebundener Freundlichkeit einer Pflegekraft.
- **Eine hoch entwickelte moralische Haltung**, die von maximaler Toleranz für Menschen getragen ist, deren Wertvorstellungen und Lebensgewohnheiten den eigenen konträr entgegengesetzt sein können.

6.2 Pflegeplansitzungen und kollegiale Fallarbeit

Fallbesprechungen sind bewohnerbezogene Teamsitzungen. Ergänzend zu den Ressourcen und Problemen des Bewohners wird auch der Einfluss des Verhaltens der Mitarbeiter auf den Pflegeprozess besprochen. Sinn und Zweck der Fallbesprechungen ist es, sich gegenseitig bei Veränderungen im Umgang mit den demenziell veränderten Bewohnern zu unterstützen und sich nicht gegenseitig mit Schuldvorwürfen zu belasten.

Zu Beginn einer Fallbesprechung wird geklärt, welcher Mitarbeiter eine berufliche Problemsituation einbringen möchte und es wird ein Moderator benannt. Der Moderator ist verantwortlich für eine Haltung zwischen den Kollegen, die freies und offenes Vortragen und das Ausdrücken von Eindrücken und Gefühlen ermöglicht.

Dann stellt der Mitarbeiter den Bewohner aus seiner Sicht (und dennoch möglichst objektiv) vor und beschreibt die Probleme. In dieser Phase hinterfragt der Moderator bei Unklarheiten, während sich die anderen Teilnehmer zunächst mit Interpretationen und Lösungsvorschlägen zurückhalten. Die anderen Teilnehmer achten in dieser Phase vielmehr

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 14 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

auf ihre eigenen Gefühle, Vorstellungen, Fantasien und Einfälle. Die Situation wird in einem vorher vereinbarten Zeitrahmen vorgetragen.

Im nächsten Schritt können die Teilnehmer wieder innerhalb einer vorgegebenen Zeit ergänzende Informationen einholen. Auch in dieser Phase erfolgen noch keine Interpretationen.

In der nun folgenden Phase wird wechselseitig die Beziehung aller am Prozess bzw. Konflikt beteiligten Personen näher beleuchtet. Die Teammitglieder rekonstruieren die subjektive Wirklichkeit des Bewohners auf Basis historischer und biographischer Kontexte und sind bemüht, die Bedeutungszuschreibung des Betroffenen zu erforschen. Verhaltensweisen von desorientierten Menschen werden nicht gewertet oder lediglich als störend erlebt. Vor dem Hintergrund der kulturhistorischen und individuellen Biographie des Desorientierten ergibt jedwedes Verhalten einen Sinn. Das Team erhält somit einen erweiterten Zugang zur subjektiven Wirklichkeit und den Bedürfnissen der dementen Menschen.

Die Teilnehmer tragen daraufhin ihre kognitiven und emotionalen Eindrücke vor. Dann wird beleuchtet, was die persönlichen Anteile und Sichtweisen des Mitarbeiters sind und welchen Einfluss sie auf das Problem haben. Es dürfen keine Vorwürfe gegenüber dem vortragenden Mitarbeiter geäußert werden; die Teilnehmer zeigen vielmehr gemeinsam Lösungsmöglichkeiten auf. Der bzw. die effektivsten Lösungswege werden für die weitere Betreuung des Bewohners vereinbart und in die Pflegeplanung aufgenommen.

Der Moderator achtet während des ganzen Prozesses auf eine akzeptierende und lösungsorientierte Atmosphäre.

→ **Organisatorische Aspekte**

- Die Teilnahme ist für alle anwesenden Mitarbeiter Pflicht.
- Die Fallwirklichkeit jedes Bewohners wird alle 6 Wochen durch die Bezugspflegekraft vorgestellt (Besprechung des Pflegeplanes).
- Nach der Aufnahme eines neuen Bewohners hat die Bezugspflegekraft insgesamt zwei Wochen Zeit zur Bearbeitung der Anamnese und Biographie sowie der Erstellung eines ersten Pflegeplanes. In der dritten Woche nach Aufnahme stellt die Bezugspflegekraft den Pflegeplan in einer Fallbesprechung vor. Sie übernimmt dabei von Anfang an die

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 15 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Rolle des Anwalts und ist in der Beobachterposition 1. Ordnung. Das Gesamtteam vervollständigt die Wahrnehmung in der Beobachterposition 2. Ordnung, d. h. die Bezugspflegekraft stellt nicht den Anspruch, eine Fallwirklichkeit alleine und umfassend wahrnehmen zu können. Alle Teammitglieder sind aufgefordert, ihre Wahrnehmungen bzgl. der besprochenen Fallwirklichkeiten mitzuteilen.

- Akute Anlässe haben Vorrang, d.h. wahrgenommene Interaktionen und Verhaltensweisen von Bewohnern, die uns in ihrer Bedeutung vor dem Hintergrund ihrer subjektiven Realität noch unklar sind, werden vorrangig behandelt.
- Zum Thema Fallmanagement gibt es im monatlichen Wechsel zusätzliche Veranstaltungen, die durch eine Mitarbeiterin unser sozialtherapeutischen Dienstes moderiert werden.

6.3 Fachärztliche Betreuung

Die fachpsychiatrische - medizinische Sichtweise soll an dieser Stelle nicht vernachlässigt werden. Sie steht in unserer Einrichtung weder als vorherrschende Therapieform, noch in Konkurrenz zu pflegewissenschaftlichen und soziologischen Sichtweisen. Im Bemühen um die Etablierung eines pflegeprofessionellen Denkstils¹¹ ergänzen sich die einzelnen Berufsgruppen und deren spezifische Sichtweisen und Ansätze in unserem interdisziplinären Team. Wir tauschen einander aus, arbeiten uns gegenseitig zu und besprechen die anzuwendenden Vorgehensweisen und Methoden zum Wohle und Nutzen des Bewohners.

Bezüglich medizinischer Belange scheinen uns dabei folgende Aspekte von Bedeutung:

- Wir arbeiten darauf hin, dass demente Menschen neben ihrem Hausarzt von einem Facharzt für medizinische Psychiatrie und Psychotherapie betreut werden.
- Nach unserem Verständnis sollten Hausärzte in der Regel keine Psychopharmaka verordnen. Derartige Verordnungen sollen, wenn unbedingt erforderlich, ausschließlich über den Facharzt erfolgen
 - zum Wohle des Bewohners – und
 - mit einem eindeutigen therapeutischen Anspruch.

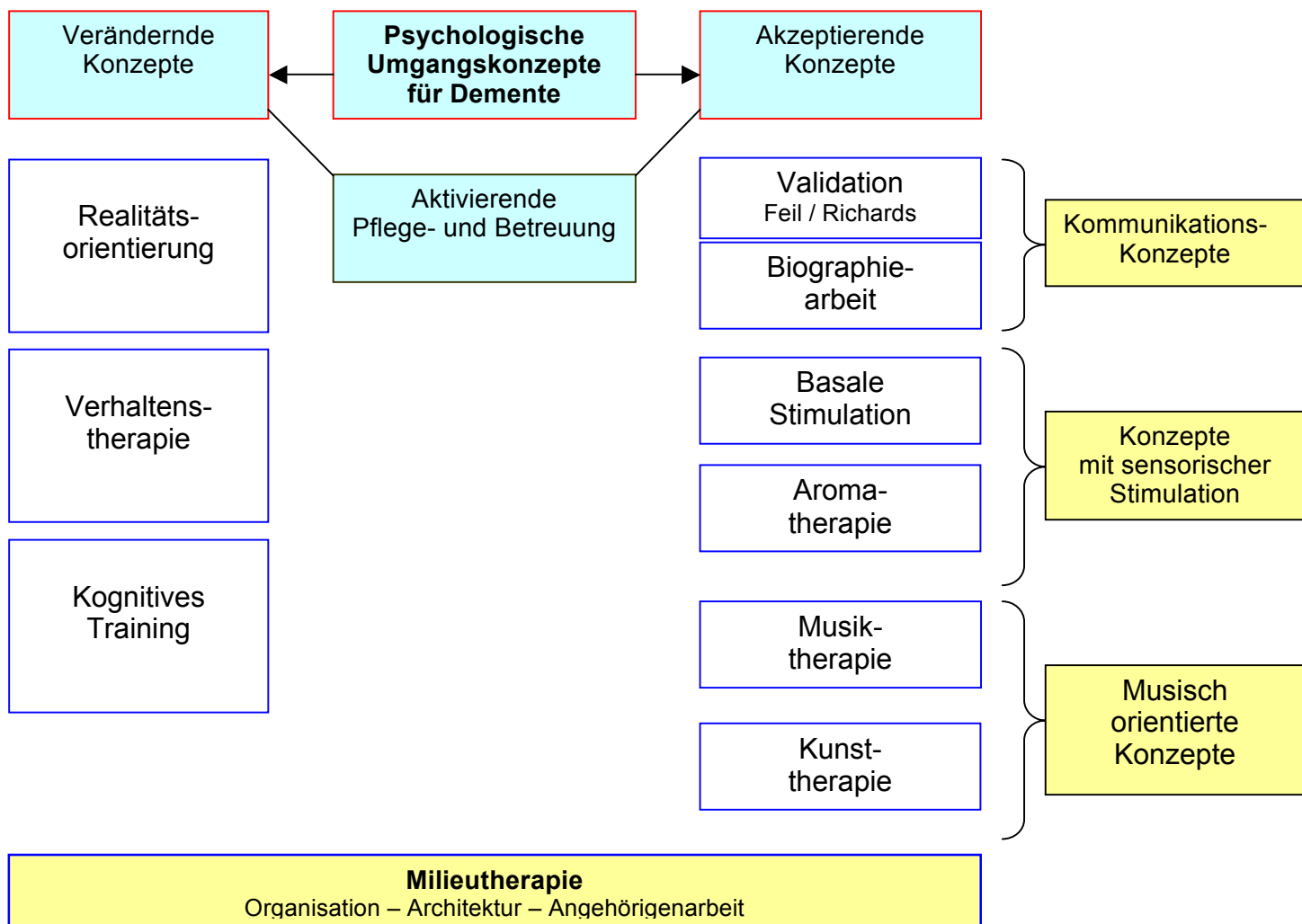
7. Spezielle Betreuungsmethoden

7.1 Gerontopsychiatrische Anwenderkonzepte im Überblick

¹¹ vgl. zum Thema auch: "Denkstile in der Pflege" ; Brüche Roland, Rottländer Ruth, Theis Sabine, in der Zeitschrift: Pflege, 2004, Heft 17: 306-311

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 16 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Marcello Cafone vom Demenzverein Saarlouis e.V. systematisiert die Konzepte zum innovativen Umgang mit dementen Menschen nach ihren Grundsätzen in zwei Pole¹², akzeptierende und verändernde Konzepte¹³



Alle beschriebenen Anwendungskonzepte mit dem Begriff "Therapie" zu versehen ist eventuell ein wenig überzogen. Als methodische Grundlagenkonzepte in gerontopsychiatrischen Bereichen sind sie jedoch von erheblicher Bedeutung.

In den Wohnbereichen 1 und 2 finden alle akzeptierenden Konzepte mehr oder weniger Anwendung und bilden eine wesentliche methodische Grundlage unserer Arbeit und unseres Zusammenlebens mit den dementen Menschen. Viele demente Menschen in Stadium 1 der

¹² vgl. auch - M. Cafone; 2. Innovative Strategien, S. 21 in: Innovativer Umgang mit Dementen, Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa, Mai 2000; Hrsg.: Cafone, Sträßer – Demenzverein Saarlouis e.V.; 66740 Saarlouis, Kaiser-Wilhelm-Strasse 4-6;

¹³ vgl. Gerontopsychiatrische Anwendungskonzepte in: Borutta M., Lennefer J., Palm G.: Menschen mit Demenz, Vincentz, Hannover, 2004

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 17 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Desorientierung n. Feil bzw. Menschen, die am Anfang des Demenzprozesses stehen, klammern sich an die Gegenwart und haben Angst vor einem weiteren Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten. Die validierende Pflege¹⁴ als 24 Stunden – Konzept ist Grundhaltung in diesen Wohnbereichen.

Bei den nicht dementen Bewohnern kommt als methodischer Schwerpunkt zudem das Realitätsorientierungstraining hinzu. Bewohner, die noch einen Gegenwartsbezug aufrechterhalten, nehmen meist alle kognitionsfördernden Angebote wie Gedächtnistraining, Gesellschaftsspiele u. v. a. m. gerne an. Wenn sich demente Bewohner in diesen Gruppen wohl fühlen, können sie selbstverständlich auch daran teilnehmen.

7.2 Basics gerontopsychiatrischer Pflege

Die Differenz, ob ein gerontopsychiatrischer Wohnbereich geprägt ist von "zufriedenem Leben" oder durch "chaotischen Aktionismus", hängt nicht unbedingt vom Einsatz spektakulärer Therapien ab, wie Naomi Feil sie bspw. bei ihren Deutschlandbesuchen vor großem Publikum demonstriert, sondern hängt mitunter davon ab, ob ein Pflorgeteam in der Lage ist, auch die relativ unspektakulären Basics kontinuierlich durchzuführen und damit ein gewisses Maß an Normalität in den Alltag zu bringen.

Als Pflorgeteam setzen wir uns in Besprechungen und Qualitätszirkeln immer wieder mit folgenden Wirklichkeitskonstrukten und Fragen auseinander:

- I. Was könnte ein Beobachter bei uns wahrnehmen, wenn wir inmitten einer Gruppe von Freunden bspw. während einer Geburtstagsfeier in eine Windel ausscheiden müssten? Sehen wir Parallelen zu desorientierten Menschen (Unruhe, Schweißperlen auf Stirn, Rückzug, Scham)?
- II. Was mag wohl passieren, wenn wir gezwungen sind, mit unserem Partner die Doppelbetthälften zu tauschen? Wie ergeht es einem Desorientierten, der nach 60 Jahren nun statt links, das Bett auf der rechten Seite verlassen muss (vielleicht nachts im Dunkeln, um zur Toilette oder zum Kühlschrank zu gelangen)?
- III. Wie reagieren wir, wenn wir z. B. unser Morgenritual einmal nicht leben können? Könnten wir ggf. damit leben, jeden morgen ein anderes Ritual zu vollziehen? Wie mag es da einem desorientierten alten Herrn ergehen, der seit 50 Jahren morgens um 6.30 Uhr eine Tasse löslichen Kaffee trinkt, mit einem viertel Anteil Milch und einem Löffel Honig, dabei

¹⁴ vgl. Scharb, Brigitte: Spezielle validierende Pflege – Krankenpflege, Springer, Wien, 1999

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 18 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

gemütlich eine Zigarette raucht und anschließend die Toilette aufsucht, wenn er sich in unserer Einrichtung an mind. 4 – 5 Tagen in der Woche an das jeweilige Ritual der Pflegekraft anpassen müsste? Ob er Freude daran hätte, individuelle Morgenrituale von Pflegekräften kennen zu lernen und leben zu müssen?

IV. Wie reagieren wir auf Menschen, die uns nicht ernst nehmen? – Ich bin bspw. aufgeregt, habe im Zug meine Tasche mit sämtlichen Papieren vergessen, und der Bahnhofsvorsteher bietet mir ein Medikament zur Beruhigung und ein Bett zur Mittagsruhe an. - Wie mag es der alten zeitverwirrten Dame ergehen, die sich aufgelöst an uns wendet, weil sie jetzt nach Hause will um ihre Kinder zu versorgen, der man ein Beruhigungsmittel serviert?

Bei der Beantwortung der Fragen stellen wir fest, dass es größtenteils genau diese zur Selbstverständlichkeit gewordenen Alltagsrituale, Gewohnheiten u. a. psychobiographische Besonderheiten unserer Bewohner sind, die ein wesentliches Element unserer pflegerischen Arbeit ausmachen, sozusagen die Basis unseres gerontopsychiatrischen Konzeptes.

Kanalisierte Selbstbetroffenheit, die in veränderte Sichtweisen mündet, schult unsere performativen Kompetenzen und trägt u. a. zur Entwicklung eines pflegeprofessionellen Denkstils bei.

Können wir nötige Informationen zu diesen psychobiographischen Gewohnheiten, Ritualen u. a. Besonderheiten von den Bewohnern nicht erfragen, verlassen wir uns auf die Deutung und Rekonstruktionen auf Basis unserer Beobachtungen und der Auswertung von Protokollen (z. B. Bilanzierungs- und Ausscheidungsprotokollen etc.) - (siehe auch kollegiale Fallarbeit)

Durch experimentelles Handeln und Ausprobieren (bedeutet die Unruhe jetzt Harndrang? oder Hunger? oder hat der Bewohner um diese Zeit irgendwelche besonderen Aktivitäten ausgeübt? etc.), kann man sich der Fallwirklichkeit zumeist annähern, um hinreichend und angemessen zu reagieren.

Sind psychobiographische Besonderheiten, Alltagsrituale und Gewohnheiten ermittelt, so dient der individuelle Pflegeplan als zentrales Steuerungsinstrument, in dem u. a. diese individuellen Besonderheiten in der AEDL–Struktur dokumentiert werden. Außerdem wird in den Pflegeplanungen der gewohnte Tagesablauf eines Bewohners dargestellt, damit er

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 19 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

unabhängig von der gerade tätig werdenden Pflegekraft seine Rituale und gewohnten Handlungsabläufe weiter leben kann.

Wie in Kapitel 4. – Bezugspflege - bereits beschrieben, sind Pflegepläne verbindliche Handlungsvorgaben für alle Pflegekräfte, von denen nur begründet abgewichen werden kann. Sowohl die Bezugspflegekraft als auch die PDL auditieren die Prozesse in Pflegevisiten und -kontrollen

7.3 Gestaltung des Alltags

In unseren Wohnbereichen kommt der Alltagsgestaltung besondere Bedeutung zu.

Allen Wohneinheiten gemeinsam ist eine

- durchgängige Zuordnung von Pflegekräften, die auch als Präsenzkräfte die dementen Menschen durch den Tag begleiten, der weitestgehend frei ist von künstlichen Brüchen, d. h. Hektik einerseits und totale Leere andererseits werden vermieden. Viele Aktivitäten, die einen normalen Tagesablauf außerhalb von Institutionen entsprechen, werden gemeinsam erledigt. (vgl. auch 12 Interaktionen im Kapitel Bezugspflege).
- Gestaltung eines optimalen Verhältnisses von Zeiten mit höherer und geringerer Anregung bzw. An- und Entspannung.
- Integration therapeutischer Ansätze (siehe Konzept - Kap. 7)

Differenzierte Anforderungen in den Bewohnergruppen werden bei engerer Fokussierung jedoch auch in der Gestaltung des Alltagslebens deutlich.

Für die dementen Menschen in den Wohnbereichen 1 und 2 dient eine kontinuierliche, fast korsettartige Alltagsstrukturierung als Ausgleich für eine sich auflösende Persönlichkeit mit Verlust einer inneren Zeitstruktur. Ständige Präsenz der Bezugspflegekräfte in der Tagesbegleitung genießt hier absolute Priorität.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 20 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Größere Veranstaltungen und besondere „Events“ sind für die Menschen dieser Wohngruppen eher kontraindiziert, da multiple sensorische Überstimulation zu größerer Verwirrung, Zunahme von Unruhe und Schlaflosigkeit führen. Auch Geburtstagsfeiern oder die jahreszeitlichen Feste werden hier im überschaubaren und vertrauten Rahmen gefeiert.

Dagegen bieten Bewohnern in einem frühen Stadium der Demenz und Bewohnern mit einem intakten Gegenwartsbezug größere Veranstaltungen und „Events“ sowie Abwechslungen im Tages- und Wochenverlauf, wie bspw. Ausflugsfahrten, Besuche von Schul- und Kindergartengruppen u. a. m¹⁵ ein zusätzliches Maß an Lebensqualität.

7.4 Umgang mit verändertem Verhalten

Da neben aus- und fortgebildeten Pflegekräften auch eine Reihe anderer Mitarbeiter (im hauswirtschaftlichen, technischen und Verwaltungsbereich; Zivildienstleistende und Praktikanten) persönliche Kontakte mit Bewohnern haben, sollen nachfolgend einige Handlungen benannt werden, die eine Person mit Demenz schädigen können und **nicht** angewandt werden sollen:

- **betrügen:** die Person mit Demenz täuschen oder manipulieren
- **zur Machtlosigkeit verurteilen:** vorhandene Fähigkeiten dürfen nicht genutzt werden und die Unterstützung für die Beendigung begonnener Handlungen wird verweigert
- **infantilisieren:** Behandlung der Person mit Demenz mit mütterlicher bzw. väterlicher Autorität wie bei einem Kleinkind
- **einschüchtern:** mittels Drohung Angst und Furcht hervorrufen bzw. zu Handlungen zwingen
- **stigmatisieren:** die Person mit Demenz wie einen „Ausgestoßenen“ behandeln
- **überholen:** Informationen und Alternativen so schnell zur Verfügung stellen, wie sie von der Person mit der Demenz nicht verfolgt und verstanden werden können
- **entwerten:** die subjektive Realität des Erlebens und die Gefühle der Person mit Demenz nicht anerkennen
- **verbannen:** die Person mit Demenz körperlich und seelisch ausschließen und fortschicken
- **zum Objekt erklären:** die Person mit Demenz so zu behandeln, als wäre sie nur noch eine leere menschliche Hülle

¹⁵ zu speziellen Beschäftigungs- und Therapieangeboten s. hierzu: Konzept des Therapeutischen Dienstes unseres Hauses
u. a.: Training zur Erhaltung der Alltagskompetenzen (z. B. Frühstückstherapie)
Musikarbeit
Kochgruppen
Aromatherapie

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 21 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

- **ignorieren:** so in den Handlungen und Unterhaltungen fortfahren, als wäre die Person mit Demenz nicht anwesend
- **anklagen:** der Person mit Demenz fehlgeschlagene Handlungen und/oder deren Unterlassen, resultierend aus fehlenden Fähigkeiten oder Fehlinterpretationen, zum Vorwurf machen
- **unterbrechen:** die Handlungen oder Überlegungen der Person mit Demenz plötzlich und in störender Weise unterbrechen
- **lästern:** sich über „merkwürdige“ Handlungen oder Bemerkungen von einer Person mit Demenz lustig machen
- **herabwürdigen:** der Person mit Demenz die Botschaft vermitteln, sie sei inkompetent, nutz- und wertlos

Wir fordern alle Kontaktpersonen dazu auf, unseren dementen Bewohnern als eigenständige Persönlichkeiten in ihrem subjektiven Handlungskontext und Wirklichkeitskonstrukt zu begegnen.

Eine demenzielle Veränderung ist immer auch mit emotionalen Veränderungen verbunden. Zunächst erleben die Betroffenen ihre Einschränkungen und sind sich dieser schmerzlich bewusst. Sie sind verunsichert, schämen sich und reagieren darauf auf ihre individuelle Art und Weise. Die Reaktionen können depressiv sein oder sich als Angst, Aggressionen, Misstrauen oder Unruhe zeigen. Diese Verhaltensweisen werden in der Regel nicht durch die demenzielle Veränderung direkt ausgelöst, sondern sind im Schwerpunkt als Rückkoppelung auf die Reaktion der Umwelt zu verstehen und sind teilweise psychische Erkrankungen bzw. Nebenwirkungen von Medikamenten.

So kann z. B. Aggression als Reaktion auf immer wieder erlebte Frustrationen nachvollziehbar werden. Wenn wir selbst mit einem ständigen Misslingen unserer Handlungen konfrontiert und die uns umgebenden Personen darauf nur mit Ungeduld, Vorwürfen und Unverständnis reagieren würden, käme es sicherlich zu ähnlichen Reaktionen.

Außerdem haben demente Menschen ein sehr feines Gespür dafür, ob ihnen andere ablehnend oder in ignorierender Weise begegnen. Aber auch die Fehldeutung durch Situationen aufgrund einer entsprechenden Desorientierung können aggressive Verhaltensweisen auslösen.

Das Gegenteil von Vertrauen ist Misstrauen. Die durch die Veränderung bedingten Missgeschicke und Fehler führen oft zu Angst, Unsicherheit und eventuell sogar zu Panik.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 22 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Eine mögliche Reaktion auf diese Gefühle kann der Ausdruck von Misstrauen sein. Sind die Mitarbeiter in der Lage, eine vertrauensvolle Beziehung zum Bewohner aufzubauen, reduziert sich meist auch das Gefühl des Misstrauens.

Es ist zu vermuten, dass bei unangenehmen und nicht zuzuordnenden Gefühlen, vergleichbar mit Stress, der demenziell veränderte Mensch unbewusst versucht, diese durch Bewegung zu kompensieren. Es kann aber auch alten Gewohnheiten entsprechen, dass er dauernd „herumläuft“, wenn er sich in früheren Zeiten viel bewegt hat. Auch sollte in Erwägung gezogen werden, ob Schmerzen oder andere körperliche Gründe (z. B. Harndrang?) zur Unruhe führen. Grundsätzlich kann Unruhe als Zeichen dafür gedeutet werden, dass der Bewohner sich zur Zeit in seiner Situation nicht wohl fühlt.

Vor allem im fortgeschrittenen Stadium können bei Dementen Panikreaktionen auftreten. Nicht immer gehen den Panikreaktionen Halluzinationen oder Wahnvorstellungen voraus. Oft werden sie auch durch Umgebungseinflüsse ausgelöst, die den dementen Menschen an traumatische Erlebnisse erinnern und ihn panisch reagieren lassen. Hier ist eine beruhigende Begleitung und nach Möglichkeit die Ausschaltung des verursachenden Umwelteinflusses notwendig.

Die folgenden Verhaltens- und Reaktionsweisen sollen beispielhaft aufzeigen, wie wir mit verändertem Verhalten umgehen. Die wichtigsten Kenntnisse im Umgang mit verändertem Verhalten werden aus der Biografie und durch Beobachtungen und Dokumentationen, hier besonders durch Situations-Reaktions-Beschreibungen, gewonnen.

Der Bewohner fragt immer wieder nach der Zeit (zeitliche Desorientierung)

- Wenn der Bewohner nach der Uhrzeit fragt, möglichst mit ihm gemeinsam auf eine größeren Uhr nach der Zeit schauen.
- Die Tagesstrukturierung sollte möglichst immer gleich beibehalten werden.
- Nicht auf eine Handlung hinweisen, die „gleich“ stattfindet, sondern möglichst zu etwas auffordern, was sofort umgesetzt werden kann.
- Möglichst immer über die aktuelle Situation kommunizieren.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 23 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Der Bewohner möchte immer „nach Hause“

- Falls die Zeit vorhanden ist, kann man den Bewohner zunächst ein Stück seines Weges begleiten und darauf achten, wohin er zielstrebig und wohin er zögerlicher geht.
- Nicht versuchen, den Bewohner festzuhalten. Er kann dies als Bedrohung erleben und dann mit Panik oder Wut reagieren.
- Versuchen, die aktuellen Bedürfnisse und Gefühle zu „erfragen“, ohne dass sich der Bewohner ausgefragt fühlt (daher keine warum- bzw. wieso-Fragen stellen). Die Frage kann z. B. lauten: „Haben Sie Sehnsucht nach ihren Kindern?“ (wenn aus der Biografie bekannt ist, dass er welche hat/hatte) oder „Möchten Sie gerne das Abendessen vorbereiten?“ oder „Wer wartet zu Hause?“
- Möchte der Bewohner z. B. zu Hause das Abendessen vorbereiten, sollte seine Fürsorgepflicht gelobt werden.
- Wenn der Bewohner seine Gefühle geäußert hat oder von seinen Vorhaben abgelenkt ist, kann in der Regel wieder der Weg zurück angeboten werden.
- Die geäußerten Gefühle sollen grundsätzlich dokumentiert werden. Mit der Zeit werden dadurch Gefühle und Bedürfnisse transparenter.
- Ist die Zeit für eine kurze Wegbegleitung nicht vorhanden, kann z. B. der Bewohner gebeten werden, mit dem Mitarbeiter zu gehen.
- Ein schriftlicher Hinweis z. B. in der Geldbörse oder Brieftasche, dass der Bewohner im Seniorenwohn- und Sozialzentrum lebt und wer die Ansprechpartner für ihn sind, kann für Bewohner, die öfter unbemerkt den Wohnbereich verlassen, dritten Personen die Möglichkeit geben, ihn wieder zurück zu begleiten oder den Wohnbereich zu informieren.
- Auf gemeinsamen Spaziergängen sollten die Mitarbeiter wahrnehmen, worauf der Bewohner zusteuert und was er eher meidet.

Der Bewohner ist sehr anhänglich

- Den Bewohner nach dem Gefühl fragen, z. B. „Haben Sie Angst?“ oder „Wovor haben Sie Angst?“ oder „Sind Sie traurig?“
- dem Bewohner vermitteln, dass alles wieder gut wird
- Körperkontakt aufnehmen; Bedürfnis und Zuwendung von Körperkontakt analysieren.
- eventuell Reize aus dem Umfeld reduzieren.
- analysieren, ob die „Anhänglichkeit“ immer zu bestimmten Zeiten oder in bestimmten Situationen und bei bestimmten Personen auftritt.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 24 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Der Bewohner sucht eine Person, die schon verstorben ist

- nicht widersprechen
 - wenn Körperkontakt positiv angenommen wird, berühren und/oder in den Arm nehmen
 - ein Gespräch über die verstorbene Person beginnen, z.B. „Was haben Sie zusammen Schönes erlebt?“, „Haben Sie große Sehnsucht?“
 - dem Bewohner vermitteln, dass er nicht allein ist, dass man jetzt für ihn da ist
 - den Bewohner ablenken und ihm z.B. etwas zu trinken oder zu essen anbieten
- Anm.: Wenn Bewohner nach Personen in der Vergangenheit suchen, bei denen sie sich besonders geborgen und sicher fühlten, ist das ein Zeichen dafür, dass dieses Bedürfnis zur Zeit nicht befriedigt bzw. nicht ausreichend befriedigt wird.

Der Bewohner verwechselt den Mitarbeiter mit einem Angehörigen

- nicht widersprechen
- fragen, ob man der Tochter/Mutter ähnlich sieht
- vermeiden, in die „Du-Anrede“ zu verfallen
- beiläufig erwähnen, wer man ist und warum man da ist

Verstecken oder Horten von Gegenständen

- Es wird nicht versucht, dem Bewohner diese Angewohnheit abzugewöhnen.
- Der Bewohner sollte in der Regel beteiligt werden, wenn die Gegenstände aus den Verstecken geholt oder gehortete Gegenstände beseitigt werden müssen.
- Darauf verweisen, wie schlimm es sein muss, wenn Gegenstände verschwinden.
- Nicht dem Bewohner vermitteln oder mit ihm darüber diskutieren, dass wir wissen, dass er selbst die Gegenstände versteckt/gehortet hat.
- wenn der Bewohner Lebensmittel versteckt: dem Bewohner Gegenstände zum Tausch anbieten. Deutliche positive Reaktionen zeigen, wenn der Bewohner dann die Tauschgegenstände nicht versteckt oder hortet
- Dokumentation von gängigen Verstecken und Gegenständen des Bewohners

Der Bewohner ist nachts unruhig/verwirrt

- Auseinandersetzung mit den ehemaligen individuellen Schlafgewohnheiten des Bewohners
- korrigieren von angebotenen Schlafritualen (früher: Raum eher hell oder dunkel; völlige Stille oder leichte Geräusche; immer allein oder mit Partner geschlafen; die Ausstiegsseite rechts oder links; früh oder spät zu Bett gegangen; mit welchem Nachtzeug, z.B. Socken und Bettjacke etc.)
- evtl. Verlegung der Einnahme des Abendessens auf später
- Gewährleistung, dass der Bewohner in der Nacht essen und trinken kann

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 25 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

- ein Blutzuckertest gibt Aufschluss, ob evtl. die nächtliche Unruhe durch einen Blutzuckerabfall provoziert wird
- versuchen, ob Kaffee oder Cola zum Durchschlafen verhelfen

Der Bewohner hat wahnhaftige Wahrnehmungen

- nicht versuchen, dem Bewohner das, was er sieht oder hört, auszureden.
- dem Bewohner versichern, dass man ihm glaubt
- fragen, wovor er Angst hat und wo er sich sicher fühlen würde.
- validieren, ob ein unbefriedigtes Bedürfnis der Auslöser ist.
- versuchen, aus der Sicht des Bewohners das Umfeld zu betrachten (ungünstig geworfene Schatten, Geräusche, Verhalten und Handlungen, die für den Bewohner völlig fremd und nicht zuzuordnen sind und ihn darum völlig überfordern).
- Vergewisserung, dass der Bewohner ausreichend prothetisch mit einer Brille oder einem Hörgerät versehen ist
- wenn die Maßnahmen nicht zum Erfolg führen, Information des Neurologen oder Psychiaters

Der Bewohner lehnt eine Handlung ab

- keine Diskussion mit dem Bewohner über die Ablehnung führen
- zunächst mit etwas anderem beschäftigen und es dann erneut versuchen
- Versuch herauszufinden, auf welche Sinnesreize der Bewohner positiv reagiert
- dokumentieren, warum etwas nicht erledigt werden konnte

Unruhe

- überprüfen, ob z.B. Harn- oder Stuhldrang, Verstopfung oder Schmerzen die Unruhe auslösen
- wenn aus der Biografie ersichtlich ist, dass der Bewohner immer schon sehr unruhig war, auf ausreichende Bewegungsmöglichkeiten achten
- genaue Beobachtung der Mimik und Gestik kreieren die Möglichkeiten ein.
- wenn Schmerzen der Auslöser für die innere Unruhe sind, dann genaue Dokumentation des Verhaltens durchführen und Information des behandelnden Arztes
- bei Schmerzen: Gabe der ärztlich verordneten Medikation

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 26 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

Nesteln, Reiben und Kratzen

- Überprüfung, ob die Reaktionen eine Antwort des Bewohners auf mangelnde sinnliche Anregungen sind
- bei der Körperpflege zur Anregung der Sinne Verwendung verschiedener Utensilien wie Schwämme, harte und weiche Waschlappen und Handtücher
- Durchführung der Körperpflege mit angenehm parfümierten Lotionen
- Anregung des Geruchssinns durch ätherische Öle und Essensduft an
- ausreichend Körperkontakt, möglichst verknüpft mit Wiegen und Schaukeln

7.5 Angehörigenarbeit

Dem systemischen Paradigma entsprechend bleiben Angehörige auch nach einem Heimeinzug wichtige und wesentliche Bezugspersonen unserer Bewohner. So ist es eines unseren primären Ziele, die Aufrechterhaltung und Fortführung der Beziehungen zwischen Angehörigen und Bewohnern zu unterstützen.

Unser Anspruch besteht darin

- o Angehörige zu befähigen und zu unterstützen, verändertes Verhalten ihrer desorientierten Angehörigen vor dem Hintergrund der Demenz zu verstehen
- o die Voraussetzungen zu schaffen, dass Angehörige sich in unserer Einrichtung wohl fühlen und willkommen sind
- o Angehörigen einen Platz o. Spielraum einzuräumen, der über die traditionelle „Besucherrolle“ hinausreicht
- o Angehörige in den lfd. Pflegeprozess einzubeziehen, besonders als Informanten für bedeutsame Aspekte der Biographie und der psychobiographischen Besonderheiten, Rituale, Gewohnheiten und Interessen der Bewohner

Dies möchten wir hinreichend sicherstellen durch den persönlichen Kontakt, den vor allem die Bezugspflegekraft zu den engsten Angehörigen und anderen wichtigen externen Bezugspersonen der Bewohner pflegt. Außerdem binden wir die Angehörigen in die regelmäßig stattfindenden Pflegevisiten mit ein. Die Schwerpunkte der Pflegevisite bilden:

- die Überprüfung der subjektiven Zufriedenheit der Bewohner

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 27 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

- das Einholen einer Rückmeldung der Angehörigen (bzw. der Betreuer) bezüglich der Versorgung unserer Bewohner inklusive der verbliebenen Fähigkeiten (z. B. zur Wahrnehmung der Beschäftigungsangebote)
- das Erfragen von Wünschen des Bewohners und des Angehörigen
- die Klärung von Fragen im direkten Gespräch
- das Abstellen von kritikwürdigen Situationen bzw. Abläufen
- die Evaluation des Pflegeprozesses
- die Überprüfung des direkten Umfeldes des Bewohners einschließlich der eingesetzten Hilfsmittel

Die Pflegevisite findet in einer entspannten Atmosphäre im Rahmen eines gemütlichen Beisammensitzens statt. Hier wird dem Bewohner Sicherheit und Wertschätzung vermittelt. Er wird so weit wie möglich in das Gespräch einbezogen. Wenn ein Bewohner sich nicht mehr verbal äußern kann, wird gemeinsam mit dem Angehörigen das gezeigte Verhalten gedeutet. Die Kontrolle der Pflegedokumentation erfolgt im Anschluss an das Gespräch durch die Bezugspflegekraft und die WBL.

Zudem bieten wir den Angehörigen regelmäßige Angehörigentreffen u. a. zum Thema „Umgang mit dementen Menschen“ etc. an. Erfahrungsgemäß hat sich jedoch eher die persönliche Einbindung der Angehörigen unter den o. g. Bedingungen wesentlich besser bewährt.

8. Team und Mitarbeiter

Das Konzept verdeutlicht die hohen und durchaus komplexen Anforderungen, die eine angemessene Pflege und Betreuung dementer Menschen an uns stellt. Wir möchten sicherstellen, dass wir diesen Anforderungen kontinuierlich und hinreichend gerecht werden. Die Sicherstellung beginnt daher bereits bei der Auswahl der Mitarbeiter und setzt sich im Bereich interner und externer Fort- und Weiterbildung sowie dem Mitarbeitercoaching in den Wohnbereichen fort.

Um eine qualitativ adäquate Pflege und Betreuung zu gewährleisten, liegt der Anteil der Fachkräfte seit Jahren bei ca. 65%. Mehrere Mitarbeiter/-innen verfügen über eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung im Bereich der Gerontopsychiatrie.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 28 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

8.1 management by learning

Das übergeordnete Ziel unseres Fort- und Weiterbildungsprogramms ist die Schulung der Entscheidungs- und Begründungskompetenzen unserer Mitarbeiter. Gezielte Fort- und Weiterbildung soll die Etablierung einer professionellen Pflege im Seniorenwohn- und Sozialzentrum intensivieren. Weiterhin spielt die praktische Ausbildung von Auszubildenden in der Altenpflege eine zentrale Rolle in unserem Haus.

Unser internes Fortbildungsprogramm ist schwerpunktmäßig ausgerichtet auf die Schulung der Mitarbeiter in den pflegerischen Kernprozessen

- ⇒ autonomiestärkende Pflege – zentrale Schulungselemente bilden die inhaltlichen Schwerpunkte des gerontopsychiatrischen Konzeptes (therapeutische Verfahren, Validation, Betreuungsrecht etc.)
- ⇒ Dekubitusprävention
- ⇒ Sturzprävention
- ⇒ Ernährung und Hydratation
- ⇒ Prophylaxen
- ⇒ Maßnahmen der Ersten Hilfe
- ⇒ Pflegeplanung

Weitere Fort- und Weiterbildungswünsche der Mitarbeiter können erfüllt werden, wenn in den genannten Bereichen hinreichende Fähigkeiten und Fertigkeiten nachgewiesen werden können.

8.2 Mitarbeitercoaching

Zur Gewährleistung eines angemessenen Theorie – Praxis – Transfers werden Mitarbeiter in den Wohnbereichen begleitet und gelenkt. Sie erhalten im Rahmen ihrer praktischen Arbeit Unterstützung und Anleitung durch die Leitungskräfte. Pflege- und Betreuungshandlungen werden zudem auditiert im Rahmen von Pflegevisiten und –kontrollen. Zur Klärung und Abgrenzung von examinierten und nicht examinierten Pflegekräften wurde eine Kompetenzmatrix erarbeitet und allen Mitarbeitern vorgestellt.

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 29 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

8.3 Umgang mit Fehlern

Wir pflegen die Kultur eines nonpunativen (nicht strafenden) Umgangs mit Fehlern. Kontrolle dient nicht vorrangig der Strafe des Mitarbeiters, sondern dem Wohl des Bewohners. Müssen Mitarbeiter bei jedem Fehler mit Sanktionen rechnen, werden sie ihre Fehler tunlichst vertuschen. Dies führt in der Folge dazu, dass systematische Fehler seitens der Leitungskräfte nicht mehr wahrgenommen werden.¹⁶

9. Schlussbemerkungen

Das vorliegende hausinterne Konzept zur Betreuung von dementen Menschen stellt nicht den Anspruch der vollständigen und umfassenden Beschreibung gerontopsychiatrischer Therapiemöglichkeiten. Wir sind uns darüber im Klaren, dass der kulturhistorische Kontext der Menschen, die wir betreuen, ebenso dem Wandel unterliegt wie unser Konzept, welches diesem Wandel entsprechend dynamisch anzupassen ist.

Unser besonderer Dank gilt Herrn Joachim Lennefer aus Kalterherberg, ohne dessen Hinweise und Vorarbeiten das Konzept in dieser Form nicht zustande gekommen wäre.

Stolberg, im März 2005

Arbeitsgruppe „Pflege- und Betreuungskonzept für demenziell veränderte Bewohner und Bewohnerinnen“

(B. Dickler, R. Linder, Ch. Rednak, W. Wolters)

Überarbeitung: im Januar 2009

¹⁶ Zum Thema Umgang mit Fehlern vgl.: Weick Karl E., Sutcliffe Kathleen M.: Das Unerwartete managen – Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen; Stuttgart 2003

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 30 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------

10. Literatur

Empfehlenswerte und im Konzept verwendete Literatur

- Borutta Manfred, Lennefer Joachim, Palm Gerd: Menschen mit Demenz, Vincentz, Hannover, 2004
- Bosch, Corry: Vertrautheit, Wiesbaden, 1998
- Brüche Roland, Rottländer Ruth, Theis Sabine: "Denkstile in der Pflege" ; in der Zeitschrift: Pflege, 2004, Heft 17: 306-311
- Cafone M., Sträßer, Hrsg.: Innovativer Umgang mit Dementen. Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa, Demenzverein Saarlouis e.V., Mai 2000
- Diakonisches Werk Württemberg (Hrsg.), Marion Bär, Institut für Gerontologie Heidelberg: Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten, Hannover, 2004
- Dürrmann, Peter: Besondere stationäre Dementenbetreuung, Vincentz, Hannover, 2001
- Feil, Naomi: Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, Reinhardt, München, 2002
- Höft, Barbara, Hrsg.: Psychosoziale Arbeitshilfen Band 13: Standards in der gerontopsychiatrischen Pflege, Psychiatrie Verlag, Bonn, 1999
- Leptihn Tilman; Psychosoziale Arbeitshilfen Band 8: Guter Wille alleine reicht nicht – Leitfaden für ein gerontopsychiatrisches Pflegekonzept, 3. Auflage; Psychiatrie Verlag, Bonn, 2003
- Scharb, Brigitte: Spezielle validierende Pflege – Krankenpflege, Springer, Wien, 1999
- Schwerdt Ruth, Tschainer Sabine: Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen in: Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung, Band III - Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Hannover, 2002
- Spitzenverbände der Pflegekassen: Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002 geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 10.06.2008
- Weick Karl E., Sutcliffe Kathleen M.: Das Unerwartete managen – Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen; Stuttgart, 2003

Bearbeiter Frau Thormann	Änderungsstatus 0	Datum 28.06.2011	Seite 31 von 31	Handbuch Pflegedienst B 1.2.1	Freigabe CT
-----------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	-------------------------------------	----------------