

Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz

Robert Bosch Stiftung

Berlin, 19./20.03.2004

Demenz in stationären Einrichtungen der Altenhilfe: Eine kritische Bestandsaufnahme

Armin Stelzig, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir sind hier, um mit der Robert Bosch Stiftung gemeinsam eine Herausforderung anzugehen, der sich unsere Gesellschaft in Zukunft stellen muss:

Der Frage des Alterns in einer modernen Gesellschaft verbunden mit Hochaltrigkeit, Multimorbidität und speziell dem Phänomen „DEMENZ“.

Erlauben Sie mir, mich kurz vorzustellen:

Mein Name ist Armin Stelzig. Ich bin Heimleiter eines klassischen Alten- und Pflegeheimes mit 130 Pflegeplätzen in Bad Neuenahr-Ahrweiler in Rheinland-Pfalz. Träger des katholischen Altenheims ist die caritas-trägergesellschaft trier. Meine ersten Berührungen mit der Altenpflege hatte ich im Zivildienst in der ambulanten Pflege. Nach dem Studium der Sozialpädagogik folgte der Einstieg in eine erste Leitungsfunktion einer Einrichtung der Altenpflege.

Warum ich heute hier zu Ihnen spreche? Die Robert Bosch Stiftung hat für die Initiative „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ einen Praktiker gesucht, der aufgrund seiner besonderen Erfahrungen mit dem Thema Demenz bereit ist, vor Ihnen, dem Fachpublikum, kritisch Stellung zu der derzeit typischen Situation dementiell erkrankter Heimbewohner in Deutschland zu beziehen.

In meiner Funktion als Leiter des Alten- und Pflegeheims „St. Vinzenzhaus“ in Gebhardshain, Rheinland-Pfalz, hatte ich Gelegenheit, wichtige Erfahrungen im Umgang mit demenzkranken älteren Menschen zu sammeln.

Der Träger, wiederum die caritas trägergesellschaft trier, hat 2002 in Gebhardshain einen gerontopsychiatrischen Modellwohnbereich eingerichtet. Dank der Förderung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe in Köln konnte dort ein Konzept zur Pflege und Betreuung von acht dementiell erkrankten Heimbewohnern entwickelt und umgesetzt werden. Doch dazu gerne später mehr.

Ich werde Ihnen nun exemplarisch darstellen, wie problematisch sich in der Praxis der Umgang für die dementiell erkrankten Heimbewohner in den derzeit gegebenen Rahmenbedingungen darstellt. Dabei kann die Situation der dementiell Erkrankten m.E. nicht isoliert von der Situation der gesamten stationären Altenhilfe betrachtet werden.

Ich werde nun in aller Kürze ausführen die Bereiche:

- Konsequenzen der gesetzliche Überregulierung
- Begutachtungspraxis des MDK
- Zusammenarbeit mit Fachärzten
- Umgang mit dementiell Erkrankten in stationären Einrichtungen
- Bauliche Situation
- Öffentlichkeit und Angehörige

Anschließend werde ich eine gelungene Lösung, den bereits erwähnten gerontopsychiatrischen Wohnbereich im St. Vinzenzhaus, vorstellen.

Konsequenzen der gesetzliche Überregulierung

Auch in den Alten- und Pflegeheimen gibt es „Zeitdiebe“. Die knappe Zeit wird gebunden durch eine gesetzliche Überregulierung: 42 Gesetze und 568 Verordnungen bestimmen den Alltag in deutschen Altenheimen - sie zwingen die Pflegenden, beinahe jeden Handgriff im Voraus zu planen und seine Ausführung anschließend zu dokumentieren. Was nicht dokumentiert ist, gilt beim Medizinischer Dienst der Kranken- und Pflegekassen als nicht gemacht und wird in der Folge sachlich und zeitlich nicht angerechnet. Dies hat unter anderem Folgen bei der Einstufung oder auch Höherstufung in eine Pflegestufe.

Es sind etwa 40 % der täglichen Arbeitszeit, die für die Pflegedokumentation und weitere indirekte Leistungen wie Arbeitsbesprechungen (mit Protokollen!), Arzneimittel stellen, Überprüfung von Medizinprodukten, Organisation und Verwaltung, Konzeptentwicklung und vieles mehr aufzuwenden sind.

Kritisch zu bemerken ist jedoch, dass der Bewohner eine „evaluierte Pflegeplanung“ in seiner Dokumentation kaum spürt; die Zeit aber, die wegen der Erstellung eben jener Dokumentation nicht für persönliche Zuwendung da ist, die spürt er.

Dabei möchte ich einem möglichen Missverständnis vorbeugen: Ich bin für eine an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Bewohner/innen orientierte, geplante und hinterfragte Pflege. Es ist wichtig, unsere Arbeit transparent zu machen. Nur das immer größer werdende Maß an Planung, Kontrolle und Überarbeitung ist mit der derzeitig finanzierbaren personellen Ausstattung nicht zu leisten. Und der Trend, immer mehr Leistungen von der Pflege zu verlangen, diese allerdings nicht zu finanzieren, setzt sich fort.

Derzeit gibt es bereits begrüßenswerte Projekte zur Entbürokratisierung der Pflege und Vereinfachung der Dokumentation; z.B. einen Runden Tisch zum Bürokratieabbau oder ein Projekt in Bayern, das den Dokumentationsaufwand deutlich reduzieren könnte.

In den Heimen der Bundesrepublik Deutschland erleben wir auch im Jahr 2004 gestresste Mitarbeiter/innen, die über die Flure eilen, immer Sätze wie: „...jetzt gerade keine Zeit...komme gleich...!“ auf den Lippen.

Bis zu 300 Überstunden sind keine Seltenheit und die krankheitsbedingten Fehlzeiten steigen – entgegen bundesweiter Trends anderer Berufe - immer stärker an. Das zustehende freie Wochenende wird vielfach durch das Einspringen für erkrankte Kollegen verhindert. Und können Sie sich vorstellen, in einer solchen Situation noch eine gute und geduldige Pflege leisten zu können? Vielleicht einmal, vielleicht zweimal – aber beim dritten Mal sicher nicht mehr!

Leitungskräfte kommen oftmals mit dem Arbeitszeitgesetz und den tariflichen Bestimmungen in Konflikt, ohne dies leichtfertig oder verantwortungslos zu tun. Und ich spreche hier aus Erfahrungen bei einem christlichen Träger. Die Arbeitsbedingungen, die mir von privaten Trägern berichtet werden, spiegeln zum Teil eine noch viel härtere Realität dar.

Auf die unter diesen Rahmenbedingungen und wegen steigender Ansprüche der Bewohner und ihrer Angehörigen sich häufenden Beschwerden reagiert der Gesetzgeber unter dem Druck der Medienberichte mit der Verpflichtung zur Einführung eines wiederum schriftlich dokumentierten Beschwerdemanagements – nicht aber mit der Analyse und Beseitigung der Ursachen, die auch in den Rahmenbedingungen zu finden sind. So wird stets für die Verfehlungen einzelner die gesamte stationäre Altenhilfe bestraft.

Und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz trägt zu einer weiteren Reduzierung der pflegerischen Versorgungsqualität bei, da es auch wieder mehr Zeit für Verwaltungstätigkeiten erfordert, die folglich bei gleichbleibenden verfügbaren personellen Ressourcen in der unmittelbaren Betreuung und Pflege der Bewohner fehlt.

So stehen den Bewohnern, die über sehr viel freie Zeit verfügen und deren Tage sich teils endlos erstrecken, Pflegekräfte mit einem sehr begrenzten Zeitbudget gegenüber, die unzählige Verrichtungen in ihrem Arbeitstag leisten, dabei doch auch sehr konzentriert arbeiten müssen und im Bedarfsfall schnell noch ein entspanntes Gespräch führen sollen. So werden mitunter noch immer Medikamente verabreicht, die Auffälligkeiten bei Bewohnern reduzieren sollen, die aber bei mehr Zuwendung z.T. nicht nötig wären.

Dies alles hat zur Folge, dass viele Fachkräfte aus ihrem Beruf aussteigen. Das Motiv ihrer Berufswahl, „etwas mit und für ältere Menschen zu tun“, wird vom Heimalltag eingeholt. All das erschwert die Personalakquise immer mehr.

Begutachtungspraxis des MDK

Es hat ein Wandel der Klientel in den Altenheimen stattgefunden. Früher waren es relativ wenige Heimbewohner, die als verwirrt galten. Heute sind es 60 – 70 %. Um verwirrten Menschen ein Gefühl der Geborgenheit zu geben, ist viel Zeit notwendig. Gesten müssen – trotz Arbeitsdruck — langsam erfolgen, Hektik führt zu noch mehr Verwirrung. Immer wieder dieselben Fragen wollen beantwortet werden.

Zeit steht nur zur Verfügung, wenn eine ausreichende Personaldecke vorhanden ist. Personal muss finanzierbar sein. Ein Großteil des Heimentgeltes wird von der Pflegekasse finanziert. Hier wiederum ist die Begutachtung des Bewohners durch den MDK für die Leistung der Pflegekasse entscheidend. In der stationären Altenhilfe findet lediglich der Zeit- und Pflegeaufwand für körperliche Defizite Beachtung. Die Zeit, die für die Betreuung und Beaufsichtigung gerontopsychiatrisch veränderter Bewohner aufzuwenden ist, findet keine Berücksichtigung. D.h., alles was an solcher Zuwendung den dementiell veränderten Bewohnern zuteil wird, ist eine „Gratisleistung“ des Altenheims. In einer Studie wurde ein Mehraufwand für die Betreuung dementiell erkrankter Bewohner von 45 Minuten täglich ermittelt. Ob das Pflege-Korrekturgesetz Verbesserungen bringt, bleibt abzuwarten. Hier wäre der Pflegebegriff um den Hilfebedarf für die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung zu erweitern.

Zusammenarbeit mit Fachärzten

Bei der Betreuung der Bewohner, die an sogenannten primären Demenzformen (Morbus Alzheimer oder vom vaskulären Typ) leiden, benötigen Heime die diagnostische Unterstützung von Fachärzten. Die Hausärzte sind mit der Betreuung dementiell erkrankter Patienten meist überfordert. An ausreichenden Fachärzten mangelt es zudem in der überwiegenden Zahl der Fälle. Eine notwendige Unterstützung der Heime im täglichen Umgang mit den Bewohnern entfällt damit. Mitunter wird seitens der Hausärzte mit der Medikation „laboriert“ und per Telefon an- und abgesetzt.

Regionale Netzwerke Demenz könnten Abhilfe schaffen. Die Etablierung solcher Netzwerke wird teilweise durch Interessenkollisionen verschiedener Ärzte erschwert oder ganz verhindert.

Umgang mit dementiell Erkrankten in stationären Einrichtungen

Der eingangs beschriebene Klientelwechsel der Heime stellt diese vor der Herausforderung, sich in das Spannungsfeld zwischen den Ansprüchen der „rüstigeren Senioren“ und denen mit dementieller Erkrankung zu begeben. Immer öfter entscheiden sich Heimträger für die separate Unterbringung der demenzkranken Bewohner in besonderen Wohnbereichen. Man spricht vom segregativen Ansatz. Dadurch werden die alltäglichen Konflikte zwischen den beiden „Gruppen“ reduziert. Die „Rüstigen“ werden hier durch das Verhalten der gerontopsychiatrisch veränderten Bewohner weniger beeinträchtigt. Das Essen vom Teller des Nachbarn, das Benutzen fremder Toiletten und Betten, das Räumen in fremden Schränken, verärgert verständlicherweise die Teller- und Schrankbesitzer. Das eigene Zimmer im Heim ist - genau wie für uns die eigene Wohnung - Privatsphäre. Der separate Wohnbereich schützt die dementiell erkrankten Bewohner wiederum vor den Aggressionen der Mitbewohner, die belehren, schimpfen und manchmal auch gehässig werden. Sie können hier ihre für ihr Wohlbefinden sehr wichtige Ruhe und eine Regelmäßigkeit in den Abläufen und Beschäftigungen finden.

Auch und gerade auf solchen Wohnbereichen ist der Einsatz ausreichend geschulten und vor allem zahlenmäßig angemessenen Fachpersonals unerlässlich.

Dementiell erkrankte Bewohner weisen vielfältige Ernährungsprobleme auf. Sie erkennen teilweise Besteck und Nahrung nicht, sitzen nicht lange bei Tisch und haben Schluck- und Kauschwierigkeiten. Die mangelnde personelle Ausstattung kann diesen Problemen kaum gerecht werden. Das hat u.a. die Folge, dass die Ernährung nicht optimal auf ihre besonderen Bedürfnisse abgestimmt wird. Unter Zeitdruck wird ihnen teilweise das Essen angereicht - oft in einer wenig einladenden Atmosphäre.

In der letzten Phase des Lebens, dem Sterben, stellt sich bei dementiell Erkrankten die Frage nach angemessener Begleitung. Diese wird durch die kommunikativen Einschränkungen erschwert. Schmerzäußerungen müssen mühsam gedeutet werden. Auch sterben in der derzeitigen Heimsituation viele alte Menschen allein und unbemerkt – im Laufe des Alltagsbetriebs.

Ferner tauchen in der Sterbephase oft Fragen nach Wertigkeit von Patientenverfügungen auf. Haben früher gemachte Aussagen des Bewohners noch Gültigkeit?

Bauliche Situation

Viele Heime sind Einrichtungen der sogenannten 2. und 3. Generation, d.h., sie haben die Architektur der Krankenhäuser zum Vorbild. Von langen Gängen aus sind die Zimmer und Aufenthaltsräume zu erreichen. Nischen ohne Sitzmöglichkeiten, fehlende Behaglichkeit und funktionale Möbel ohne biographischen Bezug zur Generation der Bewohner lassen keine Geborgenheit finden. Brandschutzbehörden „verordnen“ häufig eine Möblierung, die den Anforderungen an Flughafenhallen entspricht und auch deren Charme ausstrahlt.

Dementiell erkrankte Bewohner haben einen starken Bewegungsdrang. Es fehlt aber an „Wanderwegen“, die innerhalb des Wohnbereiches das Laufen ermöglichen, ohne an Wände oder andere Grenzen zu stoßen.

Auch geschützte Aussenbereiche mit Rundwegen, Nischen und Sitzgelegenheiten sind selten vorhanden. Zu der Zeit, als viele der noch heute betriebenen Einrichtungen gebaut wurden, lagen noch keine Erkenntnisse zu den Bedürfnissen dementiell erkrankter Menschen vor. Viele – insbesondere die dementen – Bewohner erleben sich als regelrecht eingesperrt, ohne etwas verbochen zu haben.

Öffentlichkeit und Angehörige

Das Wissen um die Demenzerkrankungen und über die therapeutischen Möglichkeiten ist in der Öffentlichkeit sehr gering. Die Mitarbeiter von Altenhilfeeinrichtungen erleben es des öfteren, dass Nachbarn erzürnt anrufen und sich persönlich beschweren, weil z.B. zum wiederholten Male ein Mann aus dem Heim in ihrem Garten umherirrt. Es folgt regelmäßig die Frage, warum das Haus nicht besser aufpasse bzw. den Bewohner einfach einsperre.

Auch den Angehörigen fehlt oftmals das Verständnis für ihre eigenen erkrankten Angehörigen. Die intensive Auseinandersetzung mit der Erkrankung wird jedoch gefürchtet. Vielleicht

ist es das Verschließen der Augen vor der Wahrnehmung, dass nun „die Eltern zu Kindern“ werden und dass es gilt, Verantwortung für sie zu übernehmen. Die Rollen verkehren sich.

Entlastende Angebote, wie Kurzzeit- und Tages- sowie Nachtpflege werden, teils aus Scham, teils aus Unkenntnis heraus, noch immer zu wenig in Anspruch genommen. Auch hier ist noch mehr Aufklärung nötig.

Lösungsmöglichkeit am Beispiel des Alten- und Pflegeheims St. Vinzenzhaus in Gebhardshain

In meinem Bericht habe ich bereits kurz den Modelwohnbereich im Alten- und Pflegeheim St. Vinzenzhaus angesprochen, der unter guten finanziellen Bedingungen - wie wir sie heute heute kaum mehr vorfinden - geplant und umgesetzt werden konnte. Die dementiell beeinträchtigten Menschen dort leben in einer kleinen Wohngemeinschaft von 8 Personen, betreut von Fach- und Hilfskräften, die täglich 12 – 13 Stunden in der Wohngruppe präsent sind, den Tag strukturieren, die Bewohner pflegen und betreuen.

Im Heimaufnahmegespräch und mittels eines umfangreichen Biographiebogens werden relevante Informationen über den Bewohner gesammelt, die in der Heimsituation helfen können, die Person individueller zu betreuen und zu pflegen und Verhaltensweisen besser zu verstehen.

Neben einem ansprechend und biographieorientiert ausgestatteten Tagesraum gibt es eine kleine Küche, in der die Bewohner bei der Speisenzubereitung mitarbeiten können. Ein geschützter Gartenbereich, der von einer heimischen Hainbuchenhecke eingefasst wird, ermöglicht den sicheren Aufenthalt im Freien.

Das Konzept für den Wohnbereich wurde, wie bereits erwähnt, finanziell gefördert vom KDA, von einer Fachkraft entwickelt, die es im Rahmen einer halben Stelle innerhalb eines halben Jahres erarbeitet hat.

Begleitet wurde die Entwicklung darüber hinaus vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg unter Leitung des hier anwesenden Prof. Dr. Andreas Kruse. Wir versuchen herauszufinden, wann sich dementiell erkrankte Bewohner wohl und wann unwohl fühlen und wie man die „Wohlfühlsituationen“ im pflegerischen Alltag herstellen und die „Unwohlsituationen“ vermeiden kann. Es soll also die Ressource, positive Momente in der Gegenwart erleben zu können, genutzt und vermeidbare Stress-Situationen verhindert werden.

Die erfolgreiche Untersuchung hat zwei weitere, von zwei Bundesministerien geförderte Studien initiiert.

Mit diesem wirklich nur in aller Kürze dargestellten „Erfolgsprojekt“ möchte ich Ihnen zeigen: Es geht! Mit großer Anstrengung aller Beteiligten, aber auch zusätzlichen finanziellen Mitteln konnten wir das verwirklichen, was wir uns wünschen: Menschenwürdige Pflege für unsere Bewohner unter menschenwürdigen Bedingungen für unser Mitarbeiter. Ich glaube aber auch, dass, wenn wir uns in der Altenhilfe wieder auf unsere wesentlichen Aufgaben konzentrieren könnten und von den vielen pflegefernen Tätigkeiten entlasten würden, wir dies mit den verfügbaren Ressourcen ermöglichen könnten. Es darf nicht sein, dass solche Projekte, von denen es bundesweit weitere gibt, die Ausnahme bleiben. Mein Ziel ist es, mit der

Teilnahme an „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ dazu beizutragen, dass es immer mehr „St. Vinzenzhäuser“ gibt, dass ein würdiger Umgang mit demenzkranken Bewohnern in stationären Einrichtungen zur Selbstverständlichkeit wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!