

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

**Soziale Betreuung von Demenzkranken im
stationären Bereich
-eine Forschungsstudie**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 26.02.2010

Vorgelegt von:

Name, Vorname: Kolloßa, Miriam

Matrikel-Nr.: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüfende: Frau Prof. Jutta Hagen

Zweite Prüfende: Frau Prof. Marianne Schmidt-Grunert

Vorwort

Diese Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit dem Thema „Soziale Betreuung von Demenzkranken im stationären Bereich“. Schwerpunktmäßig geht es somit in dieser Forschungsarbeit um die Umstände und Lebensmöglichkeiten demenziell erkrankter Menschen in Alten- und Pflegeheimen.

Mein studienbegleitendes Praktikum habe ich in einem Alten- und Pflegeheim abgeleistet, in welchem ich noch immer im Bereich des Sozialdienstes arbeite. Ich beschäftige mich dort zeitweise mit demenziell erkrankten Menschen, die mehr sehr am Herzen liegen. Aufgrund meiner beruflichen Erfahrung stammt mein Wissen nicht nur aus der Literatur, sondern auch aus meinem persönlichen Erfahrungsschatz. Der Einblick und die Empirie haben mich zu dieser Arbeit inspiriert und mir die Themenfindung für meine Bachelor-Thesis erleichtert.

„Wir sind für das verantwortlich, was wir tun,
aber auch für das, was wir nicht tun.“

(Voltaire)

Ich bedanke mich bei allen die mich unterstützt haben, dass diese Arbeit geschrieben werden konnte. Besonders möchte ich mich bei allen Interviewpartner/innen danken, die sich bereit erklärt haben, sich für meine Interviews zur Verfügung zu stellen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Die Geschichte der Demenz	3
3. Demenz, Depressionen und Feminisierung im Alter	6
3.1 Demenz und Epidemiologie	6
3.1.1 Demenzformen	7
3.1.2 Symptome und Ursachen	10
3.2 Depression und Epidemiologie.....	12
3.3 Depressionsformen, Symptome und Ursachen.....	14
3.4 Unterscheidung „Demenz und Depressionen“	15
3.5 Feminisierung	17
4. Demenz im Alten- und Pflegeheim	19
4.1 Stationäre Versorgung und ihre Problembereiche.....	19
4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	21
4.3 Die Bedürfnisse der Dementen.....	23
4.4 Soziale Betreuung in einem Alten- und Pflegeheim	25
4.5 Angebote für demenzkranke Bewohner	26
4.5.1 Validation nach Feil und integrative Validation nach Richards	26
4.5.2 Basale Stimulation nach Andreas Fröhlich	28
4.5.3 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg	30
5. Forschungsdesign	33
5.1 Forschungsfrage.....	33
5.2 Das Experteninterview	34
5.3 Der Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument	34
5.4 Auswahl der Interviewpartner	36
5.5 Die Interviewphase und Grenzen der Interviews	37
5.6 Transkriptionen der Interviews.....	39

6. Darstellung und Auswertung der Ergebnisse	40
6.1 Vorgehensweisen der Auswertung	40
6.2 Auswertung des quantitativen Datenmaterials	42
6.3 Auswertung des qualitativen Datenmaterials	48
6.3.1 Rahmenbedingungen in der stationären Versorgung	49
6.3.2 Bauliche und räumliche Defizite der verschiedenen Häuser	51
6.3.3 Spezifische Probleme in Bezug auf Demenz	52
6.3.4 Aufklärung über die Krankheit Demenz	53
6.3.5 Versorgung der Dementen	54
7. Fazit	57
Literaturverzeichnis	60
Abbildungsverzeichnis	63
Tabellenverzeichnis	64
Abkürzungsverzeichnis	65
Anhang	66

1. Einleitung

Das Thema „Demenz“ nimmt in der heutigen Zeit eine immer relevantere Position ein. In Deutschland leben zurzeit eine Million Menschen, die an Demenz leiden. Experten vermuten, dass dieser Anteil noch weiter ansteigen wird. Oft leben die erkrankten Menschen in Alten- und Pflegeheimen, da eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die älteren Menschen aufgrund mehrerer Faktoren, wie Hochalterigkeit und Demenz immer kürzer in Heimen verweilen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die älteren Menschen in dieser Zeit bedarfsgerecht untergebracht werden? Wie sieht der Personalschlüssel aus? Was hat sich durch die strukturelle Weiterentwicklung in Bezug auf die Betreuung von Dementen in Heimen verändert? Stimmen die Rahmenbedingungen in Alten- und Pflegeheimen? Dieses wird unter dem Fokus soziale Betreuung betrachtet.

Zu Beginn dieser Arbeit werde ich auf die Definition der Demenz eingehen. Danach werden die verschiedenen Formen der Demenz dargestellt und erläutert. Von besonderer Relevanz ist auch die Depression in diesem Zusammenhang, auf die eingegangen wird, da sie die häufigste Erkrankung im Alter darstellt und mit der Demenz korreliert. Des Weiteren wird untersucht, ob männliche oder weibliche Personen eher unter diesen Krankheiten leiden und wo Unregelmäßigkeiten liegen könnten.

Ferner folgt eine Überleitung der Demenz vom Allgemeinen zum stationären Bereich. Hier werden die Problembereiche und die speziellen Bedürfnisse der Dementen aufgezeigt. Die Aufgaben des Sozialdienstes werden beschrieben und drei adäquate Methoden für demenziell erkrankte Menschen vorgestellt. Diese sind mir auch aus meinen praktischen Erfahrungen bekannt, auf welche ich diesbezüglich zurückgreifen werde.

Der Forschungsteil beschreibt den Betreuungszustand für demenziell erkrankte Menschen in der stationären Versorgung. Ziel meiner Untersuchung war die Ermittlung von: spezifischen Daten über die demenziell Erkrankten; Informationen über die soziale Betreuung; Durchführungsverantwortliche und den Ort der Durchführung, um die Gegebenheiten und die Standards der Versorgung der Dementen zu bewerten.

In meinen Interviews habe ich Heimleiter und Pflegedienstleitungen befragt. Ich erwartete interessante Einblicke in die Sichtweisen der Interviewpartner.

1. Einleitung

Als Erhebungsinstrument wurde ein Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Fragen gewählt. Hierbei erhoffe ich mir ein breites Spektrum an Informationen über den Zustand der Demenzkranken.

Die Auswertung soll den Führungspersönlichkeiten in stationären Einrichtungen und Interessierten aufzeigen, wie die Demenzerkrankten in der stationären Pflege betreut werden, um gegebenenfalls Veränderung vorzunehmen.

2. Die Geschichte der Demenz

Schon für Aristoteles, 384-322 vor Christus, lagen Krankheit und das Alter nah beieinander. Zu jener Zeit war der Anteil der älteren Menschen in der Bevölkerung eher gering, im Vergleich zu heute. Die meisten Menschen erreichten kein hohes Alter, so dass sie den Abbau der kognitiven Fähigkeiten nicht erlebt haben. Doch trotzdem war der Zusammenhang zwischen Krankheit und Alter/n für Aristoteles schon damals ersichtlich. (vgl. Förstl/Maelicke/Weichel, 2005, S. 4)

Unter Alter wird meist der letzte Lebensabschnitt zwischen späterem Erwachsenenalter und dem Tod verstanden. Dieses ist oft mit einem Nachlassen verschiedener Funktionen und dem körperlichen Verfall verbunden.

Die Symptome einer Demenz waren damals schon bekannt und das Alter/n wurde nur selten als positiv bewertet. Celsus verwendete 40 nach Christus erstmals die Bezeichnung „dementia“ für einen Zustand anhaltender Sinnestäuschung, als er einen Bericht über die Medizin verfasste. (ebd., S. 4) Der Redner und Satiriker Junius Juvenalis schrieb um 80 nach Christi Geburt:

"Aber noch schlimmer als sämtlicher Gliedergebrechen ist die Demenz, bei der man selbst die Namen der Sklaven, die Miene des Freundes nicht mehr erkennt, der in vergangener Nacht mit einem speiste, nicht mehr die Kinder, die man gezeugt und erzogen.“

(Ivemeyer/Rainer, 2006, S. 1)

Schon damals fürchteten sich die Menschen vor der Krankheit Demenz. Wie im Zitat genannt, schlimmer als sämtlicher Gliedergebrechen, was mit vielen Schmerzen und Leiden verbunden ist. Folgeschwerer wird aber eingestuft, dass sich an vieles nicht mehr erinnert werden kann. Der Demente erkennt viele Menschen nicht mehr und seine Kinder werden ihm fremd. Es wird deutlich, dass jeher die Gedächtnisleistung ein wichtiges Gut war.

Der römische Autor Aulus Cornelius Celsus schilderte umfassend, dass Gedächtnisleistungen bei älteren Menschen reduziert sein können. Dieses hielt er schriftlich in seinen Werken fest. Der französische Arzt Pinel prägte im Jahre 1797 den Begriff Demenz, welcher bis heute Bestand hat. (vgl. Schwarz, 2000, S. 14)

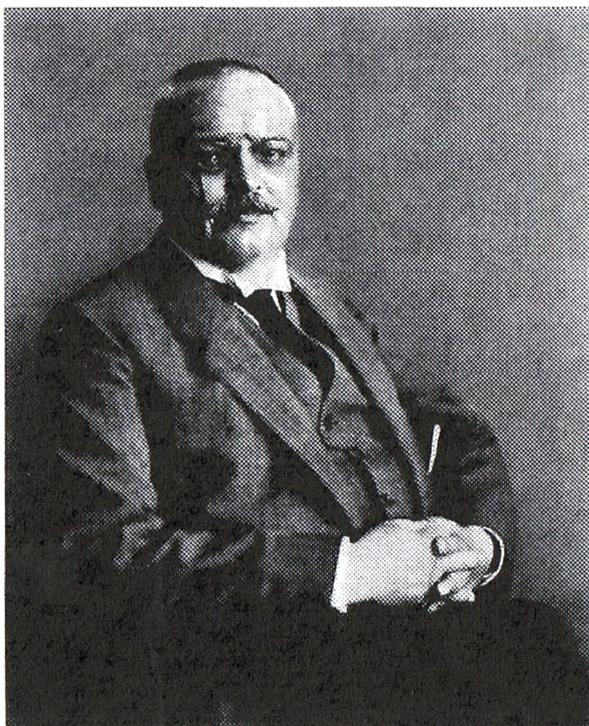
2. Die Geschichte der Demenz

Im frühen 18. Jahrhundert gehörte die Demenz zu einer der fünf Formen der Geisteskrankheiten. Hierzu gehören: Melancholie: Trübsinn bis zur Gemütskrankheit; Monomanie: Besessenheit von einer Wahnidee; Manie: Übersteigertes Selbstgefühl mit einer verbundenen Gemütskrankheit; Blödsinn und Demenz.

Die Suche nach den Ursachen der Krankheit wurde im 19. Jahrhundert ausgeweitet. Ab 1892 beschrieb der Psychiater und Neurologe Arnold Pick relevante Beziehungen zwischen der Verkümmerng des Gehirnes und Sprach- oder Verhaltensstörungen. (vgl. Förstl/Maelicke/Weichel, 2005, S. 4) Eine Form der Demenz wurde später nach ihm benannt. So spricht man von der „Pickschen Stirnatrophie“, die der degenerativen Demenzform zugeschrieben wird. Die verschiedenen Arten der Demenz werden im späteren Verlauf in Kapitel 3.1.1 dargestellt und beschrieben.

Eine wichtige Entdeckung in der Erforschung der Demenz machte der Neurologe und Psychiater Franz Nissl. Er entwickelte eine Färbemethode, um Ablagerungen im Gehirn sichtbar zu machen. Mit ihr konnte sein Kollege und Freund Alois Alzheimer entscheidende Erkenntnisse über die Demenz erlangen.

Abbildung 1: Alois Alzheimer 1864-1915



Quelle: Förstl/Maelicke/Weichel. 2005. S. 5

Daher ist Alois Alzheimer eine der bedeutendsten Personen in der Geschichte der Demenz. Als ausgebildeter Nervenarzt beschäftigte er sich mit Otto Binswanger, einem Psychiater und Neurologen, einige Jahre ausführlich mit Hirngefäßerkrankungen aufgrund kognitiver Störungen. 1898 hielt Alzheimer fest, dass Altersblödsinn die häufigste neuropsychiatrische Erkrankung ist. (ebd., S. 4) Im Jahr 1904 erhielt Alois Alzheimer die Lehrbefugnis an der Hochschule in München. Anschließend gelang es ihm 1906 an dem Fall Auguste D., einer schwer dementen Patienten, welche mit 55 Jahren verstorben war, Plaques nachzuweisen. Plaques sind Eiweißablagerungen im Gehirn, die dessen Funktion beeinträchtigen und als eine der Ursachen für Demenz gelten.

2. Die Geschichte der Demenz

Seine Entdeckung in Bezug auf die Demenz wurde jedoch von seinen Kollegen mit geringerem Interesse verfolgt. Das damalige psychologische Weltbild besagte, dass Schwachsinn eine Folge unzüchtigen Lebenswandels sei. Um 1910 wurde die Alzheimer-Demenz nach dem Namen seines Entdeckers benannt. Erst 1980 begannen die Forscher mit der intensiven mikrobiologischen Erforschung der Alzheimer-Demenz. (vgl. Schwarz, 2000, S. 14 ff.)

Bis heute ist Demenz noch nicht heilbar, auch wenn immer wieder einige Scharlatane behaupten, dass durch transplantierte Zellen, Nervenzellen zu ersetzen sind. Forschern ist es immer noch nicht gelungen, ein Medikament zu entwickeln, dass die Demenz heilen kann. Es wurden jedoch diverse Medikamente entwickelt, die den Verlauf verlangsamen können.

3. Demenz, Depressionen und Feminisierung im Alter

3.1 Demenz und Epidemiologie

Eine Demenz wird nach Dal-Bianco/Schmidt aus dem lateinischen folgendermaßen übersetzt:

„dementia“ = „ohne Geist“ (2008, S. 118)

Auch andere Quellen übersetzen Demenz mit, z. B. „der Geist ist weg“. Meines Erachtens ist dieses kritisch zu betrachten. Der Geist besteht nicht nur aus kognitiven Fähigkeiten, wie erinnern oder denken, welche bei der Demenz eingeschränkt sind. Der Geist ist viel mehr und besitzt ebenso religiöse Aspekte. Nach der Bibel ist der Geist nicht nur an den Körper gebunden. In der Lutherbibel in Kapitel 12 heißt es:

„Denn der Staub muß wieder zu der Erde kommen, wie er gewesen ist,
und der Geist wieder zu Gott, der ihn gegeben hat.“ (bibel-online, 2010)

Daher finde ich es schwierig zu sagen „ohne Geist“ – ein Mensch kann niemals ohne Geist sein.

Auch die Übersetzung von Kieslich ist meiner Meinung nach kritisch zu betrachten:

„Der Begriff Demenz leitet sich vom lateinischen „dementia“ ab und bedeutet wörtlich übersetzt „ohne Verstand“.“ (2008, S.14)

Ein dementer Mensch lebt in seiner eigenen Welt. Er schüttet, z. B. Saft auf einen Teller und ist sich hierbei keines Fehlers bewusst. Für ihn ist dieses Vorgehen vollkommen richtig, für uns Außenstehende natürlich nicht, weil Saft gewöhnlich in ein Glas gehört. Aber warum müssen wir davon ausgehen, dass die Sicht des Dementen, die Falsche ist? Für uns ist unsere Sichtweise natürlich die richtige, die logische und die über Jahrhunderte gereifte Erfahrung. In seiner Welt jedoch besitzt der Demente einen anderen Verstand, für ihn war das eine richtige Handlung. Natürlich kann er sich alleine im Alltag nicht mehr zurechtfinden und ist auf Hilfe angewiesen, aber es ist überspitzt zu sagen, dass der demente Mensch ganz „ohne Verstand“ sei, er ist einfach ein anderer.

Die Übersetzung von Mötzing/Wurlitzer finde ich passender:

„Demenz = Abbau geistiger Fähigkeiten (Gedächtnis, Intelligenz) [...]“
(2000, S. 630)

Noch umfassender würde ich die Demenz beschreiben als:

„Den Abbau geistiger Fähigkeiten, wie Gedächtnis und Intelligenz zur Norm entsprechend.“

Dieses korreliert mit mindestens einer der folgenden Störungen: Sprachstörung; Handlungsunfähigkeit; Unmöglichkeit Gegenstände zu erkennen sowie Störungen bei konstruktiven Aufgaben. (vgl. Mötzing/Wurlitzer , 2000, S. 630)

Demenz kann als Abbau oder Abnahme des Denkvermögens und Verstandes bezeichnet werden. Oft wird von einem Syndrom gesprochen, welches das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Symptome meint. Im Laufe der Krankheit verändert sich die Persönlichkeit und Wahrnehmung des Erkrankten. Es kann sein, dass der demente Mensch seine Angehörigen nicht mehr erkennt, aggressiv wird, oft schreit oder ununterbrochen spricht. Fähigkeiten die erhalten bleiben, liegen im emotionalen Bereich, wie Liebe. Aber auch Mimik und Gestik kann der Demente zum Ausdruck bringen, z. B. wenn ihm das Essen nicht schmeckt, runzelt er die Stirn und streckt die Zunge heraus.

„Experten schätzen, dass heute weltweit 24 Millionen Menschen an einer Demenz leiden. Allein in Deutschland sind nach Schätzungen mehr als eine Million Menschen betroffen. Die Zahl der Neuerkrankungen beträgt jährlich fast 200.000. [...] Experten rechnen für das Jahr 2050 mit bis zu drei Millionen Betroffenen.“ (Kieslich, 2008, S. 14)

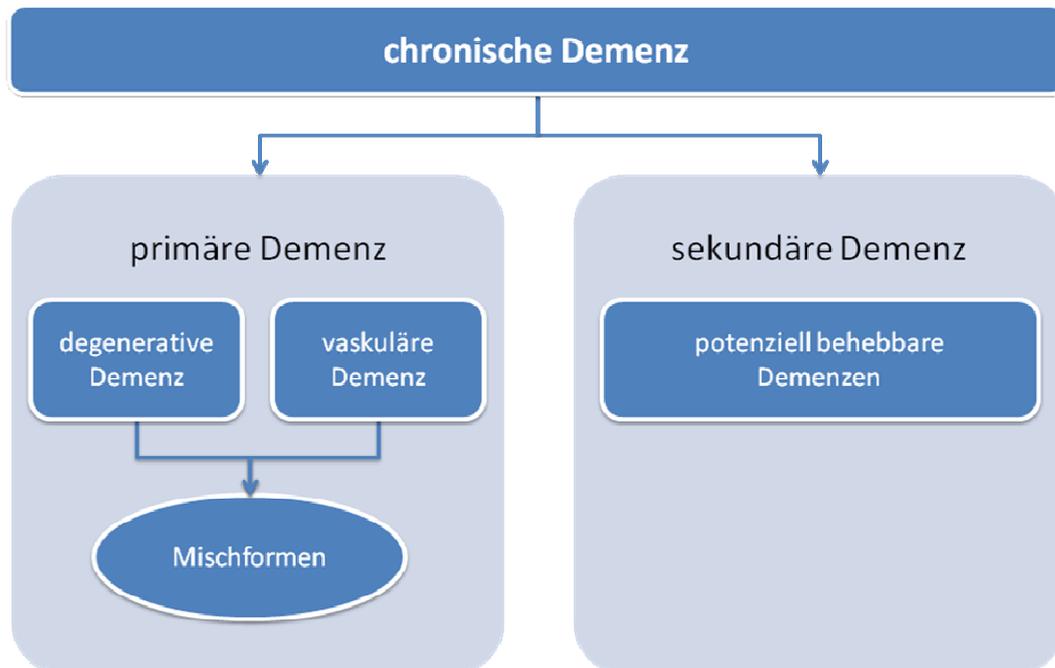
Die Verbreitung der Krankheit ist erheblich. Es ist mit einem weiteren Anstieg in den nächsten Jahren zu rechnen, sofern keine bisherigen Therapieformen greifen oder neue Medikamente entwickelt werden.

3.1.1 Demenzformen

Wie schon kurz in der Arbeit angesprochen, wird die Demenz heutzutage in verschiedene Formen unterteilt. Im nachfolgenden Abschnitt erfolgt die Beschreibung des chronischen Zustandes der Demenz. Chronisch bedeutet, dass es sich hierbei um einen langwierigen Prozess handelt und nicht um eine einfache Verwirrtheit.

Nach Mötzing/Wurlitzer wird von zwei Hauptsträngen ausgegangen, wie die folgende Abbildung 2 zeigt:

Abbildung 2: Formen der chronischen Demenz



Quelle: Angelehnt an Mötzing/Wurlitzer, 2000, S.630

Die chronische Demenz wird unterschieden in primäre und sekundäre Demenz. Auf beide Arten wird nachstehend eingegangen.

Die primäre Demenz

- Bei der degenerativen Demenz kommt es zu einem Abbau von Hirnmasse. Am häufigsten tritt dabei die Alzheimer-Demenz auf, an der 60% aller Betroffenen erkranken. Seltener treten bei der degenerativen Demenz die Picksche Erkrankung (ausgeprägte Hirnatrophien) und die Parkinson Erkrankung (Störungen im Stammhirn) auf.
- Die vaskuläre Demenz betrifft 25% aller Demenzen. Ein Zweig der vaskulären Demenz ist die Multiinfaktdemenz, als Folge von kleinen Schlaganfällen. Diese gefäßbedingte Form der Demenz ist neben der Alzheimer Demenz die häufigste Erkrankung. (vgl. Mötzing/Wurlitzer, 2000, S. 630)
- Häufig treten auch Mischformen der degenerativen- und vaskulären Demenz auf, bei der meist eine überwiegt. Forscher gehen davon aus, dass sehr selten Demenzerkrankungen in Reinform vorkommen. (vgl. Kieslich, 2008, S. 29)

Die sekundäre Demenz

- Sekundäre Demenzen sind auf pathologische oder physiologische Störungen zurückzuführen. Verwirrtheit kann auch mit Mangelernährung in Zusammenhang stehen, z. B. Vitamin B12 Mangel. Bei Zufuhr von Vitamin B12 kann diese Störung wieder behoben werden. Auch eine Überdosierung von Medikamenten kann zu einer sekundären Demenz führen. (vgl. Skawran, 2009, S. 36 ff.)

Die verschiedenen Demenzformen zeigen einen unterschiedlichen Verlauf. Die Alzheimer Demenz beginnt schleichend und zeigt einen langsamen, stetigen Verlauf. Die Multi-Infarkt-Demenz kann plötzlich durch einen kleinen Schlaganfall erfolgen. Hier treten auch häufig Lähmungen auf, was bei der Alzheimer-Demenz nicht der Fall ist. Bei der sekundären Demenz wird von einer potenziell behebbaren Demenz gesprochen, so dass hier der Verlauf auch wieder rückgängig sein kann. (vgl. Grond, 2006, S. 129 ff.)

Es werden nicht nur die Demenzformen unterschieden, auch die Stadien der Erkrankung. Freter (2008) unterteilt dabei in drei unterschiedliche Stadien:

- Frühes Stadium; die Person kommt noch alleine zurecht, da nur leichte kognitive Störungen vorliegen.
- Mittleres Stadium; die betroffene Person benötigt Hilfestellung, da die zeitliche, örtliche und personelle Orientierung abnimmt.
- Fortgeschrittenes Stadium; der ältere Mensch benötigt dauerhafte Unterstützung in der Lebensführung, da die geistigen und körperlichen Abbauprozesse immer weiter zunehmen.

(vgl. Freter 2008, S. 11 ff. zit. n. Skawran, 2004, S. 43)

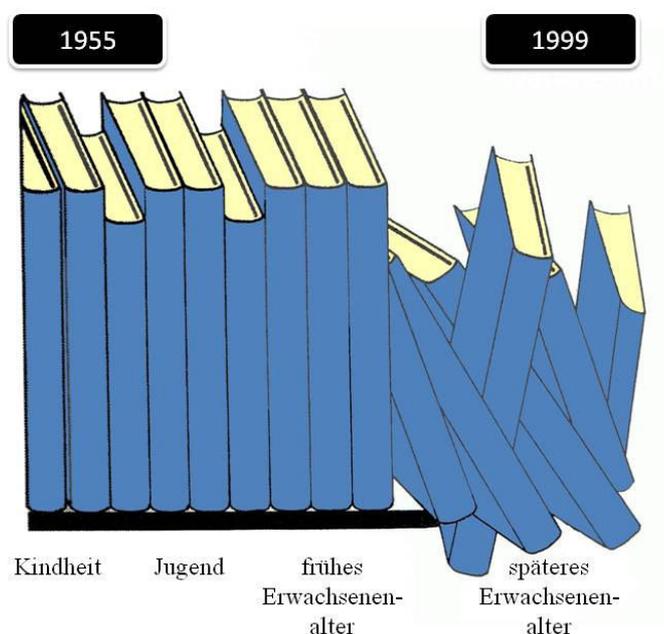
Somit lässt sich die Demenzerkrankung eines Menschen genauer in Art und Fortschreitung einordnen.

3.1.2 Symptome und Ursachen

Die Symptome und Ursachen einer Demenz sind vielfältig. Am prägnantesten tritt hier die Gedächtnisstörung auf.

Bei einer Demenz ist das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt. Dieses ist jedoch besonders relevant, da es die Voraussetzung für die geordnete Speicherung im Langzeitgedächtnis ist. Daher können keine neuen Inhalte im Langzeitgedächtnis eines dementen abgespeichert werden. Der Zugriff auf ältere Inhalte bleibt aber meist sehr lange erhalten. (vgl. Förstl/Maelicke/Weichel, 2005, S. 8 ff.)

Abbildung 3: Gedächtnisabbau bei der Demenz



Quelle: Wirsing, 2000, S. 303

Die Abbildung zeigt die im Laufe des Lebens erworbenen Erinnerungen. Jedes Jahr wird durch ein Tagebuch symbolisiert, das im Langzeitgedächtnis gespeichert ist. Im späteren Erwachsenenalter geraten die Bücher durcheinander und fallen in rückwärtiger chronologischer Reihenfolge aus dem Regal. Die Folge, wie schnell die Bücher aus dem Regal fallen, ist von der Art der Demenz abhängig. Bei der Alzheimer-Demenz ist dieses abschnittsweise. Erst fällt das spätere Erwachsenenalter, dann frühes Erwachsenenalter, anschließend die Jugend und zieht sich bis zur Kindheit hin. Die gespeicherten Daten aus den Büchern, die umgefallen sind, sind für den Dementen nicht mehr zugänglich, da sie in Vergessenheit geraten. Sie erinnern sich oft nur an vergangene Situationen aus ihrer Kindheit. Deutlich wird dies am Beispiel des bestimmten Phänomens, dass sie den Wunsch besitzen

ihre Eltern zu sehen und nach Hause möchten. Für den normalen Menschenverstand ist es völlig absurd, wenn eine 90-jährige Frau nach Hause möchte, aufgrund der Tatsache, dass die Mutter mit dem Mittagessen wartet. An diesem Beispiel zeigt sich deutlich, dass die Dementen in einer eigenen vergangenen Zeitrechnung leben. Vertraute und regelmäßige Handlungen bleiben oft noch lange erhalten. Bei einer Frau, die an Demenz leidet, kann das, z. B. „Kartoffeln schälen“ sein. Legt man ihr die Kartoffel und ein Messer hin, beginnt sie oft von sich aus zu schälen. Sie kennt diese Tätigkeit noch von früher, da diese Inhalte im Langzeitgedächtnis abgespeichert wurden. Die bekannten Tätigkeiten sind immer Kohortenabhängig. Das bedeutet, dass die jetzige Generation im Altenheim gerne und pflichtbewusst Hausarbeiten verrichtet hat. Bei der heutigen Jugend stellt die Tätigkeit „Kartoffeln schälen“ keine standardmäßige Handlung dar. Mit einem Messer und Kartoffeln können viele Jugendliche nichts mehr anfangen. Daher wird sich dieses später verschieben und den dann Älteren werden andere Tätigkeiten angeboten werden müssen.

Neben der Gedächtnisstörung treten Orientierungsstörungen auf, ein Intelligenzabbau mit kognitiven Ausfallsymptomen wie Sprachstörungen und Rechenunfähigkeit, Störungen der emotionalen Kontrolle und des Sozialverhaltens sowie Antriebs- und Motivationshemmung. Eventuell können auch Zukunftsängste, Unruhe mit Weglauftendenz, Reizbarkeit oder aber auch Verhaltensstörungen wie Bestehlungswahn und Aggressivität auftreten. (vgl. Mötzing/Wurlitzer, 2000, S. 630 ff.) Unruhe und Aggressivität beruhen oft auf einer geschwächten Kontrolle über sich selbst, z. B. die Angst etwas falsch zu machen oder Situationen die den Menschen überfordern, z. B. das Auftreten eines Konfliktes. Aggressivität ist eine häufige Form dieses zu zeigen und ist in Alten- und Pflegeheimen vielfach zu beobachten. Wichtig ist dabei, den dementen Mensch zu unterstützen seine Gefühle auszuleben. Jeder Mensch, auch jene die nicht an Demenz erkrankt sind, ist einmal traurig und anschließend wieder fröhlich. Jedem Menschen sollte es erlaubt sein seine Gefühle auszuleben, sofern diese nicht gegen Gesetze verstoßen.

Nach den Symptomen, an denen eine Demenz erkannt wird, stellt sich die Frage, worin die Ursachen einer Demenz liegen. Diese hängen immer von der Form der Demenz ab (siehe Kapitel 3.1.1).

Oft ist die Hauptursache die Hochalterigkeit, wie im Nachfolgenden an Tabelle 1 deutlich wird.

Tabelle 1: Abhängigkeit der Demenz vom Alter

Alter	Demenzerkrankte
65 – 69 Jahre	1,2%
70 – 74 Jahre	2,8%
75 – 79 Jahre	6,0%
80 – 84 Jahre	13,0%
85 – 89 Jahre	24,0%
über 90 Jahre	34,6%

Quelle: vgl. Grond, 2006, S. 128

Es wird deutlich, dass das Alter den größten Risikofaktor darstellt, an Demenz zu erkranken. Je älter die Menschen werden, desto höher ist das Risiko einer Erkrankung. Ein Zusammenhang zwischen Alter und Demenz ist somit klar erkennbar. Daraus ist ableitbar, dass eine der relevantesten Ursachen für das Auftreten der Demenz der Alterungsprozess ist. Das Auftauchen der Demenz aufgrund des Alterns entspricht der schon genannten degenerativen Demenz.

Es wird angenommen, dass früh verstorbene Menschen bei längerer Lebenszeit ebenfalls später an einer Demenz erkrankt wären. Es ist von Mensch zu Mensch verschieden, wann die Krankheit ausbricht. (vgl. Förstl/Maelicke/Weichel, 2005, S. 6)

Insgesamt ist die Entstehung von Demenz ein noch relativ verschlüsselter Themenbereich. Das Auftreten einer Demenz ist noch nicht vollständig verstanden und mögliche Medikamente dagegen sind nicht erforscht. Es ist in Zukunft noch eine intensive Forschungsarbeit zu leisten.

3.2 Depression und Epidemiologie

Um das Thema Demenz adäquat zu erklären und seine Verflechtungen aufzeigen, wird in diesem Abschnitt speziell auf die Depression eingegangen.

Nach Mötzing/Wurlitzer ist eine Depression die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Sie definieren sie wie folgt:

„Gefühlsstörung mit niedergeschlagener, trauriger Stimmung, die mindestens 14 Tage anhält.“ (2000, S. 635)

Von Keudell drückt sich hier noch präziser aus und schreibt:

„Depression heißt eigentlich „Druckverlust“. Gemeint ist der Druck der Lebensenergie, der sich in einer Verminderung der Nervenkraft, des Antriebs, der Lebensfreude äußert.“ (1996, S. 246 ff.)

Einige Quellen, z. B. Davison und Neale versuchten zu widerlegen, dass Depression die häufigste Erkrankung im Alter ist. Sie berufen sich unter anderem auf die amerikanische Studie von Wolfersdorf und Schüler. Laut der Studie liegen die Prozentzahl bei Depressionen des mittleren Alters bei 6,5% und die bei Personen über 65 Jahren nur bei 2,5%. Dieses bestätigt die These, dass auf den ersten Blick weniger ältere Menschen an Depressionen erkranken. Wolfersdorf und Schüler erklären dies jedoch durch folgende Aussagen:

- Depressionen werden im Alter sehr oft falsch diagnostiziert.
- Vielfach wird die Depression im Alter nicht erkannt, da bei älteren Menschen Hemmungen bestehen zum Arzt zu gehen und über Befindlichkeitsstörungen zu klagen.

Sie gehen daher von insgesamt 10% aus, die in Wahrheit an einer Depression leiden. Bei dieser Zahl gehen sie von dem repräsentativen Durchschnitt der Bevölkerung aus. Bei Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Krankenhausaufenthalten wurde festgestellt, dass etwa 40% von ihnen depressiv sind. (vgl. Lützenkirchen, 2008, S. 31 ff.)

Es könnte argumentiert werden, dass besonders gesunde Personen weder chronisch krank sind noch sich in Krankenhäusern aufhalten und somit nicht mit in die Betrachtung fallen, um den Schnitt zu senken. Jedoch dürfte es sich hierbei nur um einen sehr geringen Teil handeln, die den Anteil nur um wenige Prozente senken würden.

Nübel/Kuhlmann/Meißnest sagen dem gegenüber aus, dass 70% der alten Menschen über 65 Jahre psychisch gesund sind und nur 30% von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Sie machen deutlich, dass im medizinischen Bereich nicht alle Möglichkeiten voll ausgeschöpft werden, um z. B. durch Prävention, Früherkennung und Frühbehandlung, Verbesserungen zu erreichen. (vgl. 2008, S. 36 ff.)

3.3 Depressionsformen, Symptome und Ursachen

Eine Depression kann sich unterschiedlich bilden und ausdrücken. Nach von Keudell lässt sie sich in 4 verschiedene Depressionsformen ordnen. Sie unterscheiden sich vor allem in ihren Ursachen und sind im Folgenden dargestellt:

- psychogene Depression

Sie wird meist durch seelische Belastung ausgelöst, z. B. als Reaktionen auf Schicksalsschläge. Diese können Todesfälle sein, finanzielle Probleme oder persönliche Krisen.

Mit einer Häufigkeit von 70% ist sie die führende Form der Depressionsarten.

- endogene Depression

Bei ihr liegt keine klar erkennbare Ursache vor (endogen= im Inneren). Es wird vermutet, dass die Ursache solch einer Depression vererbt oder durch Stoffwechselstörungen hervorgerufen wurde.

Unter ihr leiden 20% der Patienten.

- somatogene Depression

Diese Form ist körperlich begründbar, durch Krankheiten wie Hepatitis, AIDS, Krebs, Diabetes und Demenz.

Es wird von ca. 10% ausgegangen, die an dieser Art erkrankt sind. Vor allem ältere Menschen leiden an dieser Depressionsform.

- Altersdepression

Diese Depressionsart tritt bei Menschen der Altersgruppe 60+ auf. Sie geht oft einher mit einer Erkrankung an Demenz und steht in enger Verbindung mit ihr.

Experten gehen nicht mehr davon aus, dass es sich bei der Altersdepression um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt, da diese Depressionsart in den anderen drei Formen enthalten ist. Es wird davon ausgegangen, dass keine spezielle Altersdepression besteht. (vgl. Keudell von, 1996, S. 246 ff.)

Dieses ist aus meiner Sicht kritisch zu betrachten, da ein hohes Alter einige Besonderheiten mit sich bringt. Junge Menschen leiden bei der somatogenen Depression oft nur an einer Krankheit, wie z. B. Hepatitis. Der ältere Mensch demgegenüber meist an Multimorbidität,

also dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer Erkrankungen, die ihn zusätzlich schwächen und Kraft kosten. Ein Mensch im hohen Alter leidet ebenso sehr unter der Einschränkung seiner kognitiven Fähigkeiten, die meiner Meinung nach in keine der anderen drei Kategorien einzuordnen wäre, da dies ein natürlicher Prozess des Alterns darstellt. Depression in Kombination mit einer Demenz ist auch eine Besonderheit, die nur in der Kategorie Altersdemenz auftreten kann, da es körperlich, seelisch und mit dem Alterungsprozess korreliert. Eine Altersdemenz kann aber auch durch andere Faktoren, wie z. B. Isolation auftreten. Ältere Menschen schämen sich aufgrund ihres kognitiven Zustandes und bewegen sich daher nur selten außerhalb ihres Hauses. Besonders schwer demente Menschen in Altenheimen leiden oftmals unter Isolation, da sie sich nicht normgerecht verhalten. Dieses ist nur in der Sparte der älteren Generation zu finden und verdient daher eine gesonderte Krankheitsbetrachtung, die von einigen abgewertete „Altersdepression“.

Die Symptome einer Depression sind unabhängig von der Art der Depression. Sie sind meist für alle Formen gültig. So können Appetitminderung mit Gewichtsabnahme, verminderter Antrieb wie Gleichgültigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden oder Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit Anzeichen für eine Depression sein. (vgl. Nübel/Kuhlmann/Meißner, 2008, S. 39 ff.) Es ist dabei zu beachten, dass diese einzelnen Symptome auch bei anderen Krankheiten auftreten können und nicht sofort auf eine Depression zu schließen ist.

3.4 Unterscheidung „Demenz und Depressionen“

Demenz und Depression können auf Grund ihrer Symptome leicht verwechselt werden. Oft entsteht am Anfang einer Demenz eine traurige Verstimmung der Person. Diese kann darauf zurückzuführen sein, dass dem älteren Menschen bewusst wird, dass seine kognitiven Fähigkeiten schwinden und er nicht mehr sein altes Leistungsspektrum abrufen kann. Da die Symptome, z. B. die Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit ähnlich wie die einer Demenz verlaufen, ist es oftmals nicht einfach zwischen Demenz und Depression zu unterscheiden. Hier helfen nur kernspintomografische Aufnahmen und standardisierte Tests. (vgl. Kieslich, 2008, S. 48) Im frühen Stadium ist die Diagnose jedoch schwierig zu stellen, aufgrund der Tatsache, dass über einen längeren Zeitraum eine niedergeschlagene Gemütslage vorliegen muss. Dieses verzerrt den Zeitraum der Diagnose und erschwert sie somit. Oft zeigen depressive Patienten stärkere kognitive Defizite. Zusätzlich treten affektive Störungen auf, hierbei liegen Störungen in der Stimmungslage des Patienten vor. (vgl.

Förstl/Maelicke/Weichel, 2005, S. 10) Da das Schwinden der kognitiven Fähigkeiten überwiegt, führt dieses oft zu der Diagnose „Pseudodemenz“. Dieser Ausdruck bedeutet, dass die Person nach einer Demenz behandelt wird, allerdings eigentlich die Therapieansätze einer Depression greifen sollten.

Die Schwierigkeit der richtigen Diagnose wird auch durch die nachstehende Tabelle 2 verdeutlicht:

Tabelle 2: Unterschiede der Demenz und der Depression

Demenzkranke Person	Depressive Person
beginnt schleichend, heimtückisch	beginnt schneller, häufiger
verschlechtert sich stetig	schwankt im Verlauf
desorientiert, erkennt andere nicht	orientiert, erkennt andere wieder
hat Wortfindungsstörungen	ist im Sprechen gehemmt
verleugnet Vergesslichkeit	überbewertet sie, klagt viel darüber
antwortet knapp daneben	antwortet „weiß nicht, kann nicht“
ratlos	hoffnungslos
nachts unruhig	schlaflos
beschuldigt andere bis zu Bestehlungsideen	beschuldigt sich, Versagensangst bis Schuld-/ Krankheits-/Armutswahn

Quelle: Grond, 2006, S. 133

So ist zu erkennen, dass die Merkmale einer Depression und einer Demenz sich ähneln, dabei aber nicht deckungsgleich sind. Die Alzheimer-Demenz beginnt sehr langsam, während die Depression einen schnelleren Verlauf aufzeigt. Bei der Multi-Infarkt-Demenz kann dies ebenso der Fall sein, da sie plötzlich durch kleine Schlaganfälle auftritt. Dieses erschwert zusätzlich die Diagnose. Hier muss auf kleinste Hinweise geachtet werden, z. B. bagatellisieren demente Menschen ihre Symptome häufig und stellen diese als unbedeutend dar „das ist das hohe Alter“. Depressive Menschen hingegen neigen zu einer Übertreibung ihrer Krankheitsdarstellung. In der oben aufgeführten Tabelle werden auch noch weitere Unterschiede aufgeführt, die eine Differenzierung erleichtern.

Des Weiteren können bei einer Depression die verlorenen kognitiven Fähigkeiten wiedererlangt werden, welches bei der Demenz unmöglich ist. Viele Menschen haben die Fehldiagnose „Demenz“ erhalten, obwohl sie an einer Depression leiden. (vgl. Skawran, 2009, S. 37 ff.) Es ist schwierig eine Demenz von einer Depression abzugrenzen, da sie oft ineinander greifen und ähnliche Merkmale aufweisen. Dieses ist aber nötig, da eine Depression vollständig genesen kann.

„Depressionen gehören nicht zum normalen Altern- sondern sind gut behandelbare Erkrankungen.“

(Wormstall/Wilhelm/Gaertner, 2003, S. 45)

Die Behandlung der Depression fußt auf zwei Säulen, der medikamentösen Behandlung und der Psychotherapie. Oft werden die beiden Methoden kombiniert eingesetzt. (vgl. Nübel/Kuhlmann/Meißner, 2008, S. 39) Die richtige Diagnose ist selbstverständlich notwendig, um effektive Erfolge in der Behandlung einer Demenz oder Depression zu erreichen.

Oft wird angenommen, dass ältere Menschen aufgrund von körperlichen Erkrankungen und dem Rückgang physischer Kräfte automatisch in eine soziale Isolation fallen und Verstimmungen erleiden. Der Zustand wird häufig als „normal“ erachtet, da oft ein defizitäres Altersbild herrscht. (vgl. Lützenkirchen, 2008, S. 33) Ein defizitäres Altersbild meint, dass Alter oft mit arm, alt, krank und unselbstständig in Verbindung gebracht wird. Es werden nur die Defizite gesehen. Weißheit, Erfahrungen und verbleibende Ressourcen des älteren Menschen werden oft von Außenstehenden nicht wahrgenommen.

3.5 Feminisierung

Als Feminisierung wird eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit von Frauen bezeichnet. Es besteht eine Verbindung zur Hochalterigkeit und Singularisierung der Frau. Demographisch betrachtet sind zwei Drittel der über 60-jährigen weiblich. Bei den über 75-jährigen sogar drei Viertel. (vgl. Backes/Clemens, 2003, S. 88 ff.)

Die Ursache dafür, dass mehr Frauen an Demenz erkranken liegt somit an der längeren Lebenserwartung. So fallen bei den über 80-jährigen 60% der Neuerkrankungen auf weibliche Personen. (vgl. Förstl/Maelicke/Weichel, 2005, S. 6)

Frauen sind auch häufiger von einer depressiven Störung betroffen als Männer. Sie treten als Reaktion auf das Nachlassen der Leistungsfähigkeit auf. (ebd., S. 30)

Die Hochalterigkeit und verschiedene Krankheiten bringen auch soziale Folgen mit sich, so dass Frauen häufiger von Altersarmut betroffen sind als Männer. Dieses hängt auch damit zusammen, dass die Frauen früher häufig als Hausfrauen arbeiteten und für die Kindererziehung zuständig waren. Dieses schmälert die Rente im hohen Alter.

Ein weiterer negativer Aspekt des hohen Alters ist, dass sich die ganze Lebenswelt verändert, wenn sie in einem Heim leben. Das eigene Normsystem besteht in dieser Art nicht mehr. Das Gefühl der eigenen Lebenswelt fremd geworden zu sein entsteht. (vgl. Nübel/Kuhlmann/Meißnest, 2008, S. 1)

Forschungsergebnissen zu Folge sind Heranwachsende stark vom Gefühl der Einsamkeit betroffen. Im späteren Erwachsenenalter nimmt dieses wieder ab. Interessant ist allerdings, dass ab dem 80. Lebensjahr dieses Einsamkeitsgefühl wieder zunimmt. Die Ursachen der Einsamkeit älterer Menschen sind vielfältig: der Tod des Partners, physische Einschränkung, Geldmangel und Probleme mit der Mobilität. (vgl. Linnemann, 1997, S. 28) Da Frauen, wie schon zuvor genannt, vorwiegend älter werden, sind sie häufiger von den genannten Faktoren betroffen.

Die Feminisierung hat Einfluss auf die stationäre Pflege. Viele soziale Angebote sind auf Frauen zugeschnitten, z. B. kochen, backen, bügeln. Gewohnte Haushaltstätigkeiten können bei dementen Frauen das Gefühl auslösen, dass sie noch immer gebraucht werden (siehe Kapitel 3.1.2). Als Folge der Dominanz der Frauen gibt es in den Alten- und Pflegeheimen kaum auf Männer zugeschnittene Angebote wie Skat oder ähnliches. Oft nehmen die Männer daher an den spezifischen Frauenangeboten nicht teil und ihre Isolation nimmt zu.

Im Nachstehenden wird auf das Thema Demenz im Alten- und Pflegeheim genauer eingegangen.

4. Demenz im Alten- und Pflegeheim

Da die Pflege vor allem bei demenziell erkrankten Menschen durch Angehörige oft nur schwer zu leisten ist, ist Demenz der wichtigste Grund für die Aufnahme in einem Alten- und Pflegeheim. So wird in der Literatur davon gesprochen, dass ca. 60% der Heimbewohner an Demenz erkrankt sind. (vgl. Grond, 2006, S. 128)

4.1 Stationäre Versorgung und ihre Problembereiche

Die stationäre Pflege umfasst einen weiten Aufgabenbereich und bringt infolgedessen auch viele Problembereiche mit sich. Im Weiteren werden dagegen nur Problembereiche aufgezeigt, die die demenziell erkrankten Menschen betreffen oder die in Bezug dazu relevant sind.

Die Krankheit Demenz ist von vielen Besonderheiten geprägt, die beachtet werden müssen. Der Bewohner braucht eine stetige Tagesstrukturierung und besonders intensive Ansprache. Oft ist es durch die Verfassung der Dementen notwendig und auch förderlich, diese getrennt von den übrigen älteren Menschen zu betreuen. Die „gesunden“ älteren Heimbewohner können oft nicht verstehen, warum der Demente so aggressiv ist oder den ganzen Tag kuriose Dinge tätigt und erzählt.

Vielmals sind Menschen mit Demenz auch fixiert, indem sie in ihrem Rollstuhl angeschnallt werden. Hierbei handelt es sich um eine freiheitsentziehende Maßnahme nach §1906 BGB, die genehmigt werden muss. (vgl. Klie/Stascheit, 2007, S. 165) Um diesem entgegenzuwirken ist ein eigener Bereich für die Dementen von Vorteil. Ein abgetrennter Bereich für Demenzkranke hätte dabei einen beschützenden Charakter, da der Einsatz von Psychopharmaka und die Fixierung auf das unbedingt notwendige Maß reduziert werden kann. Auch die Einrichtung der Räumlichkeiten können den besonderen Bedürfnissen der Bewohner besser angepasst werden. Dieses ist auf einem normalen Wohnbereich meist nicht möglich.

Bei einem speziellen Dementenwohnbereich wird unterschieden zwischen einem geschützten und einem geschlossenen Wohnbereich:

- geschützter Wohnbereich

Der Bewohner kann sich hier frei bewegen und auch den Wohnbereich verlassen. Dieser ist durch eine Zahlenkombination gesichert, den nur das Personal kennt. Sobald ein Dementer die Tür öffnet, wird bei dem zuständigen Personal ein Alarm auf dem Handy ausgelöst. Die geöffnete Tür wird hierbei mit angezeigt, so dass das Personal den Bewohner schneller finden und zurück begleiten kann. In solch einer Art des Wohnbereiches ist keine richterliche Genehmigung erforderlich.

- geschlossener Wohnbereich

Hier handelt es sich um eine freiheitsentziehende Sicherheitsmaßnahme. Der Bewohner kann den Wohnbereich nicht verlassen, da er verschlossen ist. Dieses ist nur möglich, wenn ein Gericht dieses für notwendig erachtet und einwilligt.

Das Ziel eines demenzgerechten Wohnbereichs ist es, den Bewohner zu schützen, ihm in diesem Bereich mehr Bewegungsfreiheit zu ermöglichen und dadurch dem dementen Bewohner mehr Würde zu verleihen. Die in einigen Heimen vorhandenen geschützten Wohnbereiche erachte ich unter normalen Umständen für die sinnvollste Lösung. Die Mehrheit der Heime besitzen solch einen aufwändig hergerichteten Wohnbereich jedoch nicht.

Ein weiteres Problemfeld ist der oft nicht ausreichende Personalschlüssel in einem Alten- und Pflegeheim. Dies stellt ein großes Problem dar. So kann das Personal der individuellen Betreuung nicht gerecht werden. Dieses ist allerdings vor allem bei an Demenz erkrankten Personen wichtig. Demenzkranke Menschen brauchen Bezugspflege, sprich Betreuung durch Bezugspersonen und Kontinuität. Ferner ist wichtig, dass Hektik und Unruhe vermieden wird, da dieses bei den Dementen Angst und Unsicherheit hervorruft. (vgl. Mötzing/ Wurlitzer, 2000, S. 51 ff.) Wichtig ist zudem die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre. Dies kann durch gefühlsmäßige Bindungen zwischen Personal und dementen Menschen gelingen. Personalfuktuation ist daher zu vermeiden. (vgl. Wirsing, 2000, S. 306) In Folge der Ökonomisierung in Alten und Pflegeheimen, z.B. aufgrund von Zeitarbeit, ist dieses jedoch nicht gegeben.

Betrachtet man Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Alten- und Pflegeheimen, so ist schnell erkennbar, dass für diese Gruppen nur wenige soziale Angebote zu finden sind. Das Problem ist die individuelle Betreuung, die nur durch genügend Personal sichergestellt werden kann. An Demenz erkrankte Menschen benötigen meist einen besonders hohen Bedarf an Betreuung und Beaufsichtigung. Das bedeutet, dass Beschäftigungsangebote für kleine Gruppen bestehen sollten. Vielmals muss eine „eins zu eins“ Betreuung stattfinden. Solch eine intensive Betreuung führt selbstverständlich zu erhöhten Kosten und ist daher nur selten anzutreffen. Hinzu kommt, dass die Heimstruktur für den Bewohner oft sehr starr und fremdbestimmt ist. Der Individualisierungsgrundsatz ist dem Gesetz fremd. Es handelt sich aber bei jedem Erkrankten um einen Einzelfall, um individuelle Gegebenheiten. Der Bewohner wird vielfach nicht nach seinen Wünschen und Vorlieben behandelt. Das Mitbestimmungsrecht ist vor allem bei Angeboten für die männlichen Bewohner sehr geschmälert und sie sind somit gefordert, sich den Gegebenheiten anzupassen (siehe Kapitel 3.5).

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Demenz immer noch zum Teil tabuisiert wird. Die Gesellschaft möchte mit der Krankheit nicht in Berührung geraten. Die meisten Menschen kommen mit der Krankheit Demenz erst in Kontakt, wenn ihre Eltern oder Angehörigen an ihr erkrankt sind. Dabei sind dann die Angehörigen zu wenig informiert, haben Angst vor dieser Krankheit und wissen nicht wie damit umzugehen ist. Auch der Wissensfundus des Personals im Alten- und Pflegeheim ist meist zu gering, sodass es nicht immer angemessen reagieren kann.

4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Seit 1996 das Pflegeversicherungsgesetz SGB XI in Kraft getreten ist, regelt dieses die Finanzierung der stationären Pflege. Eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, um sie an die neusten Entwicklungen anzupassen, wurde nach 12 Jahren notwendig. So wurde am 01.07.2008 das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung verfasst. (vgl. Skawran, 2009, S. 25)

Wie schon im vorherigen Abschnitt werden Rahmenbedingungen genannt, die relevant für demenziell erkrankte Bewohner sind oder wichtige Aspekte in Bezug auf die Kontrolle der Heime haben, um mich auf meinen Fokus in dieser Arbeit zu konzentrieren.

Die Pflegebedürftigkeit ist im § 14 SGB XI geregelt und sagt aus, dass eine Person wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheit oder Behinderung der Hilfe bedarf. Diese pflegebedürftigen Personen sind nach § 15 SGB XI in eine von drei Pflegestufen einzuordnen. In den drei Pflegestufen wird der Zeitbedarf für die Hilfe ausschließlich auf die Verrichtungen, z. B. Körperpflege und oder Ernährung berechnet. (vgl. Klie/Stascheit, 2007, S. 829 ff.)

Die Beaufsichtigung und Anleitung der Bewohner steht in Zusammenhang mit den zu verrichtenden Tätigkeiten, z. B. beim Waschen und werden nur für diese gewährt. Bei dementen Menschen müssen Handlungsabläufe immer von Neuem wieder erlernt werden. Diese zweitaufwendige Form der Beaufsichtigung und Betreuung kann nur erschwert in Alten- und Pflegeheimen umgesetzt werden. Ferner liegt zwischen den einzelnen Tätigkeiten eine Leerzeit, diese wird im Gesetz nicht berücksichtigt. Die Gesetzgebung erinnert hier an das Teilkaskoverfahren. Es werden ausschließlich nur Kosten für Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung übernommen. (vgl. Skawran, 2009, S. 31 ff.) Für die Kosten der sozialen Betreuung müssen der Bewohner oder die Angehörigen somit selber aufkommen.

Seit der strukturellen Weiterentwicklung der Pflegereform 2008 kann für Heimbewohner zusätzliches Betreuungspersonal eingestellt werden. Dieses gilt für Bewohner mit erheblichem Betreuungsbedarf. Für 25 demenziell erkrankte Bewohner/innen ist nach § 87b Abs. 3 SGB XI (vgl. Klie/Krahmer, 2009, S. 883 ff.) eine Betreuungskraft vorgesehen, die als Vollzeitkraft arbeitet. Die Betreuungskraft hat eine entsprechende Weiterbildung (160 Stunden) im Bereich Demenz absolviert. Die Hauptaufgabe der Betreuungskräfte besteht darin, die Bewohner zu Alltagsaktivitäten zu motivieren, sie dabei zu betreuen und Hilfestellung zu leisten. Die entstehenden Kosten werden durch die Pflegekassen getragen. Die Pflegebedürftigen werden daher mit den Kosten nicht belastet. In § 45a SGB XI ist festgehalten unter welchen Einschränkungen der Erkrankte leiden muss, damit das Heim die gesonderte Pauschale von der Pflegeversicherung für die zusätzliche Betreuungskraft erhält. Hier sind dreizehn Punkte aufgelistet, die eine Einschränkung der Alltagskompetenz darstellen. Davon müssen wenigstens zwei Bereiche betroffen sein. Darunter fallen, z. B. Weglauftendenz, Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus, Verkennen oder Verursachen gefährlicher Situationen. (vgl. Klie/Stascheit, 2007, S. 843 ff.)

Diese Gesetzesänderung hat einige Vorteile bewirkt, werden die Verbesserungen der Angebote für Demente betrachtet. Sie deckt jedoch den Bedarf an Hilfe noch nicht ab, da viele Bewohner, wie schon im vorherigen Punkt genannt, meist in Kleingruppen betreut

werden müssen oder oft nur in der erwähnten „eins zu eins“ Betreuung behandelt werden sollten. Die Betreuungskraft ist ca. 6-7 Stunden am Tag im Heim anwesend. Davon sind eine Pause und die Dokumentationszeit abzurechnen. Nach Umrechnung der verbleibenden Zeit auf jeden Bewohner bleiben nur ca. 10 Minuten an sozialer Betreuung übrig.

Um eine weitere Verbesserung der Situation in Alten- und Pflegeheimen zu erreichen, ist geplant, ab 2011 die Alten- und Pflegeheime jährlich und grundsätzlich unangemeldet vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kontrollieren zu lassen. (vgl. Klie/Krahmer, 2009, S. 1042 ff.) Diese Kontrollen finden bisher nur alle vier Jahre statt. Die Qualitätsberichte werden in verständlicher Form veröffentlicht und können ebenso eine „Werbung für das Haus“ darstellen, wenn die Prüfung mit positivem Ergebnis abgeschlossen wird. Bei einer MDK-Prüfung werden auch die Leistungen der sozialen Betreuung überprüft und bewertet. Meist werden zusätzlich Stichproben bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durchgeführt. Bewertet der MDK das Heim als nicht ausreichend, erhält dieses Heim die Chance nachzubessern. Geschieht dies nicht, kann es bis zu einer Schließung der Einrichtung führen.

4.3 Die Bedürfnisse der Dementen

Für die soziale Betreuung und das Pflegepersonal ist es relevant, die Bedürfnisse der Demenzkranken zu kennen, da sie diese oft nicht selbst äußern können. Die Bedürfnisse sind sehr individuell und steigen meist mit der kognitiven Beeinträchtigung.

Abbildung 4: Psychische Bedürfnisse von Menschen mit Demenz



Quelle: Kitwood, 2004, S. 122

Nach Kitwood kann ein Mensch ohne die Befriedigung seiner Bedürfnisse „nicht funktionieren“. Die Hauptaufgabe ist der Erhalt des Personseins, welches durch die Bedürfnisbefriedigung möglich wird. Ein entscheidendes Bedürfnis auch schwer Dementer besteht nach Liebe (siehe auch Abbildung 4). Folgende Aspekte können dieses Bedürfnis nach Liebe beeinflussen:

- Trost

Bei Demenzkranken ist das Bedürfnis nach Trost besonders groß beim Verlust eines nahen Angehörigen. Trost beinhaltet auch Zärtlichkeit, Nähe sowie das Lindern von Schmerzen.

- Primäre Bindung

Das Bedürfnis nach primärer Bindung bleibt bei Demenz bestehen, es beschreibt eine Art Sicherheitsnetz. Es kann sogar so stark wie in der Kindheit sein.

- Einbeziehung

Das Bedürfnis nach Einbeziehung, also Teil einer Gruppe zu sein, ist sehr hoch. Bei vielen dementen Menschen in Alten- und Pflegeheimen wird dieses Bedürfnis nicht angesprochen. Sie leben zusammen, aber dennoch besteht das Gefühl allein zu sein und ein Rückzug in die Isolation droht.

- Identität

Identität bedeutet, eine Vergangenheit zu haben die man anderen präsentieren kann und zu wissen, wer man ist. Dieses ist ein einzigartiges Phänomen, welches bei Dementen, wie in Kapitel 3.1.2 nach und nach verloren geht.

- Beschäftigung

Die Wurzel des Beschäftigungsdranges liegt in der Kindheit. Je nach Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzelnen wird die Person in Beschäftigungsangebote einbezogen.

(vgl. Kitwood, 2004, S. 121 ff.)

Es ist wichtig, dass die Bewohner in einem Alten- und Pflegeheim beschäftigt werden. So werden ihre Fähigkeiten erhalten und gefördert. Ohne Beschäftigung lässt sich nicht von ganzheitlicher guter Pflege sprechen. Natürlich bestehen noch weitere Bedürfnisse, z. B.

nach jährlichen Feiern oder nach Entspannung. Oft werden die Bedürfnisse durch den Sozialdienst eines Alten- und Pflegeheims befriedigt.

Es sind nicht nur emotionalen Bedürfnisse der Demenzen von Bedeutung, sondern auch ob ein Heim auf die Bedürfnisse der Demenzen allgemein eingestellt ist. So muss ein Heim ebenfalls, baulich auf die Bedürfnisse der Demenzen eingestellt sein. Hiermit stellen sich z.B. folgende Fragen: Sind die baulichen Gegebenheiten an die Bedürfnisse Demenzkranker angepasst? Gibt es angenehme Farben, genügend Helligkeit? Gibt es einen geschlossenen Garten? Ist die Betreuung angemessen, sprich wie sieht der Pflegeschlüssel aus? Ist das Personal in Bezug auf Demenz geschult und wird regelmäßig fortgebildet? Aus diesen Anmerkungen ist erkennbar, dass nicht jedes Alten- und Pflegeheim für Demenzerkrankte tauglich ist. So bringen Demenzkranke gegenüber normalen Bewohnern weitere Anforderungen an ein Heim mit sich.

4.4 Soziale Betreuung in einem Alten- und Pflegeheim

„Die Pflegepraxis kann sich nicht nur um die körperlichen Bedürfnisse der demenzen Menschen kümmern und niemand kann es rechtfertigen, Menschen mit Demenz psychisch zu vernachlässigen.“

(Kitwood, 2004 zit. n. Skawran, 2009, S. 71)

Es ist wichtig, in einem Alten- und Pflegeheim eine ganzheitliche Pflege anzubieten. Das bedeutet, nicht nur „sauber und satt“, sondern auch das Vorhandensein sozialer Angebote. Der Sozialdienst zielt auf die Autonomie des älteren Menschen und die Verbesserung seiner Lebensqualität ab. Auch die Teilhabe am Leben und in der Gemeinschaft soll, unter der Berücksichtigung der jeweiligen Biografie und Befindlichkeiten, ermöglicht werden. Die Stärken, Fähigkeiten und Interessen sollen im Rahmen der individuellen Möglichkeiten gefördert werden.

Ferner ist es von Bedeutung, dem Bewohner Ängste zu nehmen und ihm Sicherheit, Unabhängigkeit und Orientierung zu vermitteln. (vgl. Mötzing/Wurlitzer, 2000, S. 633) Durch den zunehmenden eingeschränkten Zustand, z. B. durch Demenz bei älteren Menschen, wächst ihre Abhängigkeit von den Mitarbeitern des Heimes. Hieraus resultieren der schon erwähnte Identitätsverlust, die wachsende Unselbstständigkeit und der Verlust des Selbstbewusstseins. Eigenbestimmung und Unabhängigkeit sind kaum noch möglich. Oft werden Vorschriften und Verbote ausgesprochen, z. B. die Nutzung des Zimmers am Tage.

Die Entscheidungsfreiheit des Dementen ist somit stark eingeschränkt. Wichtig sind zusätzliche Betreuungsangebote, dabei ist es entscheidend, dass alle Angebote der Selbst- und Mitbestimmung unterliegen. Dies gesteht dem Bewohner mehr Eigenbestimmung zu und vermittelt ihm das Gefühl, dass das Heim nur nach seinen Wünschen vorgeht.

Auch hier ist wieder zu berücksichtigen, dass besonders Bewohner mit Demenz sehr viel Einfühlungsvermögen, Verständnis, Vertrautheit, Kontinuität, Aktivierung, eine Tagesstrukturierung und konstante Bezugspersonen benötigen. (vgl. Mötzing/Wurlitzer, 2000, S. 633)

4.5 Angebote für demenzkranke Bewohner

Neben neuen Arzneimitteln gibt es viele Interventionsmöglichkeiten bei einer Demenz. Die verschiedenen Methoden können den Prozess einer Demenz nicht aufhalten, aber das Wohlbefinden des Betroffenen steigern. Oft führen die Methoden die Mitarbeiter des Sozialdienstes durch. Es wird aber auch angeraten, dass die Pflegemitarbeiter aktiv werden.

In der Literatur wird zwischen psychologischer, ökologischer und sozialer Intervention unterschieden. Ökologisch, soziale Intervention meint, eine optimale Umgebung für die demenziell Erkrankten zu schaffen. Dazu gehören: Sicherheit und Geborgenheit ausstrahlen, Bewegungsfreiheit gewähren, Kontinuität und Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang herstellen, Kontakt und Erfahrung mit Tieren zulassen und Ruheräume bereitstellen. (vgl. Skawran, 2009, S. 49 ff.)

Die psychologische Intervention kann nach unterschiedlichen Methoden durchgeführt werden. Im Folgenden werden drei Methoden ausführlich erläutert, die in Alten- und Pflegeheimen angewendet werden. Sie sind bei Dementen, wie auch bei den übrigen Bewohnern anwendbar.

4.5.1 Validation nach Feil und integrative Validation nach Richards

„Validation heißt:

- das Gesagte für gültig erklären
- den Menschen mit seinen Äußerungen wertschätzen
- ihn ernst nehmen und
so akzeptieren, wie er in diesem Moment empfindet.“

(Madey/Völker, 2004, S. 196)

Naomi Feil entwickelte ein Konzept zur Validation für älteren Menschen. Vorrangig ging es ihr um den wertschätzenden und (er-) lösungsorientierten Umgang. Es geht darum, den älteren Menschen in seiner aktuellen Gefühlswelt wertschätzend zu begleiten. An dem Konzept von Naomi Feil wird kritisiert, dass sie die Verhaltensweisen eines dementen Menschen als Folge unbewältigter Lebensaufgaben betrachtet. Naomi Feil meint damit, dass in der Vergangenheit bestimmte Lebensaufgaben nicht bewältigt wurden. Diese Aufgaben müssen nun noch erledigt werden, damit die Menschen sterben können. (vgl. Wirsing, 2000, S. 319 ff.) Sie richtet sich nach der Entwicklungstheorie von Erik Erikson, in der der Mensch sieben Stadien der Entwicklung durchlebt. In jedem Stadium werden spezielle Anforderungen an ihn gestellt. Werden diese nicht bewältigt, kommen Ängste und Verluste im hohen Alter zurück und neue hinzu. Nach Feil steht diesen Menschen das Recht zu, ihre Vergangenheit ins Reine zu bringen und eine Rechtfertigung für die Art, wie sie ihr Leben gelebt haben, zu finden. (vgl. Madey/Völker, 2004, S. 201)

Feil entwickelte zehn Grundsätze und Werte für die Betreuung von Dementen im Alten- und Pflegeheim. Beispielhaft sind nachstehend zwei angegeben:

- Alle Menschen sind einzigartig und werden als Individuen behandelt.
- Sie sind wertvoll, ganz egal, wie schwer verwirrt sie sind usw. (vgl. Skawran, 2009, S. 52 ff.)

„Im Unterschied zu Naomi Feil hat Nicole Richard unter dem Begriff „Integrative Validation“ einen Ansatz entwickelt, der nicht die unbewältigten Probleme des alten Menschen in den Mittelpunkt stellt, sondern „das Gefühl des Betroffenen“ an die erste Stelle des Handelns setzt.“ (Madey/Völker, 2004, S. 196)

Nicole Richard entwickelte das Modell von Naomi Feil weiter, zu einem praxisorientierten Modell der „integrativen Validation“. Ziel der integrativen Validation (IVA) ist es, ein vertrautes Klima zu schaffen, indem der Fokus auf dem emotionalen Empfinden liegt. Die Kommunikation soll nicht auf der Sachebene basieren, sondern auf der Gefühlsebene. Sie geht davon aus, dass die Gefühle der Dementen der Wirklichkeit entsprechen und immer ernst zu nehmen sind. Nicht die Sachaussage der Person ist entscheidend, sondern das Gefühl, welches dahinter steht. (vgl. Skawran, 2009, S. 54)

Die IVA geht von drei Schritten in der Kommunikation aus:

1. Erspüren des gefühlsmäßigen Hintergrundes.
2. Individuell validieren,
benennen des Gefühls mit Unterstützung einer individuellen Aussage.
3. Allgemein validieren,
verbalisieren der Gefühle durch Sprichwörter, Lieder, Volksweisheiten.

(vgl. Madey/Völker, 2004, S. 198)

In der Praxis angewendet erhält man dazu folgende 3 Schritte:

1. Gefühl= Wut
2. „Sie sind wütend, weil sie heute keinen Besuch bekommen.“
3. „Sie platzen ja gleich vor Wut.“ oder „das bringt das Fass zum Überlaufen“

Zu Beginn der IVA werden Gefühle angesprochen. Der Demenzkranke fühlt sich dadurch verstanden, da jemand seine Gefühle ausspricht, die er oft nicht ausdrücken kann. Dieses gibt ihm Sicherheit. Er ist mit seinen Sorgen, Ängsten und Nöten nicht mehr allein. Das schafft Vertrauen und Nähe. Das allgemeine Validieren besteht oft aus Sprichwörtern und Liedern die dem dementen Menschen bekannt sind, da sie in seinem Langzeitgedächtnis abgespeichert sind (siehe Kapitel 3.1.2). Es können so Ängste und Stress bei den Dementen vermieden oder gemindert werden. Erforderlich ist hier das Einfühlungsvermögen und Verständnis, das bei Pflege- und Betreuungspersonal vorhanden sein muss. Die integrative Validation findet auch bei gesunden Menschen Anklang und schafft mehr Verständnis für das Gegenüber.

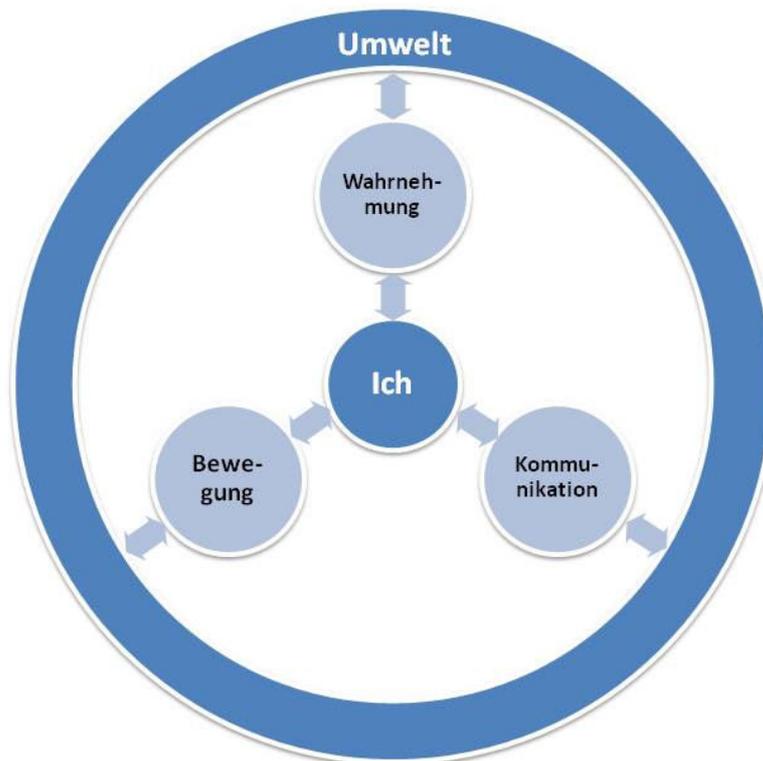
4.5.2 Basale Stimulation nach Andreas Fröhlich

Der Sonderpädagoge Andreas Fröhlich entwickelte in den 70iger Jahren eine Methode zur Entwicklungsförderung schwerstgeistig-mehrfachbehinderter Kinder. Durch bestimmte Wahrnehmungsangebote werden Kontaktmöglichkeiten zur Umwelt aufgebaut. Christel Bienstein hat sein Konzept auf schwerstbeeinträchtigte Menschen, zu denen auch die dementen Menschen zählen, übertragen. (vgl. Mötzing/Wurlitzer, 2000, S. 148 ff.)

Basal bedeutet auf elementarem Wege einen Menschen zu erreichen, um mit ihm zu kommunizieren. Der Kontakt zu den erkrankten Menschen soll sich nicht nur auf die

Grundpflege reduzieren. Aufgrund der schweren Erkrankungen ist es wünschenswert, dieses unkompliziert verlaufen zu lassen. Bei der Basalen Stimulation stehen Kommunikation, Wahrnehmung und Bewegung im Vordergrund. Ziel ist es, diese Bereiche zu erhalten und zu fördern und so die Möglichkeit zu bieten, mit der Umwelt in Kontakt zu treten. Dieses wird in Abbildung 5 grafisch dargestellt:

Abbildung 5: Interaktion mit der Umwelt



Quelle: Eigene Abbildung 2010

Das Pflegepersonal vertritt oft die Meinung, dass an Demenz erkrankte Menschen ihre Umwelt nicht mehr wahrnehmen. Unter Umständen versiegt die Ansprache ganz und die Pflege wird in stummer Routine verrichtet. Diese Menschen leiden an Reizarmut und das Körpergefühl schwindet. (vgl. Madey/Völker, 2004, S. 182 ff.)

In Artikel 1 des Grundgesetzes heißt es „die Würde des Menschen ist unantastbar.“ (Klie/Stascheit, 2007, S. 279) Demenzkranke bekommen sehr wohl mit, was in ihrer Umgebung passiert. Sie können sich dazu aber nicht adäquat äußern. Die Betroffenen benötigen gezielte Ansprache der oben genannten Körpersinne. Um diese Sinne zu erreichen, müssen verschiedene Wahrnehmungsbereiche gefördert werden.

Folgende Bereiche der Wahrnehmung sind zu nennen:

- Vibratorischer Bereich
Die Wahrnehmung von Schwingungen, z. B. durch ein Massagegerät.
- Vestibulärer Bereich
Wahrnehmung des Gleichgewichts und der Beschleunigungskraft, z. B. Auf- und Abwärtsbewegungen.
- Somatischer Bereich
Wahrnehmung des Sinnesorgans Haut, z. B. durch Ganzkörperwäsche, Massage.
- Auditiver Bereich
Akustische Wahrnehmung, z. B. Musik, Stimme, Geräusche.
- Taktil-haptischer Bereich
Tastsinn durch Hände, Mund und Fußinnenflächen, z. B. durch Materialien, die bei Pflegehandlungen verwendet werden.
- Visueller Bereich
Umwelt und Persönlichkeitswahrnehmung, z. B. Wahrnehmung hell und dunkel, Tag und Nacht.

(vgl. Mötzing/Wurlitzer, 2000, S. 148 ff.)

Hierbei ist es vorteilhaft sich an den Ressourcen des Erkrankten zu orientieren. Kann der Bewohner, z.B. noch gut hören, so ist das Vorspielen von Musik ein geeignetes Mittel.

4.5.3 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg

Ute Schmidt-Hackenberg hat ihre langjährigen Erfahrungen mit gesunden und demenzkranken älteren Menschen in einer praxisnahen Ideensammlung zusammengefasst. Durch ihre kreativen Angebote fördert sie die Lebensfreude und Aktivität körperlich wie auch geistig. Durch die kurze Dauer ist die Integration in den Pflegealltag relativ leicht zu bewältigen. Der biografische Blickwinkel steht in ihrer Betrachtung im Mittelpunkt. Sie knüpft an generationstypische Lebenserfahrungen an, die über ähnliche Rahmenbedingungen wie Erziehung, Lebensart und Arbeitswelt vermittelt wurden. Sinn und Zweck ist es hierbei verschiedenste Erinnerungen wieder zu erwecken. Wie bei der Basalen Stimulation werden auch hier bei den Beschäftigungen die visuelle und taktile Wahrnehmung gefördert. (vgl.

Wirsing, 2000, S. 241) Hier zeigt sich die Überschneidung bzw. der ähnliche Grundgedanke der beiden Methoden.

Bei der 10-Minuten-Aktivierung werden alte Gebrauchsgegenstände, z. B. Kochlöffel, Fleischklopfer und anderes Werkzeug benötigt. Mit ihnen können sich die älteren Menschen in eine Art Zeitreise begeben und werden so für kurze Zeit angeregt, über Kindheit, Jugend, Familienleben oder Beruf zu sprechen. Mit Hilfe vertrauter Gegenstände werden die Erkrankten animiert und es wird versucht kleine „Fenster“ zum Gedächtnis aufzustoßen. Die Gegenstände sollen zur ganzheitlichen Wahrnehmung anregen und können somit angeschaut, berochen, gefühlt oder für Bewegung genutzt werden. (vgl. Madey/Völker, 2004, S. 160) Um die 10-Minuten-Aktivierung durchzuführen, bedarf es der Vorbereitung und einer Einführung der Mitarbeiter. Mit Hilfe von Angehörigen wird Material aus dem Haushalt der Bewohner gesammelt.

Die 10-Minuten-Aktivierung besteht aus:

- Einer Einführungsphase,
- der eigentlichen Durchführung sowie
- der Phase des Ausklingsens.

(vgl. Madey/Völker, 2004, S. 160)

In der Praxis sieht solch eine Durchführung wie folgt aus:

- Begrüßung des Bewohners und Vorbereitung auf das eigentliche Thema.
- Durchführung, z. B. eines biografischen Gesprächs. Dieses sollte ca. 10 Minuten dauern.
- Verstauen der Gegenstände und Verabschiedung.

Die 10-Minuten-Aktivierung ist eine sehr angenehme und erfolgversprechende Methode, um ältere Menschen über einen kurzen Zeitraum zu beschäftigen. Diese kann sich dennoch schwierig gestalten, wenn die Angehörigen nicht bereit sind oder im Umfeld nicht greifbar sind, um z. B. Fotos auszuhändigen oder die Lieblingspuppe mitzubringen. Der biografische Hintergrund ist gleichwohl auch kritisch zu betrachten, da dieser von den älteren Menschen

nicht immer als positiv erachtet wird. So kann einem Künstler bei Stimulation durch einen Pinsel oder eines Bilderrahmens bewusst werden, dass seine Fähigkeiten nachgelassen haben. Er kann nicht mehr so schöne Bilder wie früher malen und das könnte ihn traurig stimmen. Die Angebote sollten daher in Bezug zu den Fähigkeiten ausgewählt werden. 10-Minuten-Aktivierung muss sich nicht immer auf die Biografie stützen. Bei dem Thema „Wellness“ besitzt jede Frau ihre eigenen Erfahrungen. Hier kann eine Niveacreme, eine Bürste, Lippenstift und Puder auch Erinnerungen wecken. Das Wohl des Bewohners sollte immer im Mittelpunkt stehen.

Aus meinen eigenen Erfahrungen weiß ich, dass diese Art der Beschäftigung für die Bewohner ein schönes Erlebnis ist, aber als Tagesbedarf im Ganzen „eine 10-Minuten-Aktivierung“ zu wenig ist. Sie sind auf mehrere Reize am Tag angewiesen.

5. Forschungsdesign

Die Idee und der Ausgangspunkt für mein Forschungsprojekt resultiert aus meiner beruflichen Praxis in den unterschiedlichen Alteneinrichtungen, in einem Alten- und Pflegeheim sowie in einer Tageseinrichtung für ältere Menschen. Durch meine Tätigkeiten in diesen Einrichtungen konnte ich beobachten, dass meiner Meinung nach demente Menschen bei der sozialen Betreuung zu wenig Berücksichtigung erhalten. Durch die strukturelle Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2008 wird dies ebenfalls bestätigt. In dieser Gesetzesänderung wurde unter anderem der Einsatz von zusätzlichen Betreuungsassistenten festgeschrieben. Durch die Reaktion des Gesetzgebers, die Betreuung in einem Gesetz zu regeln, sehe ich meine These der unvollständigen Betreuung Demenzkranker bestätigt. Doch stellt sich mir die Frage, ob mit der Weiterentwicklung der Pflegereform 2008 schon genug getan ist?

5.1 Forschungsfrage

Das Hauptaugenmerk des Forschungsprojektes wurde darauf ausgelegt, die Gesamtsituation der Dementen in der stationären Versorgung zu ermitteln. Das Ziel der Erhebung ist aufzuzeigen, wie die Gegebenheiten und Bedingungen im stationären Bereich aussehen und ob gegebenenfalls Veränderungen anstehen.

Wie aus meinen eingangs aufgeführten Literaturrecherchen deutlich wird, ist eine Vielzahl älterer Menschen an Demenz erkrankt. Wie wird darauf in Alten- und Pflegeheimen reagiert? Diese Bereiche sind für mich interessant: Personalschlüssel, Fortbildungen zum Thema Demenz, Erkrankungsdichte und Problemeinschätzung der Befragten. Des Weiteren geht es um die Wünsche und Vorstellungen für die Zukunft der Dementen in den Heimen. Dies alles sind zentrale Fragen, die durch meine Forschung beantwortet werden sollen.

In den Mittelpunkt rückt dabei die Betreuungssituation. Hiermit sind besonders die speziellen Betreuungsangebote für die Dementen, die Vielfalt der Angebote und der Ort der Durchführung gemeint.

Bisherige Forschungsprojekte, welche speziell das Gebiet der sozialen Betreuung im stationären Bereich Demenzkranker betrachten, sind nicht zu finden. Lediglich Arbeiten zur allgemeinen Situationsanalyse in Altenheimen lassen sich nachlesen. Für meine speziell auf Demente ausgerichtete Forschungsarbeit lassen sich daraus kaum Informationen übertragen.

5.2 Das Experteninterview

Die vorliegende Fragestellung wurde mit Hilfe des Experteninterviews bearbeitet. Dabei wurde ein Methodenmix aus quantitativen- und qualitativen Fragen verwendet, um neben harten Fakten auch die Perspektiven der verschiedenen Akteure zu erhalten. Es wurde die Methodik nach Meuser und Nagel gewählt, um „die Erfassung von praxisgesättigtem Expertenwissen“ zu erhalten. (vgl. Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.)

Nach Meuser und Nagel gilt das Experteninterview als randständiges Verfahren. Es ist mit viel Aufwand verbunden und eignet sich zur Rekonstruktion komplexer Wissensbestände. Das Experteninterview wird oft im Rahmen der Evaluationsforschung in der pädagogischen Forschung angewandt. Es wird dessen ungeachtet vielmals auch von Praktikern vor Ort angewandt. Insgesamt handelt es sich um Praxiswissen, welches die Experten weiter geben. In der Literatur wird das Experteninterview nur selten aufgeführt und deren Verlauf und Auswertung erklärt. Andere Formen des Interviews unterscheiden sich erheblich vom Experteninterview. Bei diesem liegt nach Meuser und Nagel ein besonderes Erkenntnisinteresse vor. (ebd., 451 ff.)

Nach Deeke (1995) wird der Begriff des Experten wie folgt definiert:

„Als Experten könnte man diejenigen Personen bezeichnen, die in Hinblick auf einen interessierten Sachverhalt als <Sachverständige> in besonderer Weise kompetent sind.“

(Deeke, 1995 zit. n. Flick, 2006, S. 218)

Die Befragten haben durch ihre berufliche Qualifikation und Erfahrung ein Spezialwissen in bestimmten Themenbereichen, welches sie auf diesem Gebiet zu Experten macht.

5.3 Der Interviewleitfaden als Erhebungsinstrument

Meuser und Nagel empfehlen ein leitfadengestütztes offenes Interview zu führen. Vorab ist es wichtig, sich Wissen aus der Literatur über das Thema anzueignen, um ein kompetenter Gesprächspartner zu sein. Dieses beinhaltet Gesetzesgrundlagen sowie Regeln und Bestimmungen. (vgl. Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.) Aufgrund meiner praktischen Tätigkeiten im Alten- und Pflegeheim hatte ich bereits Kenntnisse auf diesem Gebiet. Darüber hinaus habe ich mich neben der Literatur ebenso über neue gesetzliche Bestimmungen informiert.

„Die in die Entwicklung eines Leitfadens eingehende Arbeit schließt aus, daß sich der Forscher als inkompetenter Gesprächspartner darstellt. (...)

Die Orientierung an einem Leitfaden schließt auch aus, daß das Gespräch sich in Themen verliert, die nichts zur Sache tun (...).“

(Meuser/Nagel, 2002, S. 77 zit. n. Flick, 2006, S. 219)

Das sich das Thema nicht verliert ist wichtig, da meinem Forschungsinteresse nachgegangen werden soll.

Im nächsten Schritt wurden die Kategorien erarbeitet, an denen sich der Leitfaden orientiert. Mit dem Blick auf die Unterscheidung zwischen quantitativen und qualitativen Fragen, wurden für jeden Fragenkomplex jeweils zwei Kategorien konzipiert:

Quantitative Fragen

- Informationen zum Haus und den demenziell erkrankten Bewohnern
- Fortbildung des Personals und soziale Betreuung der Menschen mit Demenz

Qualitative Fragen

- Alltagsprobleme in Bezug auf Demenz
- Jetziger Zustand der demenziell Erkrankten in der stationären Einrichtung und Idealzustand

Die quantitativen Fragen werden zu Beginn des Interviews gestellt, um Fakten über demenziell Erkrankte zusammenzutragen. Im zweiten Schritt werden daraufhin qualitative Fragen in Form von weiterführenden, offenen Fragen gestellt. Mein anhand der vier Kategorien erarbeiteter Interviewleitfaden umfasst 11 Fragen, davon 7 quantitative Fragen und 4 qualitative Fragen. Diese sind thematisch aufeinander aufgebaut und ermöglichen einen flüssigen Gesprächsverlauf.

Der Interviewleitfaden dient als Sicherheit, um mich zusätzlich bei der Gesprächsführung zu unterstützen. In Übereinstimmung mit Meuser und Nagel war dieser jedoch nicht bis ins Kleinste ausformuliert, um ein strenges, kaltes und lediglich abfragendes Interview zu vermeiden. Die Erstellung eines Leitfadens ist wichtig und notwendig, jedoch sollte auf die thematische Vorstrukturierung verzichtet werden, da die Gefahr bestehen kann, den Experten als inkompetenten Gesprächspartner darzustellen und so das Wissen nicht umfassend zu

erheben. (vgl. Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.) Durch meine Erfahrungen aus der Arbeit mit älteren Menschen und der Literaturrecherche, war es mir weitgehend möglich, ein offenes Gespräch zu führen. Gegebenenfalls konnte ich bei entscheidenden Punkten nachfragen oder die Frage dem jeweiligen Interviewpartner anpassen.

Nach Durchführung des ersten Interviews habe ich den Interviewleitfaden (siehe Anhang A) erweitert, um zusätzliche vergleichbare Daten im quantitativen Teil zu erhalten, die von Bedeutung sind. Es wurden drei Fragen dem quantitativen Teil hinzugefügt. Nicht nur der Anteil der Dementen ist wichtig, vielmehr auch die gesamte Bewohnerzahl. Die Fragen nach dem Ort, an welchem die Angebote der sozialen Betreuung stattfinden und ferner in welcher Weise die Bewohner zu den Angeboten begleitet werden, wurden in den Leitfaden integriert. Ohne diese Erweiterungen war der Fragenkatalog nur unzureichend, wie ich in der ersten Auswertung feststellen musste.

Diese drei neuen Fragen wurden in der ersten Einrichtung persönlich nachgefragt, um sie zu ergänzen und eine bessere Vergleichbarkeit bei den quantitativen Daten zu erreichen.

5.4 Auswahl der Interviewpartner

Für die Auswahl der Experten/Innen wurden als erstes die Heimleiter/innen in Betracht gezogen. Nach weiteren Überlegungen und Gesprächen mit Kommilitonen, welche ebenfalls schon Erfahrungen im Bereich älterer Menschen gesammelt hatten, wurde sich für die Pflegedienstleitungen der Häuser entschieden. Der Heimleiter übernimmt mehr Führungsaufgaben und präsentiert das Haus. Er ist weniger mit den Bewohnern in Kontakt als die Pflegedienstleitungen, die sich daher besser als Interviewpartner eignen. Die Pflegedienstleitung (PDL) steht in direktem Kontakt zu den Dementen und besitzt eine Kontrollfunktion über das Pflegepersonal. Aufgrund einer solchen Führungsposition basiert das Expertenwissen meiner Befragten, auch im Bereich Demenz, auf einer sicheren Grundlage. Ich erhoffe mir so einen Erkenntnisgewinn über Angebote und Situation der Dementen in der stationären Pflege und eine persönliche Einschätzung aus der Sicht des Experten.

Die Interviews wurden im Raum Nordniedersachsen durchgeführt, um auf einer gleichen Gesetzesgrundlage aufzubauen. Diese ist von Bundesland zu Bundesland verschieden. Um die Interviews in einem überschaubaren Rahmen zu halten, wurde eine Anzahl von sechs bis acht Interviews gewählt. Die Adressen der verschiedenen Heime wurden aus einem Seniorenratgeber und aus dem Internet gesucht.

Forschungsmethodische Schwierigkeiten in Bezug auf die Interviewpartner entstanden bei der Durchführung der Interviews aus Zeitgründen. Zur Erstellung der Bachelorarbeit steht ein Zeitraum von lediglich drei Monaten zur Verfügung. Dieser Zeitraum ist unter normalen Umständen ausreichend, ist man jedoch wie in dieser Arbeit auf außen stehende Personen angewiesen, hier als Interviewpartner, wird der Zeitrahmen knapper. Dies erklärt sich dadurch, dass die befragten Personen im Berufsleben stehen und somit der Erhalt eines Feedbacks, ob sie bereit sind ein Interview durchzuführen bzw. wann sie einen geeigneten Termin hierzu nennen können, oftmals einige Zeit dauert. Aufgrund dieser Tatsache wurde bewusst von der nach Meuser und Nagel geforderten schriftlichen Anfrage (vgl. Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.) abgewichen und es wurden telefonische Anfragen geführt. Dieses führte nicht immer zu der gewünschten verbindlichen Terminvereinbarung, wie in Tabelle 3 dargestellt ist.

Tabelle 3: Resultate der telefonischen Anfragen

Anzahl	Gründe
2 Interviews	Konnten aufgrund der Unerreichbarkeit oder des Desinteresses nicht geführt werden.
3 Interviews	Bei wiederholter zweiter Anfrage wurde ein Interviewtermin, nach Rücksprache im Haus, bestätigt.
4 Interviews	Ein Interviewtermin konnte sofort vereinbart werden.

5.5 Die Interviewphase und Grenzen der Interviews

Der Interviewleitfaden wurde an die Probanden sechs Mal im Vorwege per Mail zugesandt, da dieses am Telefon gewünscht oder von mir angeboten wurde. Allein beim ersten Interview wurde keine Zusendung der Fragen vor dem Interview gewünscht. Von den sechs versendeten Interviewleitfäden, ist dieser einmal von den Mitarbeitern nicht weitergereicht worden und die PDL konnte ihn vorher nicht einsehen.

Ferner bestand die Vermutung, dass die Interviewpartner das Tonbandgerät ablehnen werden, da es sich um interne Daten handelt, die nicht immer als positiv zu bewerten sind und ein persönliches festhalten der Aussage auf Tonband eher verhänglich werden kann. Es wurde den Interviewten daher kurz vor dem Interview den Verwendungszweck der Tonbandaufnahme erklärt, um einer Ablehnung entgegenzuwirken. Es wurde ihnen versichert, dass ihre Einrichtung anonymisiert wird und auch ihr Name nicht genannt wird.

Die Interviews wurden in den stationären Einrichtungen in den Büros der Pflegedienstleitungen bzw. der Leitungen geführt. Dadurch konnte ich das Ambiente in den jeweiligen Heimen persönlich kennenlernen und so viele neue Erfahrungen sammeln und

Eindrücke über die verschiedenen Atmosphären der Häuser gewinnen, die bei der Einschätzung der Situation hilfreich sein konnten.

Die geführten Interviews waren im Verlauf, der Atmosphäre und der Beantwortung sehr unterschiedlich. Der Zeitraum der Beantwortung lag zwischen 8 und 40 Minuten. In einem Interview musste von dem geplanten Leitfaden abgewichen werden, weil der Interviewpartner meinte diese Fragen würden nicht zum Haus passen. Dies gestaltete sich für mich aufregend und spannend, aber für die Auswertung hinderlich, da sich nicht alles an der Forschungsfrage orientierte. Jedoch konnte ich meinen Horizont erweitern und neue Eindrücke gewinnen. Mein Probeinterview habe ich mit aufgenommen, da ich die drei im Nachhinein erstellten neuen Fragen durch persönliche Nachfrage füllen konnte.

Es wurden ein Mann und sechs Frauen befragt. Ein Interviewpartner gehörte zur Leitung, zwei waren Leitungen und gleichzeitig auch Pflegedienstleitungen und vier wurden mit Pflegedienstleitungen durchgeführt.

Eine weitere Beeinträchtigung der Erhebung ergab sich durch die Weigerung einzelne Fragen zu beantworten. Dies ist lediglich in einem Interview geschehen, als die Frage nach den Angeboten für demenziell Erkrankte im Haus gestellt wurde. Auch nach mehrmaligem Nachfragen wurde diese Frage nicht beantwortet. Mir wurde als Antwort nur ein Konzept ausgehändigt. Dieses zeigt viele Methoden und Angebote. Nur oft ist die Umsetzung eines Konzeptes in die Praxis schwierig und vermutlich liegt hierin auch der Grund, warum diese Frage nicht klar beantwortet wurde.

Nach jedem Interview schrieb ich meine Beobachtungen und die gefühlte Atmosphäre in einem Postskript auf. Hier handelt es sich um eine postkommunikative Beschreibung der Interviewsituation. Es werden Eindrücke vermerkt, die nicht auf dem Tonbandgerät festgehalten werden, z. B. die Atmosphäre. (vgl. Schmidt-Grunert, 2004, S. 43) Diese zusätzlichen Informationen sind während der Auswertung und für die Interpretation später sehr hilfreich.

5.6 Transkriptionen der Interviews

Da alle Probanden bereit waren, das Interview auf Tonband aufzeichnen zu lassen, war die Möglichkeit gegeben, alle zu transkribieren. Zwei Interviewpartner baten darum, nach dem Transkribieren das Interview sofort vom Tonbandgerät zu löschen, was auch selbstverständlich umgesetzt wurde.

Wie schon im Interviewleitfaden erwähnt, wurde beim Transkribieren nach den Verschriftungsregeln eines Experteninterviews nach Meuser und Nagel (2002) vorgegangen. Es zeichnet sich dadurch aus, dass nur relevante Teile des Interviews transkribiert werden. Dabei soll auf Pausen oder parasprachliche Elemente kaum eingegangen werden, da es für die Arbeit nicht weiter relevant ist. Mit parasprachlichen Elementen sind Tonfall, Schnelligkeit, Sprache, z. B. „hm“ und „äh“ und Lachen gemeint. Auch Pausen und Unterbrechungen in einem Satz wurden ausgespart. (vgl. auch Flick, 2006, S. 220)

Sätze, die als Zitat wiedergegeben werden, sind im Text mit Anführungszeichen markiert. Aussparungen die für die Forschungsfrage nicht relevant waren, sind mit [...] gekennzeichnet. Werden wörtliche Textpassagen wiedergegeben, sind diese mit I für Interview und der Nummer des dazugehörigen Interviews benannt, um eine Zuordnung zu ermöglichen, z. B. (I.1) = Interview 1. Einige Textteile sind paraphrasiert wiedergegeben unter der Berücksichtigung der Grammatik. Namen von Personen und Städten habe ich anonymisiert durch (...) gekennzeichnet. Nur die Berufsbezeichnung der Interviewten, ob in der Heimleitung und oder der Pflegedienstleitung tätig, wird angegeben.

6. Darstellung und Auswertung der Ergebnisse

6.1 Vorgehensweisen der Auswertung

Nach Meuser und Nagel gibt es eine vorgeschriebene Reihenfolge der Auswertung. (vgl. Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.) Dieser Vorgehensweise wurde bei der qualitativen Auswertung gefolgt. Die quantitative Auswertung wurde in abgewandelter Form angewandt, da diese nach der von Meuser und Nagel vorgeschriebenen Reihenfolge nicht umzusetzen war. Daher wurde die Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten getrennt. Eine strikte Trennung war jedoch nicht möglich, da die Themengebiete eng miteinander verflochten waren. Aufgrund dessen wurden einige qualitative Aussagen bei den quantitativen Themenpunkten mit verwendet.

Vorgehensweise der quantitativen Auswertung, angelehnt an Meuser und Nagel (Frage 1-7):

1. Anfertigung einer Tabelle mit allen Leitfragen und den dazugehörigen Antworten der Experten.
2. Betrachtung der Gemeinsamkeiten und Differenzen der Antworten der verschiedenen Experten.
3. Interpretation des vorhandenen Datenmaterials und an passenden Passagen Untermauerung mit Angaben aus der Fachliteratur.

Vorgehensweise bei der qualitativen Auswertung nach Meuser und Nagel (Frage 8-11):

1. Transkription

Die Transkription erfolgte nach mehrfacher Anhörung des Interviews, wie es Meuser und Nagel vorschlugen, ohne parasprachliche Elemente. Dieses wurde in Kapitel 5.6 ausführlich erläutert.

2. Paraphrase

Das Datenmaterial wurde nach relevantem Zusammenhang in Bezug zur Forschungsfrage sortiert, einige Textteile paraphrasiert und Experten zitiert. Dadurch reduzierte sich das Datenmaterial. Um nach Meuser und Nagel ein „Verschenken von Wirklichkeit“ (Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.) zu vermeiden, müssen sich die

paraphrasierten Textteile danach richten, was der Experte gesagt hat und es sollte darauf geachtet werden, dass neue Aspekte berücksichtigt werden.

3. Kodieren

Beim Kodieren wird das Datenmaterial thematisch geordnet. Die Bezugsgröße ist immer noch das einzelne Interview. Um nicht die Orientierung zu verlieren, werden die Kategorien nach verschiedenen Farben geordnet.

4. Thematischer Vergleich

Beim thematischen Vergleich geht die Auswertung über das einzelne Interview hinaus. Hier werden vergleichbare Textpassagen aus allen Interviews zusammengeführt. Diese werden miteinander verglichen und generalisiert. Bei der Datenfülle ist eine Überprüfung und gegebenenfalls Revision unbedingt notwendig.

5. Soziologische Konzeptualisierung

Jetzt erfolgt die Ablösung von Texten. Gemeinsamkeiten und Differenzen werden unter theoretischen Wissensbeständen in einer wissenschaftlichen Sprache formuliert. Das gemeinsame Wissen der Experten wird so verdichtet und differenziert.

6. Theoretische Generalisierung

Nun werden die Aussagen mit theoretischen Aspekten in Zusammenhang gebracht. Das bedeutet, dass empirische „Tatbestände“ mit einbezogen werden.

(vgl. Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.)

Zum Schluss erfolgt die Auswertung mit einer zusammenfassenden Betrachtung und einem Fazit.

6.2 Auswertung des quantitativen Datenmaterials

Im Folgenden wird die Auswertung der quantitativen Fragen durchgeführt. Die Antworten sind in Tabelle 4 übersichtlich dargestellt.

Tabelle 4: Ermittelte quantitative Daten

Leitfragen	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5	Interview 6	Interview 7
Anzahl der Bewohner	68	60	33	37	86	47	120
Anteil der Demenz	33%	50%	85 – 90%	86%	50%	64%	22,5%
Mehr weibliche?	ja	ja	ja	ja	ja	Ja	Ja
Mitarbeiter (Köpfe)	45 (0,66 M./B.)	45 (0,75 M./B.)	22 (0,67 M./B.)	31 (0,83 M./B.)	80 (0,93 M./B.)	50 (1,06 M./B.)	60 nur Pflege (0,5 P./B.)
Anzahl und Art der Betreuungskräfte	1 1/2 Heilerziehungspflegerin, Honorarkraft (ca. 45 B./M.)	4 (2 davon nach §87b) Ergotherapeutin, Beschäftigungstherapie (ca. 15 B./M.)	1 (nach §87b) (ca. 33 B./M.)	2 1/2 (nach §87b) (ca. 15 B./M.)	3 (2nach §87b) Altentherapeutin (ca. 29 B./M.)	2 (ab Jan auch 1 Kraft nach §87b) Altentherapeutin, Mitarb. mit geronto. Ausbildung (ca. 23,5 B./M.)	1 1/2 Ergotherapeuten, 3 auf dem geschützten WB nach §87 b (ca. 27 B./M.)
Unterbringung der Demenzen	offenes Heim	offenes Heim	offenes Heim	offenes Heim	offenes Heim (Planung geschützter Raum)	offenes Heim	geschützter WB mit 27 Bewohnern
Kenntnisse / Methoden im Bereich Demenz	• nein	• regel. Schulung • Basale Stim. • 10-Min-Akt	• nein	• eine mit geronto. Ausbildung	• eine geronto. Ausbildung	• Validation • Dementenbetreuung	• regel. Schulung
Fortbildungsmaßnahmen im Haus	im Moment nicht	extern + intern	im Moment nicht	intern	im Moment nicht	extern + intern	extern + intern
Ausbildung Leiter / PDL in Bezug auf Demenz	• div. Schulungen • 10-Min-Akt.	• div. Schulungen	• keine	• div. Schulungen • Naomi Feil	• keine	• keine	• keine
Angebote für demenziell Erkrankte	• Demenz-Kochen	keine Information	• Dementenabend • Dementenessen	• keine gez. Dementengruppen	• Dementenfrühstück • Kaffeeklatsch • Spielkreis	• Singen • Erinnerungstunden • Vorlesen	• Backen • Bügeln • Kochen • Weitere Angebote
Wo finden die Angebote statt?	• Bibliothek • Speisesaal	• Gemeinschaftsraum	• Speisesaal	• Kaffeestube • Gemeinschaftsraum	• Wintergarten • Gemeinschaftsraum	• Wintergarten • Gemeinschaftsraum	• geschützter Wohnbereich
Wie kommen die Bewohner dorthin?	Betreuungskräfte	Pflegepersonal	Pflegepersonal	Pflegepersonal	Betreuungskräfte	Betreuungskräfte/ Pflegepersonal	keine Angabe
Wer führt sie durch?	Betreuungskraft	Betreuungskräfte	Betreuungskräfte	Betreuungskräfte	Betreuungskräfte	Betreuungskräfte	Betreuungskräfte

Die kompletten Interviews aus denen auch die quantitativen Daten erhoben wurden, sind im Anhang B festgehalten.

1. Anzahl der Bewohner

Die Anzahl der Bewohner der Heime die befragt wurden, variiert stark. Die Spanne lag zwischen 33 und 120 Bewohnern. Im Durchschnitt leben ca. 65 Bewohner in einem Heim.

In (I.2) wurde erläutert, dass das Haus einen Hauch von Familie besitzt. Bei einer Anzahl von 60 Bewohnern muss dieses bezweifelt werden. Nachvollziehbar kann ein solches Gefühl für kleine Heime sein, in denen ein intensiverer Kontakt zu jedem Bewohner besteht.

2. Anteil an Demenzkranker

Der Anteil Demenzkranker war ebenso sehr unterschiedlich. Das erste Heim hatte nur einen Anteil von 33%. Heim vier hingegen einen sehr hohen Anteil von 86% demenziell erkrankten Bewohnern und Heim drei fast 90%. Die Heime zwei und fünf besitzen einen Anteil von 50% und Heim sechs von 64%. In Heim sieben kann der Gesamtteil nicht genau bestimmt werden, da 25 demente Personen in der geschützten Demenzabteilung genannt wurden. Angenommen, dass in den übrigen Bereichen keine Dementen leben, erhält man einen Anteil von 22,5% Demenzkranker. Im Vergleich ist dies der niedrigste Wert.

Über alle Heime gesehen waren im Schnitt ca. 55% der Bewohner dement. Aufgrund der Streubreite kann man aber keine allgemeingültige Aussage über den Anteil an Demenzkranken in Heimen treffen.

3. Mehr weibliche?

Deutlich erkennbar ist die Aussage, dass der Anteil der weiblichen an Demenz erkrankten Bewohner größer ist, als der der männlichen. Dieses ist darauf zurückzuführen, dass der Anteil der weiblichen Bewohner im Ganzen größer ist, als der der männlichen (siehe Kapitel 3.5).

4. Mitarbeiter (Köpfe)

Die Anzahl der Mitarbeiter in den sieben aufgesuchten Heimen betrug zwischen 22 und 80. Hier handelt es sich um Kopfzahlen vom Hausmeister bis zu den Pflegekräften. Die Stundenzahl wurde außer Acht gelassen. Da die Zahl der Mitarbeiter alleine nicht sehr aussagekräftig ist, wurden sie in Bezug zu den Bewohnerzahlen gesetzt und in Mitarbeiter pro Bewohner umgerechnet. Heim sechs konnte hierbei den höchsten Wert vorweisen mit 1,06 Mitarbeitern pro Bewohner. Heim fünf liegt bei 0,93 Mitarbeitern pro Bewohner. Dann folgt Heim vier mit 0,83 Mitarbeitern pro Bewohner und Heim zwei mit 0,75. Heim eins und Heim drei mit ungefähr 0,66 Mitarbeitern pro Bewohner fast identisch. Den niedrigsten Wert weist

Heim sieben mit 0,5 Mitarbeitern pro Bewohner auf. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass es sich ausschließlich um Pflegekräfte pro Bewohner handelt. Daher ist ein Vergleich mit den weiteren Interviewdaten nicht möglich.

Die Zahlen sind jedoch nur Annäherungswerte und mit Vorsicht zu betrachten, da auch nicht vollbeschäftigte Mitarbeiter in den Kopffzahlen enthalten sind. Für die Beurteilung der Betreuung können diese Zahlen nicht herangezogen werden. Hierfür sind die Art der Tätigkeiten der Mitarbeiter sowie die Qualifikation ausschlaggebend.

5. Anzahl und Art der Betreuungskräfte

Die Befragung ergab, dass alle Heime, außer Heim sechs und Heim eins auf die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI zurückgreifen. Dies ist ebenso ein Indiz für die Notwendigkeit der Pflegereform von 2008. Heim sechs möchte zusätzliche Betreuungskräfte ab Januar 2010 einstellen. Heim eins hat zu den Betreuungskräften nichts geäußert. Heim zwei und Heim fünf besitzen zwei zusätzliche Betreuungskräfte. Heim 3 besitzt auch zwei Betreuungskräfte, die aber beide nur halbtags arbeiten und somit als eine Stelle gezählt werden. Heim vier besitzt 2 ½ Kräfte und Heim sieben in dem geschützten Wohnbereich 3. Die Berechnung der Mitarbeiterzahl pro Bewohner wurde ebenfalls durchgeführt. Meines Erachtens ist diese Zahl jedoch zu ungenau, um sie zu veröffentlichen. Im Gesetz ist in § 87b SGB XI verankert, dass es sich um eine Vollzeitkraft handelt. In den Interviews ist mir jedoch aufgefallen, dass einige Heime die zusätzlichen Betreuungskräfte als Vollzeitkraft nutzen und andere als zwei halbe Kräfte, welches sich somit positiv bei der Mitarbeiterzahl auswirkt. Bei Heim zwei, vier und sieben konnte nicht erschlossen werden, ob es sich um Vollzeitkräfte oder halbe Stellen handelt. Die Aussagekraft eines erstellten Quotienten ist deshalb nicht gegeben.

Heim (I.7) begründet im qualitativen Teil, ihre Verteilung auf halbe Kräfte damit, dass mit ihnen flexiblere Angebote möglich sind. Die Beschäftigung von Mitarbeitern als Teilzeitkräfte, wird von den Heimen aufgrund der nicht nur körperlichen sondern auch mental anspruchsvollen Tätigkeiten, gerne gewählt.

6. Unterbringung der Dementen

Von den sieben Heimen sind sechs Heime offene Heime. Ein Heim besitzt einen geschützten Bereich mit 27 Bewohnern. Heim fünf hat einen geschützten Bereich für die Dementen in Planung.

Es ist eher negativ anzusehen, dass so viele Heime offen geführt werden, da dadurch die Bewegungsfreiheit der Dementen eingeschränkt wird. Die Dementen benötigen viel Raum, um sich frei zu entfalten. Jedoch erst mit einem geschützten Bereich wird ein Milieu geschaffen, welches den Dementen gerecht wird und in welchem er sich gefahrlos bewegen kann. In einem offenen Bereich wird die Bewegungsfreiheit durch Personal oder andere Bewohner eingegrenzt, wie in Kapitel 4.1 erläutert wird.

In (I.7) wurde erklärt, dass ein eigener Veranstaltungsplan für den geschützten Bereich angeboten wird. In den anderen sechs Heimen wird kein eigener Veranstaltungsplan für demente Bewohner angeboten.

Lebensqualität bedeutet für demente Menschen ein soziales und bauliches Milieu zu schaffen. Kognitiven Defiziten soll entgegengewirkt werden, um eine weitgehend „normale“ Lebensgestaltung zu ermöglichen. (vgl. Skawran, 2009, S. 84)

7. Kenntnisse / Methoden im Bereich Demenz

Frage 7 beschäftigte sich mit der Ermittlung, ob die Mitarbeiter in der Pflege und das Betreuungspersonal Kenntnisse und Methoden im Bereich der Demenz besitzen. In Heim eins und drei wurde die Angabe gemacht, dass die Mitarbeiter keine Kenntnisse in diesem Bereich besitzen. Heim zwei und Heim sieben lassen ihre Mitarbeiter regelmäßig an Schulungen teilnehmen. Als Beispiel sind in Heim zwei die Basale Stimulation (siehe 4.5.2) und die 10-Minuten-Aktivierung (siehe 4.5.3) genannt worden. In Heim sechs Validation (siehe 4.5.1) und Dementenbetreuung. Besondere Ausbildungen des Personals sind nur in den Heimen vier und fünf zu finden. In ihnen hat jeweils ein Mitarbeiter eine gerontopsychiartrische Ausbildung. Meines Erachtens ist das kein optimales Ergebnis. Die gerontopsychiartrische Ausbildung des Personals ist nur vereinzelt anzutreffen. Um eine dementengerechte Betreuung und Pflege sicherzustellen, benötigen alle Mitarbeiter Kenntnisse auf diesem Gebiet.

8. Fortbildungsmaßnahmen im Haus

Im Bereich der Fortbildungsmaßnahmen bestehen ebenfalls unterschiedliche Auffassungen in den Heimen. Heim eins, drei und fünf bieten im Moment keine Fortbildungen im Bereich Demenz an. Heim zwei, sechs und sieben bieten externe und interne Fortbildungen zum Thema Demenz an. In Heim vier werden nur interne Fortbildungen angeboten. Drei von sieben Heimen bieten im Moment keine spezifischen Fortbildungen für ihre Mitarbeiter an.

Darunter leidet die Qualität der Arbeit und dieses wirkt sich auf den dementen Bewohner negativ aus.

In (I.2) wird geäußert, dass die Fortbildungen der Mitarbeiter den Ansprüchen des Hauses unterliegen. Die Führungskräfte bestimmen über die Relevanz der Qualifikation der Mitarbeiter und müssen hier Handlungsbedarf sehen.

9. Ausbildung Leiter / Pflegedienstleitung in Bezug auf Demenz

Der Kenntnisstand der Leiter und der PDL im Bereich Demenz ist meines Erachtens von großer Bedeutung. Die Führungspersonen von Heim eins, zwei und vier besuchen diverse Schulungen. Heim eins, z. B. Fortbildungen von Ute Schmidt-Hackenberg (10-Minuten-Aktivierung) und in Heim vier Naomi Feil (Validation). Die Führungsposition von Heim zwei hat geäußert, dass diverse Schulungen besucht werden, nannte jedoch keine Methode. In Heim drei, fünf, sechs und sieben werden die Führungspersönlichkeiten nicht fortgebildet. Da dies die Mehrheit der Heime repräsentiert, kann es nur als negativ zu bewerten sein.

Natürlich ist es möglich, sich durch eigene Recherchen der Literatur in Methoden einzulesen und einzuarbeiten. Doch ist dieses nicht vergleichbar mit einer Schulung, welche durch Fachpersonal durchgeführt wird. Das resultiert daraus, dass dort fachlich angeleitet wird und Fehler im Verständnis aufgeklärt werden oder diese hinterfragt werden können. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Methoden unter Anleitung zu üben und mit anderen Teilnehmern Erfahrungen auszutauschen. Um seine Mitarbeiter adäquat anleiten zu können, braucht ebenso die Führungspersönlichkeit Erfahrung und Wissen auf dem Sektor. Anhand der Interviews kann dies als nicht gegeben angesehen werden.

10. Angebote für demenziell Erkrankte

Angebote speziell für demente Bewohner fallen anzahl- und angebotsmäßig sehr unterschiedlich aus. Haus eins bietet ein Demenzkochen an. Haus drei ein Dementenabend und Dementenessen. Haus fünf bietet ein Dementenfrühstück, Kaffeeklatsch und einen Spielkreis an. Heim sechs bietet singen, Erinnerungsstunde und vorlesen an. Heim sieben bietet in ihrem geschützten Wohnbereich, z. B. kochen, backen, bügeln, vorlesen und malen an. Heim vier besitzt keine speziellen Dementenangebote. In Heim zwei wurden keine Angaben zu Angeboten gemacht, es wurde lediglich auf Konzepte hingewiesen, die hilfreich für demenziell Erkrankte sind. Jede Einrichtung besitzt verschiedene Konzepte, relevant ist hier die Umsetzung. Meines Erachtens scheitert es oft daran.

Die Angebote in den verschiedenen Heimen können meiner Meinung nach nicht als ausreichend bezeichnet werden. Ein oder zwei Angebote werden dem dementen Bewohner nicht gerecht (siehe Kapitel 4.3).

In (I.1) wurde aufgeführt

„Es muss einfach mehr Dementenangebote geben, speziell im Bereich der Beschäftigung.“

Auch in (I.3) wurde geäußert

„Die Tagesstrukturierung der Dementen müsste ein bisschen umfangreicher sein.“

Zurzeit ist dort nur Gruppenarbeit mit den Dementen möglich, da es an Betreuungspersonal fehlt. Der Interviewpartner in (I.4) erklärt, dass keine Beschäftigungsangebote an den Wochenenden und an Feiertagen stattfinden und der Bewohner auf seine Angehörigen angewiesen ist. Er äußert weiterhin, dass die Betreuung nicht minutengenau durchgeführt werden sollte. In (I.5) wird ebenfalls mehr Zeit für den einzelnen Bewohner gefordert.

Dieses zeigt auf, dass mehr Angebote für die dementen Menschen stattfinden müssen. Hier besteht ein großes Defizit.

11. Wo finden die Angebote statt?

Abgesehen von dem Angebot an Beschäftigungsmöglichkeiten stellt sich auch die Frage nach dem Veranstaltungsort. Hier sind in den Heimen unterschiedliche Möglichkeiten vorhanden. Heim zwei, vier, fünf und sechs besitzen für solche Zwecke einen Gemeinschaftsraum. Zusätzlich finden in Heim vier noch Angebote in der Kaffeestube und in Heim fünf und sechs im Wintergarten statt. In Heim eins und Heim drei werden die Angebote im Speisesaal durchgeführt. Zusätzlich steht in Heim eins noch die Bibliothek zur Verfügung, in der diverse Angebote stattfinden. In Heim sieben finden die Angebote auf dem geschützten Wohnbereich statt.

Einige Angebote werden sicherlich auch auf den direkten Wohnbereichen durchgeführt. Gemeint ist der Raum, in dem sich die Bewohner zusammen aufhalten. Diese wurden hier nicht mit aufgenommen, da es Ziel war, Informationen über zusätzliche Raumangebote zu erhalten

12. Wie kommen die Bewohner dorthin?

Für die Versorgung von Dementen ist es notwendig, sie zu den Angeboten zu führen. Von selbst würden sie aufgrund ihrer Vergesslichkeit nicht erscheinen. In Heim eins, fünf und sechs bringen die Betreuungskräfte die Bewohner zu den Räumlichkeiten. In Heim sechs ist zusätzlich auch das Pflegepersonal beteiligt. In Heim zwei, drei und vier führt dieses nur das Pflegepersonal durch. In Heim sieben wurden hierzu keine Angaben gemacht aufgrund der Tatsache, dass alles im geschützten Wohnbereich angeboten wird.

Da die Betreuungskräfte oder die Mitarbeiter des Pflegepersonals allein dieses zeitlich nur schwer leisten können, ist eine Kombination wünschenswert.

13. Wer führt sie durch?

In allen sieben Heimen führt das Betreuungspersonal die sozialen Angebote durch. Hier könnten Verbesserungen für die Bewohner angestrebt werden, wenn das Pflegepersonal mit einbezogen wird, um sich zusätzlich vereinzelt kurz mit den Dementen zu beschäftigen.

Dieses wird auch in (I.1) geäußert:

„Die Pflegemitarbeiter sollen mit in die speziellen Angebote des Hauses integriert werden.“

Diese können, z. B. eine 10-Minuten-Aktivierung durchführen (siehe Kapitel 4.5.3).

6.3 Auswertung des qualitativen Datenmaterials

In diesem Kapitel erfolgt die Auswertung der qualitativen Fragen. Anhand der Durchführung der Schritte 1-4 (siehe Kapitel 6.1) nach Meuser und Nagel entstehen die paraphrasierten Interviews, welche im Anhang A beigelegt sind. In der folgenden Auswertung wurden die Schritte der soziologischen Konzeptualisierung und die theoretische Generalisierung zusammengefasst. (vgl. Meuser/Nagel, 1991, S. 451 ff.) Die in den vorherigen Schritten herausgearbeiteten Kategorien werden sukzessive bearbeitet. Dazu gehören Rahmenbedingungen in der stationären Versorgung, bauliche und räumliche Defizite der verschiedenen Häuser, spezifische Probleme in Bezug auf Demenz, Aufklärung über die Krankheit Demenz und Versorgung der Dementen.

6.3.1 Rahmenbedingungen in der stationären Versorgung

Im Folgenden werden die Meinungen von verschiedenen Experten zu den Rahmenbedingungen im stationären Bereich genannt.

Zwei Experten (I.1 und I.5) haben geäußert, dass insbesondere im Zusammenhang mit dem Thema Demenz die Rahmenbedingungen verändert werden sollten. Dieses ist auf die soziale Betreuung und den Personalschlüssel in einem Altenheim zu beziehen. (I.3) äußert:

„Ich hätte gerne eine stärkere Personaldecke.“

Der Experte meint hiermit, dass nicht nur einzelne Stellen fehlen, sondern in allen Bereichen weiteres Personal wünschenswert wäre. (I.2) beklagt sich:

„Es besteht ein Mangel an Pflegefachkräften, also da ist der Markt leer.“

Folgende Fragen stellen sich in diesem Zusammenhang: Warum besteht ein Mangel an Fachkräften? Ist der Beruf zu stressig? Bestehen zu viele Anforderungen? Ist der Lohn angemessen? Meines Erachtens müssen hier die Rahmenbedingungen verändert werden, so dass wieder mehr Menschen diesen Beruf ergreifen.

Vier Heime sind mit der jetzigen personellen Situation unzufrieden und wünschen sich Veränderungen. Die Rahmenbedingungen werden aber nicht von allen Experten negativ eingeschätzt.

Ein Interviewpartner (I.6) stellt dar, dass nie genug in Bezug auf Demenz unternommen werden kann, aber genügend in der Vergangenheit erreicht wurde. Auch in (I.7) wird geäußert:

„In den letzten 20 Jahren hat sich in der Altenpflege schon sehr viel positiv verändert.“

Weiterhin wird von (I.7) ausgeführt, dass die MDK-Anforderungen sehr hoch sind und in Heimen eine jährliche Prüfung stattfindet. Dieses stellt nach der Meinung des Experten einen guten Standard dar.

Es ist positiv zu beurteilen, dass in den letzten 20 Jahren ein großer Veränderungsprozess eingetreten ist. Es stellt sich nur die Frage, ob dieser Prozess schon weit genug fortgeschritten ist oder in Teilen eine falsche Richtung eingeschlagen hat? Die jährlichen MDK-Prüfungen, die ab 2011 durchgeführt werden, sind meiner Meinung nach kritisch zu betrachten. Eine Kontrollinstanz, welche die Dokumentation überprüft ist wichtig, um zu sehen ob der

Bewohner ausreichend versorgt wird. Dieses versetzt die Mitarbeiter jedoch in eine stressige Situation. Eine lückenlose Dokumentation kostet viel Zeit und ist in den normalen Arbeitstag mit einzubauen. Sie ist aber nötig, da alles was nicht dokumentiert wurde, auch für den MDK als nicht durchgeführt zählt. Heim (I.3) sagt dazu:

„Es kommt nicht mehr wirklich, also es scheint auf jeden Fall so, nicht mehr wirklich auf die Pflege an, sondern auf den Schreiberling.“

Dieser Gedankengang ist bedenklich, wenn dies die Kontrollinstanz durch ihre Prüfungen schafft. Durch diese Aussage wird deutlich, dass die Dokumentation im Vordergrund steht oder das es jedenfalls subjektiv für den Experten so wirkt.

Nach Breitscheidel hat der Bewohner Vorrang vor den Verwaltungsaufgaben. (vgl. 2005, S. 198) Meines Erachtens ist die Umsetzung für ein Heim sehr schwer, da der MDK nur schriftlich Festgehaltenes bewertet. Die Mitarbeiter befinden sich hier in einem Teufelskreis und der Bewohner ist der Leittragende. Hier sollten Änderungen vorgenommen werden, so dass die Dokumentation nicht mehr im Vordergrund steht oder einfachere schnellere Arten der Dokumentation ausreichen.

Seit der strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung kann eine Pauschale für „zusätzliche Betreuungsleistungen“ in der stationären Versorgung beantragt werden.

„Durch die zusätzliche Zahlung der Krankenkasse wird alles besser.“

(I.2)

Pro 25 demenziell Erkrankter, kann nach §87b SGB XI (vgl. Klie/Krahmer, 2009, S. 883 ff.) eine Betreuungskraft in Vollzeit eingestellt werden. Wie schon in Kapitel 4.2 erklärt wurde, ist eine 10-Minuten-Betreuung, für den einzelnen Bewohner, nach § 87b zu wenig. In (I.4) wird berichtet, dass an Wochenenden und Feiertagen keine soziale Betreuung durch die nach § 87b „zusätzlichen Betreuungskräfte“ durchgeführt wird. Das zusätzliche Betreuungspersonal arbeitet nur von Montag bis Freitag in der Einrichtung. Für die Demenzkranken ist jedoch jeder Tag gleich, sie kennen kein Wochenende und benötigen somit an diesen Tagen die gleichen Hilfen und Beschäftigungen wie sie auch in der Woche für wichtig erachtet werden.

6.3.2 Bauliche und räumliche Defizite der verschiedenen Häuser

An dieser Stelle der Auswertung wird auf die baulichen und räumlichen Defizite eingegangen. Durch die nachfolgenden aufgeführten individuellen Gegebenheiten bekommt der Leser einen Einblick, wie die Einrichtungen aufgestellt sind. Alle Einrichtungen, außer einer haben hier Problembereiche genannt.

Ein Interviewpartner (I.1) gibt zunächst viele Defizite an.

„Die Toiletten und die Badezimmer sind oft viel zu klein und die Türen sind zu eng.“

Des Weiteren wird berichtet, dass Zimmer, Flure, Garten und Tagesräume zu klein sind. Lagerungsräume und Aufenthaltsecken fehlen und die Bewohnerküche ist verbesserungswürdig. (I.1)

Auch in Bezug auf das Design spricht der Interviewpartner einige Punkte an.

„Die Lichtverhältnisse und Farben sind für ein Heim auch sehr wichtig.“
(I.1)

Hier sind nicht nur bauliche Defizite entscheidend, sondern relevant ist auch eine reizarme und übersichtliche Gestaltung. Zu empfehlen sind helle und warme Farben in Kombination mit weiß und eine Beleuchtung mit 500 Lichteinheiten. Zu vermeiden sind spiegelnde Oberflächen, größere Muster auf Möbeln und Fußböden. Diese können zu Verkennungen führen. (vgl. Skawran, 2009, S. 88) Gravierende Fehler im Design sind jedoch in keinem Heim zu finden.

Vier Einrichtungen klagen weiterhin darüber, dass zu wenige Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. (I.3, I.4, I.5, I.6) Hier werden bauliche Defizite in der Vergangenheit aufgezeigt. Die Standards und die Nutzungsarten der Räumlichkeiten waren zu Baubeginn älterer Heime bzw. Gebäude völlig anders. Durch neue Methoden und Erkenntnisse haben sich auch die räumlichen Ansprüche geändert. In der Vergangenheit waren die Räumlichkeiten nicht so relevant wie heute. Gerade auch durch die Einstellung der „zusätzlichen Betreuungskräfte“ nach § 87b, werden weitere Räumlichkeiten für die Durchführung der Beschäftigungsangebote benötigt.

In (I.3) wurde geäußert, dass noch ein kleiner Raum zur Verfügung steht, in welchem nur vier bis fünf Leute Platz finden. Die Nutzung von kleinen Räumen ist oft mit Schwierigkeiten verbunden, da viele ältere Menschen im Rollstuhl sitzen.

Der Interviewpartner (I.6) beklagte sich über die Lage des Dementenbereichs. Dieser liegt in der zweiten Etage des Heimes. Dies ist für die Bewohner ungünstig, da es ihnen nicht möglich ist, das Heim schnell mit Mitarbeitern für Aktivitäten, z.B. Spaziergänge zu verlassen. Der Interviewte äußert, dass dieser Zustand geändert werden soll.

Neben den baulichen Defiziten wurden auch weitere Wünsche in Bezug auf die Lage des Heimes geäußert.

(I.3) wünscht sich eine zentralere Lage der Einrichtung. Ein nicht zentral liegendes Heim weist viele Schattenseiten auf. Für die älteren Menschen ist es wichtig in das öffentliche Leben eingebunden zu werden. Ist das Heim sehr abgelegen, ist das sehr schwer umzusetzen.

(I.7) zeigt auf, dass der Dementengarten von der Straße aus sichtbar ist. Dieses ist nicht ideal. So spielen eine Reihe von Einflussfaktoren auf die Lage des Heimes ein.

In Zukunft wäre es wünschenswert, bei der Planung von Alten- und Pflegeheimen mehr auf Lage und genügend Räumlichkeiten zu achten.

6.3.3 Spezifische Probleme in Bezug auf Demenz

In dieser Passage der Auswertung wird Bezug auf spezifische Probleme der Dementen genommen. In allen Interviews wurden sehr ähnliche Anmerkungen hierzu gemacht.

Ein großes Problem ist die Weglauftendenz, die in (I.4) angesprochen wird. Hierbei verlässt der demente Bewohner das Haus und muss vom Personal zeitaufwändig zurückgeholt werden. Solch eine Situation beeinträchtigt das Personal stark in seinen normalen Tätigkeiten.

(I.2) kann daher die Verantwortung für einen Bewohner mit Weglauftendenz nicht übernehmen. Die interviewte Person erzählte, dass ihre Bewohner nur im Haus herumlaufen und dieses nicht verlassen dürfen, da es sonst zu erheblichen Problemen in ihrem Heim kommen würde. Es fehlt ihr an Kapazitäten um Bewohner mit Weglauftendenz aufzuhalten.

In (I.7) werden Weglauftendenz und Vergesslichkeit als Defizite angegeben, denen durch die Einrichtung eines geschützten Wohnbereiches entgegengewirkt werden kann. Die Defizite werden damit nicht mehr als solche wahrgenommen.

In (I.1 und I.3) bewegen sich die demenziell Erkrankten in den Einrichtungen frei und stören somit andere Bewohner. Konflikte unter den Bewohnern sind infolgedessen keine Seltenheit und stellen auch für die Mitarbeiter stetig eine Herausforderung dar.

Heime sollten sich grundsätzlich überlegen einen geschützten Bereich einzurichten. Ein geschützter Wohnbereich hat viele Vorteile (siehe Kapitel 4.1), da der Bewohner, wie in (I.5) auch wiedergegeben ist, vielfach vor sich selbst geschützt werden muss, z. B. bei Selbstverletzung eines Bewohners. Dieses ist natürlich mit erhöhten Kosten und zeitlichem Mehraufwand verbunden. Meines Erachtens stehen die Bedürfnisse und die Sicherheit der Dementen im Vordergrund, wobei für das Personal anhand eines solchen Wohnbereiches ebenso Vorteile entstehen.

6.3.4 Aufklärung über die Krankheit Demenz

Im Folgenden wird auf die Aufklärung über die Krankheit Demenz eingegangen. Anhand der Interviews konnten Defizite bei den Mitarbeitern, bei Angehörigen und bei Betroffenen aufgezeigt werden.

In zwei Einrichtungen (I.1 und I.5) fehlt es den Mitarbeitern der Einrichtung an Wissen und Kompetenz in Bezug auf Demenz. Besonders die Bedürfnisse der Dementen sind aufgrund ihrer Krankheit schwer zu erkennen und zu befriedigen (siehe Kapitel 4.3). Daher ist ein ausreichendes Wissen in diesem Bereich notwendig. Es sind Fortbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter nötig und hilfreich, auch um adäquat auf Situationen der Dementen reagieren zu können.

Zwei Einrichtungen (I.4 und I.6) beschreiben, dass die Angehörigen mit dem Krankheitsbild überfordert sind. Sie haben nur geringe Kenntnisse über die Inhalte der Krankheit Demenz.

„ Zu Anfang ist es mit den Angehörigen immer etwas problematisch.“

(I.6)

Hier wird subjektiv beschrieben, dass die Angehörigen als Problem gesehen werden. Nach (I.7) schätzen die Angehörigen oft das Krankheitsbild beim Einzug falsch ein. Dieses ist meines Erachtens durch Unwissenheit über die Krankheit der Fall. Hier muss durch die Heime mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden. Dieses ist einigen Heimen bewusst, z. B. wurde in (I.4) ausgesagt, dass sie einen Teil zu dieser Aufklärungsarbeit beitragen werden.

Mötzing und Wurlitzer schlagen hier Gesprächsgruppen für Angehörige vor. Zum Thema Demenz könnte hier auch eine Beratung durch eine Fachkraft stattfinden. Von Vorteil sind auch gezielte Fortbildungen der Angehörigen über die speziellen Krankheitsbilder. (vgl. Mötzing/Wurlitzer, 2000, S. 61 ff.) Der Angehörige sollte als Unterstützung gesehen werden und nicht als problematisch und unwissend abgestempelt werden. Hier ist das jeweilige Heim

gefragt, um Aufklärung zu leisten. Der daraus entstehende Mehraufwand kann im Nachhinein eventuell auch zu einer geringen Entlastung der Mitarbeiter durch Angehörige führen.

6.3.5 Versorgung der Dementen

Die Versorgung der Dementen ist eines der wichtigsten Themengebiete und greift auf einige schon vorher angesprochenen Punkte zurück und bildet damit den letzten Abschnitt der qualitativen Auswertung. Die Versorgung bezieht sich auf die gesamte Situation im Heim, die Pflege, die psychosoziale Betreuung und diverse Fortbildungen, die das Personal befähigen, besser mit einer Demenz umzugehen.

Ein Heim (I.1) beantwortet die Frage nach der ausreichenden Versorgung der Dementen ganz klar mit

„Nein [...]“ (I.1)

Es wird ausgeführt, dass sich dieses aber in Zukunft ändern soll. Das ist eine sehr ehrliche Antwort und wurde wahrscheinlich nur geäußert, da Anonymität besteht und gleichzeitig Verbesserungen angedacht sind. Welche Pflegedienstleitung würde sonst offen zugeben, dass ihre Bewohner nicht ausreichend versorgt werden.

(I.4 und I.5) drücken dieses etwas zurückhaltender aus. Sie sprechen von einer nicht optimalen Versorgung, welche sie jedoch aufgreifen und verbessern werden, um eine angemessene Situation vorweisen zu können.

Aus (I.5) stammt folgendes Zitat:

„Für einige schon, aber es gibt doch noch einige Bewohner, da könnte man ein bisschen mehr machen oder müsste man ein bisschen mehr machen.“ (I.5)

Diese Äußerung drückt aus, dass bestimmte Bewohner gut versorgt sind und vermutlich die, die mehr Zeit beanspruchen, wie die Dementen, in der jetzigen Form nur unzureichend versorgt werden. (I.5) äußert außerdem

„Ich finde eigentlich diese Wohngemeinschaften ganz gut.“ (I.5)

Hier wird das Heim gar nicht als optimaler Zustand gesehen. Diese Aussage wurde meines Erachtens nur gemacht, da die Anonymität zugesichert wurde. Die Führungskraft eines

Heimes sollte davon überzeugt sein, dass die Heimversorgung angemessen ist oder gleichzeitig Verbesserungen andenken.

Auch Breitscheidel spricht von Alten-WGs und ambulanten Betreuungseinrichtungen, die sich durch ihre familienähnliche Struktur und Organisation des Tagesablaufs in Zukunft durchsetzen werden. In diesen Einrichtungen bleibt das Selbstbestimmungsprinzip des einzelnen Bewohners gewahrt. (vgl. Breitscheidel, 2005, S. 192) Dieses ist in Heimen oft fremdbestimmt. Es ist dabei zu beachten, dass dies hauptsächlich nur für noch rüstige ältere Menschen möglich ist, da für Demente aufgrund ihrer Krankheit ein höherer Fremdbestimmungsanteil unabdingbar ist. Breitscheidel erläutert auch, dass in einer Alten-WG das Pflege- und Betreuungspersonal frei gewählt werden kann. Auch die Ausstattung der Wohnung, was gegessen und getrunken wird und Tagesabläufe können hier selbstbestimmt werden. (ebd., S. 192) Der Selbstbestimmungsanteil ist bei Dementen nur gering, da ihr Wille oft nicht transparent ist, jedoch besitzen sie bestimmte Bedürfnisse, die befriedigt werden müssen (siehe Kapitel 4.3). Demente sind meines Erachtens in einem Alten- und Pflegeheim in einem geschützten Wohnbereich bestmöglich untergebracht.

(I.5) macht sich des Weiteren Gedanken, wie sich ein Heim attraktiver darstellen kann, damit auch „jüngere Ältere“ als Klientel einziehen. Das Einziehen in jüngeren Jahren soll das Einleben in einem Heim erleichtern.

(I.2) gibt an:

„Wenn wir weiter schulen, würde ich sagen, dass [die Versorgung] ausreichend ist.“

Diese Aussage impliziert, dass eine standesgemäße Versorgung für Demente zurzeit nicht vollständig gewährleistet werden kann. Auch die Aussagen über die Suche nach zusätzlichem Pflegepersonal weisen daraufhin. Im weiteren Verlauf des Interviews wird von (I.2) geäußert:

„Ich würde sagen, meins ist das ideale Heim.“

Dieses steht im Widerspruch zu den vorherigen Angaben und lässt mich zweifeln. Die Äußerung, dass sich die Pflegedienstleitung selber in dem Heim anmelden möchte, kann diesen Eindruck verstärken. Meiner Meinung nach spricht zu viel Selbstlob meist für Defizite, die verdeckt werden sollen. Dies ist jedoch eine subjektive Einschätzung der Antworten in Verbindung mit dem gesamten Klima des geführten Interviews. (I.3) sagt

„Mit den Mitteln, die wir im Moment zur Verfügung haben, ja.“

Dieses steht im Gegensatz dazu, dass mehr Personal benötigt wird und die Tagesstruktur der dementen Menschen umfangreicher sein sollte. Im Interview kommt zum Ausdruck, dass zur ausreichenden Versorgung Ressourcen fehlen.

Zwei Heime sprechen davon, dass die Versorgung der Dementen insgesamt ausreichend ist.

„Ja, finde ich schon.“ (I.6)

Diese Aussage ist eine explizite Antwort, beschreibt aber eine individuelle Sichtweise. Die Leitung sieht es als ausreichend an, aber ob die Bewohner, Angehörigen und Mitarbeiter das ebenfalls so sehen bleibt hier offen.

„Ja, das kann ich so sagen.“ (I.7)

Antwortet Interviewpartner 7. Hier wird ein geschützter Raum für die Dementen geboten, was eine gute Versorgung darstellt. Auch die weiteren Angaben des Interviews bezüglich Fortbildungen, Kenntnisse und Angeboten weisen auf eine hohe Qualität des Heimes hin, so dass diese Aussage glaubwürdig erscheint.

7. Fazit

Der Heimsektor wird durch die Zunahme der Hochalterigkeit in den nächsten Jahren expandieren. Gleichzeitig steigt die Anzahl der an Demenz erkrankten Personen weiter. Daraus folgt auch eine Zunahme an Menschen, die mit Demenz ins Heim einziehen oder später an ihr erkranken. Einher geht damit auch eine Steigerung der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und somit ein Mehraufwand, den das Personal zu leisten hat. Immer stärker rückt die ganzheitliche Pflege in den Fokus. Dieses bewirkt, dass ein zunehmender Bedarf an psychosozialer Betreuung besteht. Die dementen Menschen benötigen durch ihre starken Einschränkungen eine komplexere und intensivere Zuwendung, als nicht demente Menschen.

In dieser Arbeit wurde unter anderem untersucht, wie hoch die Anzahl der dementen Menschen in Alten- und Pflegeheimen ist, wie der heutige Stand der psychosozialen Betreuung aussieht und welche Problembereiche bestehen.

Durch meine Interviews wurde deutlich, dass der Aufenthalt von Dementen in Alten- und Pflegeheimen problematisch ist und dass die Umstände, wie Betreuungsqualität, bauliche Gegebenheiten, krankheitsbedingte Aufklärung etc. verbesserungswürdig sind. Dieses korreliert oft mit den Rahmenbedingungen der stationären Pflege. Bei der Auswertung wurde deutlich, dass insbesondere das Personal und die Ausbildung, die bauliche Ausstattung der Heime und die Beschäftigungsangebote für die Rahmenbedingungen ausschlaggebend sind.

Die Versorgung eines Heimes mit nicht genügend ausgebildetem Fachpersonal ist meiner Meinung nach kritisch zu betrachten. Besonders im Bereich der Demenz ist nicht nur die reine Anzahl der Mitarbeiter entscheidend, vielmehr auch ihr Kenntnisstand im Demenzbereich durch entsprechende Schulungen. Die Unterbesetzung stellt ein Belastungspotential für die Mitarbeiter selbst dar, aber auch für die demenziell Erkrankten. Nicht alle Heime bieten ihren Mitarbeitern Zusatzausbildungen in spezieller Dementenbetreuung an, wie es aus der Erhebung meiner quantitativen Fragen hervorgeht. In Anbetracht der steigenden Zahlen an Demenz erkrankter Bewohner, halte ich dies für unabdinglich. Eine fundierte Grundlage an Kenntnissen, für den Umgang mit demenziell Erkrankten erachte ich als sehr wichtig. Diese ist für das Pflegepersonal und die Betreuungskräfte gleichermaßen wichtig. Hierbei sehe ich die Führungskräfte in der Pflicht,

ihren Mitarbeitern den entsprechenden Rahmen zu bieten. Die bestehende Gesetzgebung und ausreichende finanzielle Mittel lassen dies jedoch nicht uneingeschränkt zu.

Ferner werden die baulichen Ausstattungen der älteren Heime den heutigen Ansprüchen nur noch selten gerecht. Durch meine Interviews wird offensichtlich, dass in vielen Einrichtungen Räumlichkeiten fehlen oder bauliche Aspekte den Bewohnern den Alltag erschweren. Eine Vielzahl von Heimen sind offene Heime. Dies ist meines Erachtens unbefriedigend, da - wie in meiner Arbeit ausgeführt - die dementen Menschen nicht nach ihren Bedürfnissen leben können. Sie benötigen eine spezielle dementengerechte Heimarchitektur. Hier sollte die Politik agieren und mit Blick auf die steigende Zahl von Dementen dem Problem vorgreifen. In Zukunft sollte beim Bau eines Alten- und Pflegeheims die dementengerechte Ausstattung stärker berücksichtigt werden. Wie durch meine Forschung gezeigt wurde, ist dieses in der Vergangenheit auch aufgrund anderer Gegebenheiten nur selten geschehen. Hierbei sind nicht nur kleinere Ausstattungen, wie mehr Sitzgelegenheiten auf den Fluren oder Ruheecken gemeint, vielmehr werden, z. B. durch die zusätzlichen Betreuungskräfte nach §87b SGB XI auch neue Räumlichkeiten benötigt.

Eine Begrenzung des Gartens ist ebenfalls wichtig. Es wurde durch meine Forschung bestätigt, dass Weglauftendenz ein großes Problemfeld bei Menschen mit Demenz charakterisiert. Ebenso relevant ist die Lage eines Alten- und Pflegeheims, z.B. ob diese an Hauptverkehrsstraßen oder außerhalb einer Stadt liegen.

Wie in den Interviews hervorgehoben wurde, hat eine „ganzheitliche Pflege“ weitreichende positive Folgen. Dieses bedeutet, nicht nur gute körperliche Pflege, sondern auch psychosoziale Angebote bereitzustellen. Gegenwärtig wird, wie in meiner Arbeit erkennbar wurde, noch zu wenig für das Klientel der Dementen angeboten. Vor allem männliche Demente leiden unter der Reizarmut. Die Heime sollten diesbezüglich stärker kundenorientiert arbeiten.

Ein weiterer Aspekt für die nicht ausreichende psychosoziale Versorgung zeigt sich durch das Zeitproblem. Insgesamt ist mittels der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI nicht der ganze Tages- und Wochenbedarf an Betreuung abgedeckt. Eine Vollzeitkraft für 25 schwer demenziell erkrankte Bewohner ist unzureichend. Es besteht einfach nicht genügend Zeit für eine intensive Betreuung, die diese Bewohner benötigen. Weiter ist kritisch zu sehen, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte keine Fachkräfte sind. Sie haben keine 3-jährige Ausbildung durchlaufen und wurden lediglich in einem „Crash-Kurs“ von 160

Qualifizierungsstunden ausgebildet. In Zukunft wird sich herausstellen, ob diese angelehrten Kräfte den Aufgabe gewachsen sind.

Ein diskutierter Standpunkt in der Bachelor-Thesis war die Dokumentation, die nach Aussagen der Experten im Vordergrund steht. Diesbezüglich muss sich schnell etwas ändern, z.B. anhand von strukturierten Vorlagen. Der Mensch sollte im Mittelpunkt stehen und keine administrativen Aufgaben.

Im Zusammenhang mit Demenz zeigte sich in meinen Interviews, dass das Thema Aufklärung über die Krankheit von großer Bedeutung ist. Die Relevanz der Aufklärung ist meiner Meinung nach den Heimen kaum bewusst. Hier sollten sich die Heime mehr in der Pflicht sehen und eventuell Dementenabende anbieten. Die Angehörigen können so später für die Institutionen unterstützend fungieren. In meiner Arbeit wurden viele Defizite und veränderungswürdige Zustände aufgezeigt. Vieles ist nicht nur durch politische Rahmenbedingungen zu ändern, vielmehr müssen sich auch die gesellschaftlichen Leitbilder ändern. Die Gesellschaft spricht den dementen Menschen keinen adäquaten Status zu. Sie werden als abhängig, hilflos und unbedeutend angesehen. Wie soll die Lebensqualität der dementen Menschen in Zukunft bezahlt werden und welche finanzielle Mittel sind dafür vorgesehen? Meines Erachtens ist die Gesellschaft maßgeblich dafür verantwortlich, wie die Dementen untergebracht werden und in welcher Form sie dort behandelt werden. Das Thema Demenz soll enttabuisiert werden und die Heime sollten diesbezüglich mehr Transparenz bieten. In dieser Richtung ist es nötig, mehr Aufklärungsarbeit zu leisten und die Öffnung der Heime, z. B. durch einen Tag der offenen Tür, den Interessierten zu gewähren. Wir werden alle einmal alt und sind vielleicht auf Hilfe angewiesen.

Abschließend möchte ich äußern, dass ich trotz meiner Erfahrungen auf dem Sektor „Arbeiten mit älteren Menschen“ und der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema viele neue Aspekte und Eindrücke gewinnen konnte. Meine Interviews gaben mir zahlreiche neue Impulse und bestärkten mich diese Tätigkeit weiter auszuführen. Ich habe so gelernt unterschiedliche Perspektiven einzunehmen und das es relevant ist, ein positives Altersbild zu vermitteln.

Diese Arbeit stellt den Abschluss meines Bachelorstudienganges der Sozialen Arbeit dar. Die Forschungsarbeit hat mich motiviert, dieses Thema auch weiterhin im Masterstudiengang zu verfolgen.

Literaturverzeichnis

- Backes, Gertrud M./Clemens Wolfgang 2003: Lebensphase Alter. Eine Einführungen die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Breitscheidel, Markus 2005: Abgezockt und Totgepflegt. Alltag in deutschen Pflegeheimen. Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH
- Dal-Bianco, Peter/Schmidt, Reinhold (Hg.) 2008: Memories. Leben mit Alzheimer. Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH
- Flick, Uwe (Hg.) 2006: Qualitative Evaluationsforschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Förstel, Hans/Maelicke, Alfred/Weichel, Claus 2005: Demenz. Taschenatlas spezial. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag KG
- Grond, Erich 2006: Kompendium der Alters-Psychiatrie und Alters-Neurologie für Altenpfleger/innen. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
- Ivemeyer, Dorothee/Zerfaß, Rainer 2006: Demenztests in der Praxis. München: Urban & Fischer
- Keudell, Theodor von (Hrsg.) 1996: Die neuen Zivilisationskrankheiten. Erkennen- vorbeugen- behandeln und wie man sich davor schützen kann. Bergisch Gladbach: Honos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Kieslich, Sabine 2008: Demenz. Der Angehörigenratgeber. München: Südwest Verlag
- Kitwood, Tom 2004: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hans Huber

- Klie, Thomas/Krahmer, Utz 2009: Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Klie, Thomas/Stascheit, Ulrich 2007: Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Linnemann, Marco/Leene, Gert/Bettink, Klaaske/Schram, Mieke/Voermans, Jetty 1997: Einsamkeit bewältigen. Eine Lern-und Praxisanleitung für die Altenhilfe. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Lützenkirchen, Anne 2008: Depression im Alter. Soziale Arbeit und ambulante Versorgung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Madey, Astrid/Völker, Sabine 2004: Gemeinsame Verantwortung für Menschen mit Demenz. Handbuch zum Pflegebündnis. Hamburg: Hamburgische Brücke
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike 1991: Das Experteninterview-vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Friebertshäuser, Barbara/ Prengel, Annedore (Hrsg.) 2003: Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Mötzing, Gisela/Wurlitzer, Grit 2000: Leitfaden Altenpflege. München und Jena: Urban & Fischer Verlag
- Nübel, Gerd/Kuhlmann Heinz-Peter/Meißnest Bernd (Hrsg.) 2008: Alter Tage schwere Last. Trauer und Depressionen im Alter. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH
- Schmidt-Grunert, Marianne (Hrsg.) 2004: Sozialarbeitsforschung konkret. Problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Schwarz, Gaby 2000: Hilfe für Alzheimer-Patienten. Ein Ratgeber für Kranke und Angehörige. Weyarn: Seehamer Verlag GmbH

- Skawran, Michael 2009: Betreuung von Demenzkranken in der stationären Pflege. Eine Utopie? Hamburg: Diplomica Verlag GmbH
- Wirsing, Kurt 2000: Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch. Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union
- Wormstall, Henning/Wilhelm Hans- Jürgen, Gaertner (Hgg.) 2003: Alterspsychiatrie im Wandel. Oberhausen: ATHENA-Verlag

Literatur aus dem Internet

- Die Bibel:
<http://www.bibel-online.net/buch/21.prediger/12.html> (Zugriff 10.02.2010)

Weiterführende Literatur

- Hegedusch, Eileen/ Hegedusch, Lars 2007: Tiergestützte Therapie bei Demenz-Die gesundheitsförderliche Wirkung von Tieren auf demenziell erkrankte Menschen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Kostrzewa, Stephan 2008: Palliative Pflege von Menschen mit Demenz. Bern: Verlag Hans Huber
- Niemann-Mirmehdi, Mechthild/Mahlberg, Richard 2003: Alzheimer. Was tun, wenn die Krankheit beginnt? Stuttgart: Trias Verlag in MVS Medizinverlage
- Wächtler, Claus 2003: Demenzen. Frühzeitiges erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Wingchen Jürgen 2006: Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Hannover: Brigitte Kunz Verlag

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alois Alzheimer 1864-1915	4
Abbildung 2: Formen der chronischen Demenz	8
Abbildung 3: Gedächtnisabbau bei der Demenz.....	10
Abbildung 4: Psychische Bedürfnisse von Menschen mit Demenz.....	23
Abbildung 5: Interaktion mit der Umwelt.....	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abhängigkeit der Demenz vom Alter	12
Tabelle 2: Unterschiede der Demenz und der Depression	16
Tabelle 3: Resultate der telefonischen Anfragen	37
Tabelle 4: Ermittelte quantitative Daten	42

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
IVA	Integrative Validation
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PDL	Pflegedienstleitung
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

Anhang

Anhang A :

Interviewleitfaden

Paraphrasierte Interviews

Anhang B (auf CD-Rom):

Original Interviews

Interviewleitfaden

Quantitative Fragen

1. Wie viele Bewohner leben insgesamt in diesem Haus? Wie groß ist der Anteil, der an Demenz erkrankt ist? Sind hiervon eher männliche oder eher weibliche betroffen?
2. Wie viele Mitarbeiter gibt es im Haus insgesamt? Anzahl der Betreuungskräfte? Wie sind die dementen Menschen untergebracht?
3. Sind die Mitarbeiter besonders geschult bzw. besitzen Kenntnisse/Methoden im Bereich Demenz?
4. Gibt es Fortbildungsmöglichkeiten im Haus in Bezug auf Demenz?
5. Wie sieht Ihre Ausbildung (Leitung/PDL) in Bezug auf das Thema Demenz aus? Haben Sie eine Zusatzausbildung?
6. Welche Angebote für an Demenz erkrankte Bewohner gibt es in diesem Haus?
7. Wo finden die Angebote statt? Wie kommen die Bewohner dorthin? Wer führt die Angebote durch?

Qualitative Fragen

1. Denken Sie, dass im Allgemeinen mehr für Menschen mit Demenz getan werden müsste?
2. Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?
3. Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?
4. Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

Interviews

Interview 1

Position: Pflegedienstleitung

Geschlecht: weiblich

Datum: 10.09.09

Zeit: 15.00 Uhr

Dauer: 8 Min.

Atmosphäre: nett und offen

Besonderes: leider hat 2 x das Telefon geklingelt, 1. Unterbrechung ca. 2 Min, 2. Unterbrechung ca. 15 Min (beim zweiten Gespräch musste ich den Raum verlassen)

Hat spontan auf die Fragen geantwortet, hatte den Leitfaden vorher nicht.

Denken Sie, dass im Allgemeinen mehr für Menschen mit Demenz getan werden müsste?

Der Anteil der Bevölkerung der an Demenz erkrankt ist nimmt stetig zu. Dieses Klientel gelangt immer mehr in Alten- und Pflegeheime und macht da einen großen Teil aus.

„Es muss einfach mehr Dementenangebote geben, speziell im Bereich der Beschäftigung.“

Da gibt es einfach noch zu wenig.

Auch das Pflegepersonal ist nicht ausreichen im Bereich Demenz geschult und besitzt in diesem Bereich zu wenig Wissen.

In Bezug auf Demenzkranken gibt es einfach noch sehr viel zu tun, auch in Bezug auf die Rahmenbedingungen.

Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?

Ja, die kleinen Räumlichkeiten, wo die Dementen sich den ganzen Tag aufhalten. Die sind sehr klein.

Zu bemängeln ist auch die räumliche Ausstattung der Flure.

Dann kommen noch die fehlenden Ausbildungen der Mitarbeiter im Umgang mit Demenz dazu.

Das Haus besitzt keine geschlossene Dementenabteilung. Dieses stört manchmal die noch fitten Bewohner, da die Dementen auch oft in fremde Zimmer gehen. Es gibt schon viele Probleme in Bezug auf Demenz.

Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?

„Nein, aber das soll sich in Zukunft durch Maßnahmen, wie Fortbildungen ändern.“

Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

Das ist sehr schwer für mich zu beantworten. Das sind so viele Dinge.

Größere Zimmer, größere Tagesräume, schön wären auch viele kleine Aufenthaltsecken für die Dementen. Damit diese sich auch zurückziehen können, wenn sie dieses möchten.

“Die Toiletten und die Badezimmer sind oft viel zu klein und die Türen sind zu eng.“

Die Bewohner kommen oft schwer durch die Tür, rein und raus.

Es gibt schon viele Dinge die geändert werden müssen. In diesem Haus ist der Garten viel zu klein, es sind zu wenig Aufenthaltsflächen im Freien. Des Weiteren gibt es zu wenig Lagerungsräume und die Bewohnerküche ist außerordentlich klein und Verbesserungswürdig in Bezug auf die Ausstattung.

„Die Lichtverhältnisse und Farben sind für ein Heim auch sehr wichtig.“

Da sollte sich noch einiges ändern. Das wäre schon sehr wichtig.

Zusätzlich aus den quantitativen Fragen:

1. „Die Pflegemitarbeiter sollen mit in die speziellen Angebote des Hauses integriert werden.“

Das hätte zur Folge, dass sich die grundlegende Struktur verändern müsste.

Interview 2

Position: Pflegedienstleitung

Geschlecht: weiblich

Datum: 18.11.09

Zeit: 10.00 Uhr

Dauer: 9 Min.

Atmosphäre: Am Anfang des Gespräches hat sie geäußert, dass sie nicht viel Zeit hat. Daher war ich gezwungen mich zu beeilen.

Besonderes: Ich hatte ihr den Leitfaden vorher zukommen lassen, per Mail, aber sie hatte keine Zeit hineinzuschauen. Bei der Frage ob ich das Gespräch aufnehmen kann wirkte sie nicht glücklich. Ich versicherte ihr, dass das Gespräch anonym bleibt.

Sie wollte mir nach zweimaligem Fragen keine Beschäftigungsangebote speziell für demente Bewohner nennen. Sie hat mir Teile ihres Konzeptes „für Demente“ mitgegeben.

Kurze Unterbrechung, da jemand in ihr Büro kam (ca. 1 Min.).

Denken Sie, dass im Allgemeinen im Bereich Demenz mehr getan werden müsste?

„Durch die zusätzliche Zahlung der Krankenkasse wird alles besser.“

Nach § 87b kann eine Betreuungskraft eingestellt werden. Diese wird durch die Krankenkassen finanziert.

Dadurch konnten zwei zusätzliche Kräfte für die Betreuung einstellen werden. Wenn das so bestehen bleibt, ist das schon eine Menge.

Relevant sind die Ansprüche des Hauses. Wenn 50 Prozent an einer Demenz leiden, dann sollten die Mitarbeiter auch damit umgehen können. Dazu müssen sie geschult werden.

Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?

Hier gibt es keine geschlossene Abteilung, wie das oft der Fall ist.

Wir haben hier aber niemanden mit Weglauftendenz. Wenn dieses bekannt wäre und der Bewohner das Haus verlassen würde, könnten wir die Verantwortung nicht mehr übernehmen. Solange sich die Bewohner nur im Haus bewegen können wir dieses gut auffangen.

Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?

„Wenn wir weiter schulen, würde ich sagen, dass das ausreichend ist.“

Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

„Ich würde sagen, meins ist das ideale Heim.“

Ich möchte selber später hier wohnen.

Wenn noch mehr Pflegefachkräfte eingestellt werden könnten, wäre es noch besser.

„Es besteht ein Mangel an Pflegefachkräften, also da ist der Markt leer“.

Das Haus ist mit 60 Bewohnern sehr klein und ein Hauch von Familie ist vorhanden.

Persönlich kenne ich hier jeden Bewohner und die Angehörigen. Das ist sehr angenehm.

Wir haben festgestellt, dass der innere Kern stimmen muss. Es nützt nichts, wenn ich ein ganz tolles Haus habe, was Hotelambiente hat oder einen Springbrunnen hat.

„Der Kern um die Pflege und um die Betreuung muss stimmen.“

Alles andere ist nicht relevant.

Wir haben in unserem Ort einen sehr guten Ruf, der durch Mundpropaganda entstanden ist.

Ich werde mich später selber hier anmelden.

Interview 3

Position: Pflegedienstleitung und gleichzeitig auch Leitung

Geschlecht: männlich

Datum: 19.11.09

Zeit: 15.00 Uhr

Atmosphäre: Es war ein sehr nettes und offenes Gespräch.

Besonderes: Der Interviewpartner hatte sich den Leitfaden vorher angesehen. Als ich gefragt habe, ob ich das Gespräch aufzeichnen kann, war der zu Interviewende nicht begeistert. Ich versicherte, dass es anonym bleibt und dann war es für in Ordnung.

Denken Sie, dass im Allgemeinen im Bereich Demenz mehr getan werden müsste?

„Die Tagesstrukturierung der Dementen, die müsste ein bisschen umfangreicher sein,“

Im Moment wird eine stichpunktartige, kurzfristige Anleitung durchgeführt. Diese ist nicht wirklich nachhaltig.

„Es wäre deutlich mehr Betreuungspersonal notwendig, als nur zwei Kräfte.“

Eine Betreuungskraft kommt nur vormittags und die andere nachmittags. Dann findet oft Gruppenarbeit statt. Da müsste eigentlich mehr geboten werden. Dafür benötigt dieses Heim mehr Personal.

Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?

„Einige demenziell erkrankte Bewohner laufen durch die Gegend und stören andere Bewohner.“

Zum Beispiel laufen sie in andere Bewohnerzimmer. Das ist ein spezielles Problem. Das ist in vielen Einrichtungen so.

„Spezielle Räumlichkeiten für die Dementen haben wir nicht.“

Wir besitzen hier nur einen kleinen Raum. Da finden vielleicht 4 oder 5 Platz, dann wäre er schon fast überfüllt. Das Ziel ist, dass dort aufwendigere oder schwere Demenzerkrankte Leute angeleitet werden. Diese lassen sich relativ leicht ablenken von den anderen Bewohnern. Bis jetzt wurde dieses Vorhaben noch nicht umgesetzt.

Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?

„Mit den Mitteln, die wir im Moment zur Verfügung haben, ja.“

Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

„Ich hätte gerne eine stärkere Personaldecke.“

Damit können schon viele positive Dinge bewerkstelligt werden.

Der dokumentatorische Aufwand steht allerdings in keinem Verhältnis zur Pflege.

Qualitätslinien zeigen, welches Haus mehr dokumentiert, schneidet besser ab.

„Es kommt nicht mehr wirklich, also es scheint auf jeden Fall so, nicht mehr wirklich auf die Pflege an, sondern auf den Schreiberling.“

Das ist nicht erfreulich für die Bewohner. Mit einer stärkeren Personaldecke könnte mehr geschrieben werden und eine gute Pflege könnte ausgeübt werden.

Eine angemessene Gebäudelage hätte viele Vorteile. Davon würden auch die Demenzen profitieren.

Interview 4

Position: Pflegedienstleitung und gleichzeitig auch Leitung
Geschlecht: weiblich
Datum: 07.12.09
Zeit: 14.00 Uhr
Dauer: 12 Min.
Atmosphäre: nett und offen
Besonderes: Die Interviewpartnerin hatte sich den Interviewleitfaden durchgelesen und dazu Notizen gemacht.
Unterbrechung ca. 1 Min, da eine Mitarbeiterin gefragt hat, ob wir uns nach dem Interview noch mal unterhalten wollen. Vor dem Gespräch saß ich im Gemeinschaftsraum, wo ich mit einer Mitarbeiterin ins Gespräch gekommen bin. Diese hat dann kurz geklopft. Sie hat mir später erzählt, dass ihre Tochter eine Masterarbeit über Maltherapie mit demenziell erkrankten Menschen schreibt.

Denken Sie, dass im Allgemeinen im Bereich Demenz mehr getan werden müsste?

Im Bereich Demenz muss mehr agiert werden. Die Dementen erhalten am Tag eine 10-Minuten- Beschäftigung nach der Pauschale § 87b. Dieses ist viel zu wenig. Es sollte mehr angeboten werden.

Was soll der Bewohner an Feiertagen und an den Wochenenden machen? Da sind diese Beschäftigungstherapeuten nicht da. Da sollte mehr passieren, denn 10 Minuten reichen nicht aus.

Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?

Spezielle Probleme treten immer mal wieder auf.

„Angehörigen können oft mit dem Krankheitsbild Demenz nichts anfangen.“

Diese haben davon gehört, können sich aber nicht damit identifizieren, dass ihre Mutter das auch haben könnte. Das Krankheitsbild sollte noch deutlicher dargestellt werden. Da werde ich auch zu beitragen.

Es ist ein schwieriges Thema mit der optimalen Betreuung am Wochenende. Das ist sehr schade, dass am Wochenende nicht viel angeboten wird. Der Bewohner ist dann auf seine Angehörigen angewiesen.

„Probleme in Bezug auf Demenz sind auch Weglauftendenzen.“

Wenn ein Dementer am Wochenende wegläuft, wird er von Pflegepersonal wieder zurück in das Haus begleitet. Das Betreuungspersonal kann dieses aufgrund seiner Abwesenheit nicht leisten.

Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?

Wir bieten in diesem Haus sehr viel an. Es werden nicht nur Gruppentherapien angeboten, sondern auch Veranstaltungen, wie jahreszeitliche Feste. Des Weiteren haben wir vor einigen Tagen ein Spanferkelessen veranstaltet und heute Nachmittag singt im Haus ein Kinderchor. Es wird schon viel angeboten, aber optimal ist es nur, wenn an den Wochenenden auch etwas angeboten wird. Da ist der Bewohner auf sich alleine gestellt, da die Pflege das nicht auffangen kann.

Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

Das ideale Heim ist, wenn Betreuungsangebote auch am Wochenende stattfinden und an den Feiertagen. Wir versuchen das hier schon so schön wie möglich zu gestalten, aber das wäre natürlich optimal.

Mehr Räumlichkeiten, wären natürlich schön, wenn diese zur Verfügung ständen.

„Die Pflege und die Betreuung sollte nicht so gestrafft nach Minuten durchgeführt werden.“

Interview 5

Position: Pflegedienstleitung

Geschlecht: weiblich

Datum: 14.12.09

Zeit: 14.00 Uhr

Dauer: 11 Min.

Atmosphäre: nett und offen

Besonderes: Hatte ihr den Leitfaden vorher zukommen lassen, per Mail, und sie hat schon hineingeschaut. Ich versicherte ihr, dass das Gespräch anonym bleibt. Bei der Frage ob ich das Gespräch aufnehmen kann hat sie sofort eingewilligt. Sie wirkte sehr interessiert.

Das Gespräch wurde kurz unterbrochen, weil ein Mitarbeiter etwas gefragt hat.

Denken Sie, dass im Allgemeinen im Bereich Demenz mehr getan werden müsste?

Ja, auf jeden Fall. Zurzeit planen wir einen geschützten Raum für demenziell erkrankte Bewohner. Dass diese sich in einem Wohnbereich aufhalten können. Von dort aus können sie dann nicht mehr auf die Straße laufen. Auch im Garten planen wir Veränderungen, dass der Bewohner ihn nicht einfach verlassen kann. Wir haben einige Veränderungen für 2010 geplant.

„Wir wollen unseren Mitarbeitern beibringen mit Demenz anders umgehen.“

Ihnen bestimmte Angebote bieten um dieses zu lernen.

Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?

Relevant ist das Verständnis bei den Mitarbeitern für diese Krankheit zu fördern und ein geschützter Bereich für die Dementen anzubieten.

„Es ist häufig so, dass die Bewohner auch vor sich selber geschützt werden müssen.“

Dieses führt oft zu Problemen, wenn die Räumlichkeiten nicht vorhanden sind. Dann ist das sehr problematisch.

Bei den Angehörigen fehlt oft das Verständnis für die Erkrankung. In dieser Richtung müsste mehr angeboten werden, wie mehr informieren.

Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?

„Für einige schon, aber es gibt doch noch einige Bewohner da könnte man ein bisschen mehr machen oder müsste man ein bisschen mehr machen.“

Um für Veränderung zu sorgen, müssten die gesetzlichen Rahmenbedingungen verändert werden. Es wäre schön, wenn mehr Zeit für den Bewohner da wäre. Die Zeit ist sehr knapp eingeteilt, 10 Minuten Zeit am Tag für den einzelnen Bewohner ist zu definitiv zu wenig. Die Bewohner brauchen mehr Anleitung und Beschäftigung.

Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

„Ich finde eigentlich diese Wohngemeinschaften ganz gut.“

Viele Altersstufen sollten dort gemischt zusammen leben. Das Problem ist im Moment, dass viele sehr alte Menschen nicht die Möglichkeiten besitzen, sich noch in einem Heim einzuleben. Da könnte sich auch ein Alten- und Pflegeheim etwas überlegen, um etwas jüngere Ältere als Bewohner zu erlangen.

Interview 6

Position: Leitung
Geschlecht: weiblich
Datum: 15.12.09
Zeit: 10.00 Uhr
Dauer: 8 Min.
Atmosphäre: nett
Besonderes: Sie hatte die E-Mail, die ich geschickt habe nicht bekommen und meinte, vielleicht haben das meine Mitarbeiter nicht an mich weitergeleitet. Sie hatte etwas Angst, dass die Fragen schwer sind. Ich habe ihr versichert, dass sie sie beantworten kann.

Denken Sie, dass im Allgemeinen im Bereich Demenz mehr getan werden müsste?

Hier läuft es gut und es wird viel angeboten. Genug kann letztendlich nie getan werden. Es kann immer noch mehr angeboten werden.

Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?

Bei uns nicht. „Zu Anfang ist das mit den Angehörigen immer etwas problematisch.“
Bis diese verstanden haben, was ihren Angehörigen verändert. Dann funktioniert die Zusammenarbeit immer ganz gut.

Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?

„Ja, finde ich schon.“

Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

Es ist schon alles schön hier. Optimaler wäre, wenn der Dementenbereich in der ersten Etage wäre. Dieser ist zurzeit in der zweiten Etage. Dann wäre der demenziell erkrankte Bewohner schneller draußen. Die Dementen werden bei Spaziergängen vom Personal begleitet.
Das Haus ist ein offenes Heim. Es gibt keinen abgetrennten Bereich für die Dementen.
„Räumlichkeiten sind natürlich auch immer zu wenig.“
Demnächst bekommen wir noch eine zusätzliche Betreuungskraft, die auch Gruppenarbeit anbietet. Es fehlt uns dafür noch ein Raum.

Interview 7

Position: Pflegedienstleitung

Geschlecht: weiblich

Datum: 15.12.09

Zeit: 16.00 Uhr

Dauer: 40 Min.

Atmosphäre: Als das Gespräch zustande kam, war die Atmosphäre nett.

Besonderes: Wir konnten uns erst auf keinen gemeinsamen Termin einigen. Ich habe ihr dann die Fragen zugeschickt und geschrieben, dass ich einen meiner Termine verschoben habe und an ihrem Wunschtermin kann und auf eine Mail oder um Rückruf bitte. Es kam aber nichts zurück. Ich habe dann am nächsten Tag angerufen. Sie meinte, dass die Fragen nicht auf ihr Haus zutreffen und sie mir lieber etwas über das Heim erzählen möchte. Ich habe eingewilligt. Daher sind in diesem Interview nicht alle meine Fragen beantwortet, die Leitfadenrelevant waren.

Denken Sie, dass im Allgemeinen im Bereich Demenz mehr getan werden müsste?

In kleinen stationären Einrichtungen ist es sehr schwierig, da ist kein geschützter Wohnbereich für die Dementen möglich ist.

„In den letzten 20 Jahren hat sich in der Altenpflege schon sehr viel positiv verändert.“

Die Anforderungen an die Einrichtungen sind sehr hoch. Die MDK-Prüfungen werden jährlich durchgeführt.

Gibt es spezielle Probleme in Bezug auf Demenz?

Der größte Teil der Bewohner ist mit dem Krankheitsbild Demenz in die Einrichtung gezogen. Dieses hatten zuvor Neurologen diagnostiziert. Die Defizite, wie Weglauftendenz und Vergesslichkeit waren schon bekannt. Es sind auch schon Bewohner aus anderen Bereichen in den Dementenbereich gezogen. Die Angehörigen vertrauen da unserer Fachlichkeit. Auf dem speziellen Bereich erhalten die Dementen mehr Lebensqualität durch eine intensivere Betreuung. Sie besitzen dort einen separaten Garten mit hohem Zaun. Dieser liegt leider in Richtung Straße und wächst hoffentlich bald zu, sodass er nicht mehr zu sehen ist.

Es ist auch schon mal ein Bewohner aus der Demenzabteilung wieder ausgezogen. Die Dame war nur etwas vergesslich. So etwas kann auch vorkommen, wenn

„die Angehörigen eine falsche Einschätzung zum Krankheitsbild geben.“

Würden Sie sagen, dass die Versorgung in Bezug auf Demenz hier im Haus ausreichend ist?

„Ja, das kann ich so sagen.“

Es gibt immer noch besser, aber mit dem was wir jetzt anbieten, da sind wir schon gut aufgestellt und organisiert.

„Wir teilen das in halbe Stellen auf, umso mehr Köpfe haben wir hier im Haus.“

So kann ein Haus flexibler und mehr Angebote anbieten. Auch Krankheit und Urlaub beschneidet die Aktivitäten nicht. Es hat Vorteile viele Menschen in einer Einrichtung zu beschäftigen.

Von den zusätzlichen Betreuungskräften arbeiten drei in der Dementenabteilung. Diese arbeiten vormittags und oder nachmittags und sind unserer Ergotherapeutin unterstellt.

Die Dementenabteilung besitzt einen separaten Veranstaltungsplan.

Was hätten Sie gerne, wie stellen sie sich das ideale Heim vor?

Habe keine Informationen zu dieser Frage erhalten.

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Miriam Kolloß

Hamburg, den 26. Februar 2010