

## 1. Vision zum Umgang mit Menschen mit Demenz

Die konzeptionellen Inhalte des Pflege- und Betreuungskonzeptes für MmD orientieren sich immer an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz. Sie sind Ausgangs- und Reflexionspunkt unseres Denkens und Handelns. Das betrifft neben den architektonischen und den institutionellen auch die organisatorischen Strukturen des Wohnbereiches.

Wir können von Menschen mit Demenz nicht erwarten, dass sie sich unseren institutionellen Rahmenbedingungen angleichen, sondern wir wollen nach unseren Möglichkeiten versuchen uns ihnen ganzheitlich anzupassen.

## 2. Zielgruppe

Die Zielgruppe für den Wohnbereich für MmD sind Personen, bei denen eine demenzielle Veränderung diagnostiziert ist oder eine psychische Grunderkrankung vorliegt, welche mit denen der MmD kompatibel ist.

Der Einzug wird in Zusammenarbeit der Leitung des Wohnbereiches MmD, der Pflegedienstleitung, der betreffenden Bewohner und /oder ihren Angehörigen sowie der für die Aufnahme verantwortliche Verwaltungsmitarbeiterin besprochen, geplant und durchgeführt.

## 3. Die segretative Versorgungsform

Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und auch das Personal stoßen in einer integrativen Versorgungsform an Handlungsgrenzen. Damit nicht täglich diese Handlungsgrenzen erlebt werden, versorgen wir die Bewohner unserer Wohngruppe in einer segretativen Struktur (s. Zielgruppe) und wenden ein spezielles Konzept zum Umgang mit pflegebedürftigen Menschen mit Demenz an.

## 4. Demenz als Krankheit

Es ist nicht immer auf den ersten Blick eindeutig, dass ein Bewohner an Demenz leidet. Deshalb ist es wichtig, sich darüber mit dem Hausarzt/ Facharzt Klarheit zu verschaffen. Die folgende Definition erklärt die Erkrankung im klinischen Sinne:

Demenz stellt einen Oberbegriff für mehrere Krankheitsbilder verschiedener Ursachen und unterschiedlicher Verlaufsformen dar. Mit Demenz wird eine über Monate bis Jahre progredient verlaufende degenerative Veränderung des Gehirns bezeichnet, die mit dem Verlust früher erworbener kognitiver Fähigkeiten einhergeht. (Boucsein & Boucsein, 2008)

In einer anderen Beschreibung von Link und Sarkady erweitert sich die Definition an Hand konkreter Kompetenzverluste im Alltag. Der erlebte Verlust richtet sich nicht nur an den kognitiven Fähigkeiten aus, sondern wird gleichermaßen im sozialen Umfeld, in den Alltagskompetenzen und mit Zunahme der Erkrankung in dem Verlust emotionaler Kontrolle erlebt.

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Florian Müller/Braas	1	01.02.2017	verantwortlicher Fachbereich	1 von 7

Die Beschreibungen der Erkrankung machen deutlich, dass diese Erkrankung mit ganzheitlichen Auswirkungen ausbricht und auch weiter verläuft. Der klinische Befund und die Bewertung des Verhaltens zur Umwelt können uns Informationen zum jeweiligen Stadium der Erkrankung liefern. Diese Gesamteinschätzung hat für das Konzept einen hohen Stellenwert, da sich daran die individuelle Pflege und Betreuung ausrichtet. Die drei häufigsten Formen der ca. 50 verschiedenen Demenzen beschreibt Jahn (2004) mit folgenden neuropsychologischen Besonderheiten:

- Alzheimer-Demenz: erhebliche Gedächtnisstörungen, insbesondere beim Neulernen; Wortfindungsstörungen; räumliche Orientierungsstörungen; langsame, progressive Verschlechterung. Sie hat die weitaus größte Prävalenz (55-60%)
- Vaskuläre Demenzen: unterschiedlich starke Gedächtnisbeeinträchtigungen je nach Lokalisation der Hirnschädigung; Aufmerksamkeitsstörungen; plötzlicher Beginn und fluktuierender Verlauf.
- Frontotemporale Demenz: Zu Beginn stehen bei dieser Form der Demenz Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund (Boucsein & Boucsein, 2008, Qualitätssicherung in der Altenpflege unter besonderer Berücksichtigung demenziell veränderter Bewohner, Pabst Verlag, Lengerich).

Der Verlauf der Erkrankung wird in drei Stadien unterteilt (orientiert an Kurz, 1995):

- Das Stadium I beschreibt die leichte Demenz, bei der die betroffenen Menschen noch weitgehend eine selbständige Lebensführung aufrechterhalten können.
- Im mittleren Stadium der Erkrankung sind die Möglichkeiten der eigenen Lebensführung stark eingeschränkt. Im Bereich des Gedächtnisses ist eine hochgradige Vergesslichkeit festzustellen, Erinnerungen verblassen sehr schnell. Außerdem zeigen sich zunehmende Sprachstörungen unterschiedlichster Art. Außerdem ist zu beobachten, dass im Verhalten Veränderungen stattfinden, etwa zunehmende oder dauernde Angstzustände, Wahnphänomene, Unruhe und zielloses Wandern. Parallel gibt es im körperlichen Bereich Einbußen von Fähigkeiten wie z.B. Harninkontinenz oder Schwierigkeiten beim Ankleiden.
- Im weiteren Verlauf der Erkrankung, im Stadium III (schwere Demenz), ist die selbständige Lebensführung nicht mehr möglich. Die beschriebenen Verluste des Stadiums II nehmen zu, so dass beispielsweise das Gedächtnis völlig unfähig ist, Gedächtnisspuren zu bilden. Die Sprachfähigkeit reduziert sich auf wenige unter Umständen sich ständig wiederholende Wörter oder Satzteile. Im Verhalten zeigt sich eine Fokussierung auf einzelne, sehr stark ausgeprägte Muster wie Agitiertheit, Apathie, zunehmendes Wanderverhalten, Hyperoralität u. a. Im Verlauf des Stadiums III zeigt sich auch eine Zunahme körperlicher Einbußen: erhöhte Sturzgefahr, Stuhl- und Harninkontinenz, Schluckstörungen und abnehmende Mobilität bis zur fast vollständigen Immobilität. (nach Lind, 2003)

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Florian Müller/Braas	1	01.02.2017	verantwortlicher Fachbereich	2 von 7

Diese Grobeinteilung, macht deutlich, dass es je nach Stadium sogenannte Leitsymptome gibt. Die Symptome der vorangegangenen Stadien bleiben bestehen, sie treten in den Hintergrund, um anderen neuen Symptomen Platz zu machen. Die Bedürfnispriorität der Erkrankten ändert sich ähnlich wie die der Symptomatik. Jeder weitere Verlust, in welchem Bereich auch immer, bedeutet eine neue Umstellung im Alltag für den Betroffenen, die in diesem Moment erlebt wird und als dringendster Bedarf (Bedürfnisse) signalisiert wird.

## 5. Die theoretische Basis

Die theoretische Grundlage für die Konzeption ist der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood. Er setzt den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen, analysiert Personen fördernde Faktoren und personale Detraktionen, auf deren Basis dann eine individuelle Tagesstruktur (Alltagsnormalität) und somit ein relatives Wohlbefinden für den MmD entstehen kann.

Die Konzeption unseres pflegefachlichen Schwerpunktes Demenz setzt sich daher aus dem umfassendes Fachwissen zur Krankheit Demenz, mit den unterschiedlichen Formen und Stadien, der Philosophie des personenzentrierten Ansatzes und den Erfahrungen vieler Fachexperten zusammen.

Zur Umsetzung der Konzeption in unserem Wohnbereich 3 haben wir uns Schwerpunkte gesetzt, mit denen wir unseren Bewohnern mit Demenz im Alltag begegnen möchten.

## 6. Das Konzept für MmD

Die Alltagsnormalität empfinden wir als wichtigste Struktur, die dem Bewohner eine erlebbare Sicherheit und Orientierung gibt. Unsere Haltungen und unser Handeln sind vom personenzentrierten Ansatz geprägt. Wir wollen beim Bewohner präsent sein.

Fachliche Themenschwerpunkte sind:

- **Biografiearbeit** – Die Biographie wird als fortlaufender Prozess in den Tagesablauf der einzelnen Bewohner mit eingebracht. Gerade in Krisensituationen lassen sich Elemente aus der Biographie als Schlüssel zur Bewältigung von Ängsten und Unsicherheiten des Bewohners einsetzen. Durch die Einbindung der Biographie kann Identität und Sicherheit gegeben werden.
- **Validation** – als eine besondere Art der Kommunikation und Wertschätzung.
- **Bewegung, Mobilität und Aktivität** verkörpern einen hohen menschlichen Wert, dem wir in Bezug auf MmD einen Raum geben möchten. Bei erkennbarer Gefährdung des MmD werden jedoch entsprechende Maßnahmen zur Sicherheit eingeleitet.

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Florian Müller/Braas	1	01.02.2017	verantwortlicher Fachbereich	3 von 7

- **Personenzentrierter Ansatz** nach Tom Kitwood – dies ist ein wichtiger Ansatz im Umgang und in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Einen Menschen mit Demenz zu erreichen und mit ihm in Kontakt zu treten bedeutet immer, den Menschen im Kern zu betrachten. Er zeigt uns aber durch die Erkrankung ein anderes Bild, eine Hülle. Beides muss beachtet werden. Es wird immer der absolute Wert der Person gesehen und mit Integrität, Stabilität und Kontinuität im Umgang mit den MmD, schaffen wir Selbstachtung und Identität. Es gilt, tiefer Respekt vor dem Anderen als Zweck und nicht als Mittel.
- **Basale Stimulation® und Nahrungsaufnahme:** wir wollen mit Hilfe basaler Stimulation die Wahrnehmung fördern, Deprivation und Isolation verhindern. Das Essen (basale Tätigkeit) als zentrales Tageserlebnis platzieren, Nahrungsaufnahme nach Möglichkeiten garantieren, und die Speiseversorgung individuell und immer wieder reflektiert anpassen.
- **Ethische Reflexion unseres Handelns:** Ethische Grundsätze diskutieren, Fallbesprechungen durchführen, Handlungsweisen reflektieren und Situationsgerecht anpassen.

## 7. Die Gestaltung des Wohnbereichs für MmD

### 7.1. Die Milieugestaltung

Die Milieugestaltung ist ein wichtiger konzeptioneller Punkt. Sie setzt an den biografischen Gegebenheiten unserer Bewohner an. Erinnerungen sind wertvolle Orientierungspunkte im Alltag der persönlichen Desorientierung und des Erlebens.

Ausgehend von dem Bedürfnis und dem Gewordensein des Bewohners möchten wir, dass nach unseren Möglichkeiten:

- unser Verhalten und unsere Haltung der Situation mit dem Bewohner anpassen und flexibel verändern (IVA, Kitwood, Biografie),
- die Einrichtung des Wohnbereiches als Lebensraum der Bewohner nach biografischen Aspekten gestalten (kleine Gruppen, Wohnküche, individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer, Ruhe- und Arbeitszonen, der Normalität räumlichen Ausdruck geben),
- die Tagesabläufe und Strukturen so gestaltet werden, dass die Bewohner die Möglichkeit haben, ihre Normalität zu leben, die sie benötigen (intensive biografische Arbeit, das Stadium der Erkrankung bedenken, engeres Lebensumfeld mit Erinnerungsbrücken gestalten, alle genannten Elemente praktisch im Alltag einfließen lassen als Orientierung und Wertschätzung).

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Florian Müller/Braas	1	01.02.2017	verantwortlicher Fachbereich	4 von 7

## 7.2. Die räumliche Struktur

Die Wohngruppe 4 bietet einen großen Aufenthaltsraum mit unterschiedlichen Funktionen. Diese sind unterteilt in Ess- und Ruhebereich.

In den Fluren sind Biografie und Erinnerungsecken integriert. Diese sind u.a. mit historischen Gegenständen bestückt, welche nicht nur zum Ansehen, sondern auch zum Anfassen oder Ausprobieren bestimmt sind.

So wird beispielsweise Biografiearbeit in den normalen Tagesablauf integriert.

Sie ist variabel und je nach Bedarf der hier lebenden Menschen mit Demenz gestaltbar.

Beispiele für diese „Biografie- und Erinnerungsecken“ sind:

- Nähmaschine mit Nähkästchen
- Alter Herd mit diversen Küchenutensilien

## 7.3. Essen und Trinken

In dem Aufenthaltsraum ist eine Wohnküche integriert, in der auch Speisen mit und für die Bewohner produziert werden können.

Durch Familientische wird die Gemeinschaft gefördert und individuelle bzw. verschiedene Möglichkeiten der Aktivierung und Mitarbeit gegeben.

Durch Kochen und Backen auf dem Wohnbereich werden alle Sinne angeregt (basale Stimulation).

Durch das Schöpfsystem ist die individuelle Zusammenstellung der Speisen nach Wunsch und Tagesform der Bewohner gegeben.

## 7.4. Offener Wohnbereich

Die Wohngruppe und die Terrasse sind so gestaltet, dass ein Leben in persönlicher Würde mit größtmöglicher Sicherheit und Selbstständigkeit möglich ist.

Grundsätzlich wird hier ein offenes Konzept umgesetzt. Es gibt keine abgeschlossenen Außentüren.

## 7.5. Terrasse

Diese ist jederzeit für alle MmD frei zugänglich und bietet viele positive Anregungen für den Alltag:

- Bepflanzung und Versorgung von einem kleinen Hochbeeten
- Sinnesanreize durch Aromatherapie (Duftstehlen), Kräutern und Blumen
- Selbstbestimmte Spaziergänge über die Terrasse, welche entweder vom Flur in den Tagesraum oder vom Tagesraum in den Flur führt (kleiner Rundlauf)
- Sitzgelegenheiten laden zum Verweilen und Entspannen ein
- Sommerliches Grillen.

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Florian Müller/Braas	1	01.02.2017	verantwortlicher Fachbereich	5 von 7

## 7.6. Das Leben in Alltagsnormalität mit MmD und die Umsetzung des Konzeptes

Ist der Bewohner eingezogen, beginnen wir zusammen mit dem Bewohner und dessen Angehörige eine praktisch zusammenlebbare Tagesstruktur zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, dem Bewohner Entfaltungsspielraum zu ermöglichen. Wir dokumentieren diesen Prozess in der Pflege- und Betreuungsplanung. Dadurch wird ein Anpassen der Tagesstruktur in kleinen basalen Schritten, an die Bedürfnisse des Bewohners nachvollziehbar erreicht.

Dieses Anpassen kann nur Professionen übergreifend stattfinden. Wir nennen es Alltagsnormalität in der sich fließend Aufgaben der Hauswirtschaft, der Pflege und der Betreuung mischen. Die Gewichtung der Professionen ist bei jedem Bewohner unterschiedlich.

Zwischen den verschiedenen Professionen werden nur bedingt Grenzen gesetzt, d.h. jeder hat im Alltag seine Aufgaben, doch im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner und so ist es nötig, dass die Professionen sich untereinander im Alltag unterstützen.

Um eine bessere Verzahnung der verschiedenen Professionen zu erreichen, übernehmen Pflegekräfte auch Betreuungs- und Hauswirtschaftsdienste.

Da wir eine Pflegeeinrichtung sind, ist der Bereich der Körperpflege immer ein wichtiger Bestandteil des Alltags dieser Bewohner. Die Tagesgestaltung im weiteren Tagesverlauf richtet sich oft an den Mahlzeiten und den Zeiten dazwischen aus, so dass dann der hauswirtschaftliche und betreuende Bereich eine größere Bedeutung bekommt als beispielsweise am frühen Morgen der pflegerische Bereich.

## 8. Personelle Voraussetzungen

Die Arbeit setzt eine hohe fachliche, soziale und persönliche Kompetenz unserer Mitarbeitenden voraus. Pflege- und Betreuungskräfte steuern den Pflege- und Betreuungsprozess der Bewohner. Pflegefachkräfte initiieren Behandlungspflege und halten Kontakt zu den Fachärzten.

Wir arbeiten in Anlehnung an das Bezugspflege- und Betreuungssystem. Jede Bezugspflege- und Betreuungskraft ist für die Evaluation der Pflege- und Betreuungsprozesse (der Tagesstruktur) ihrer Bezugsgruppe verantwortlich.

Die Mitarbeitenden werden im Bereich Demenz gezielt geschult und fortgebildet z. B.:

- Fortbildung Demenz & Personenzentrierter Pflege- und Betreuungsansatz
- Grundkurs Basale Stimulation
- Fortbildung Validation
- Aus Fallbesprechungen für den praktischen Umgang lernen
- Die persönliche Haltung oder die Akzeptanz der Wirklichkeitssicht der Bewohner

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Florian Müller/Braas	1	01.02.2017	verantwortlicher Fachbereich	6 von 7



## 9. Ethische Reflexion

In regelmäßigen Fallbesprechungen werden schwierige Fragen, die das Verhalten von Bewohnern betreffen im Team besprochen und (ggf. mit Hilfe externer Berater) analysiert und Lösungsansätze erarbeitet.

## 10. Qualitätssicherung

Das Altenpflegeheim Kronberg ist auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001 zertifiziert. In diese Qualitätsanforderungen wird der Wohnbereich für Menschen mit Demenz einbezogen. Ziel der Zertifizierung ist eine stetige Weiterentwicklung und Verbesserung des Qualitätsstandards unseres Hauses.

Hierzu werden regelmäßig Audits zur Überprüfung und Verbesserung der Arbeit durchgeführt.

Zu diesem hohen Qualitätsanspruch gehört selbstverständlich eine individuell geplante, nachvollziehbare und überprüfbare Pflege- und Betreuungsplanung mit regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen.

Durch die Leitungskräfte der Pflege werden regelmäßig Pflegevisiten geplant und durchgeführt. Hierbei werden die Erstellung und Durchführung der Pflege- und Betreuungsziele und die dafür notwendigen geplanten Maßnahmen überprüft.

## 11. Kooperationen

Nach Möglichkeit werden die Angehörigen im Alltag mit eingebunden. Eine offene und wertschätzende Gesprächskultur soll den Angehörigen helfen, den Krankheitsverlauf zu verstehen und so besser die Herausforderungen im Alltag zu verstehen und einen Weg des Umgangs mit diesen Herausforderungen zu finden.

Regelmäßige Konsultationen durch einen externen Neurologen sind gewährleistet. Teilnahme an regelhaften Sitzungen der Alzheimer Gesellschaft e.V. werden wahrgenommen.

Weitere Kooperationspartner s. Handbuch Kapitel A 8.

Freigabe	Bearbeitet von	Änderungsstatus	Datum d. Freigabe	Prüfung	Seite
	Florian Müller/Braas	1	01.02.2017	verantwortlicher Fachbereich	7 von 7