

Entwicklung FEM und die Qualität der Betreuung von Menschen mit Demenz

**Fachtag MDK Saarland
Felschbachhof
6. November 2013**

Uwe Brucker

Leiter Team Pflege beim MDS, Essen

U.Brucker@mds-ev.de

www-pea-ev.de

Gliederung; was Sie erwartet

- Demenzerkrankte im Heim
- Rahmenbedingungen für qualitätsgeleitete Pflege & Betreuung von Menschen mit Demenz
- Erleben von Demenz MmD und „wir“
- Professionelle und institutionelle Abwehr
- Die Logik des SGB XI und MmD
- Logik der Personalentwicklung zum Thema Demenz: Personalpolitik/Verbandspolitik

Was ist Thema? Menschen mit Demenz

- Ruhe und Unruhe beim betroffenen Bewohner: Agitiertheit, Aggressivität, Bewegungsdrang⇒
- Das Verhalten von Menschen mit Demenz stört
- Störer: Personen, die für eine **Beeinträchtigung** der öff. Sicherheit & Ordnung verantwortlich sind. Dagegen wird mit Mitteln der Gefahrenabwehr vorgegangen. Die Beeinträchtigung kann an ein „gefährliches Handeln“ (dann: *Handlungsstörer*) oder an die Verantwortlichkeit für den gefahr-bringenden Zustand einer Sache (dann: *Zustandsstörer*) oder an sein Verhalten (dann *Verhaltensstörer*) anknüpfen.

Was hat der Rechtsbegriff „Störer“ mit einem Pflegeheim zu tun?

- Der Vergleich der Maßstäbe beim Störer (Zustands-, Verhaltens- Anscheins-)(rechtlich) und störenden Verhalten bei MmD führt zu vergleichbaren Handlungsoptionen
- Wer bestimmt über das Vorliegen einer Störung?
- Der Bewohner beeinträchtigt die Sicherheit und Ordnung im Heim; er „gefährdet sich und andere“. Handlungsoptionen für Gefahrenabwehr?
- Der Beseitigungs- und Unterlassungsanspruch bei täglich sich wiederholender Störung?

Die Maßstäbe pflegerischen Handelns im Thema FEM

- Sind keine originär pflegerische; sie stammen aus dem Recht
- die richterliche Genehmigung zur Anwendung unmittelbarer Gewalt wird zur Handlungsmaxime abgesicherten Handelns in der Pflege

Fragen:

- Wie kommt man darauf?
- Sind hier die Koordinaten verwischt?
- Wo sind die pflegefachlichen Maßstäbe?

Zu den Maßstäben der Pflege zählen üblicherweise:

- Kenntnis über vorliegende Krankheit/Syndrom
- Einordnung der Symptomatik
- Ableitung angemessener Interventionsoptionen

Neue Fragen zum Umgang mit MmD:

- Werden diese Maßstäbe flächendeckend von allen Pflegeheimen und Ärzten erfüllt ?
- Oder ist die fachliche Ratlosigkeit Ausdruck von Ohnmacht im Umgang mit MmD ?
- Verleiht „das Recht“ den Pflegenden (wieder) Macht; die des „legitimierten Gewalttäters“?

Kernmerkmale

- Abhängigkeit-Retrogenese
- Verlust der gemeinsamen Wirklichkeit
- Verlassen der „erwachsenen Welt“
- Destabilisierung von „Ich“, „Welt“, „Wert“
- Wiederkehr der Urängste (Verlassenwerden)
- Bedeutsamkeit des Emotionalen
- Verletzbarkeit

Besondere Risikofaktoren bei Demenz

- Herausforderndes Verhalten (BPSD)
- Mangelernährung
- Zwang, Fixierung, Gewalt
- Sturzgefahr aufgrund von Wahrnehmungsstörungen
- Depression und Angst
- Reizarmut, falsche Reize, Überstimulierung
- Beschäftigungsarmut, Apathie, Aktivitätsmangel
- Kontaktlosigkeit, Sprachlosigkeit, v.a. bei Aphasie
- Schlafstörungen
- Barrieren, Enge, Dunkelheit, irritierende Gerüche
- Schmerz

FEM und Qualität der Pflege & Betreuung Demenzkranker

- Zwei Drittel der Menschen mit Demenz werden zu Hause von ihren Angehörigen bzw. von einem Pflegedienst versorgt.
- Der Heimeinzug eines MmD erfolgt oft vor dem Hintergrund der Überforderung der Angehörigen
- Hoffnung der Angehörigen: „bei den Profis geht es meinem Demenzerkrankten besser“
- Diese Hoffnung wird wohl nicht überall erfüllt

Pflege von MmD im Pflegeheim

- Ein Drittel leben in stationären Pflegeeinrichtungen
- In der stationären Pflege liegt der Anteil der Demenzkranken an allen stationär betreuten Menschen 2005 ≥ 60 % (Weyerer S 2005)
- 65% der Bewohner= MmD: 465.000

Betroffene von FEM sind überwiegend MmD

Es soll der Frage nachgegangen werden:

- Wieso entwickelt sich die Qualität in der Betreuung von MmD nicht schneller?
- Versuch, die langsame Entwicklung der Demenzqualität zusammen zu bringen der mit hohen FEM-Quote in vielen Einrichtungen

Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten

- [*Wissen um die Krankheit und die Symptome*]
- Was passiert mit einem Demenzerkrankten?
- Umgehen lernen mit Herausforderndem Verhalten: Hearing the Voice of Dementia
- Kommunizieren nach innen: MmD und Kollegen
- Kommunizieren nach aussen: Angehörige, Ärzte u.a. Beteiligte am Prozess
- Auch: Kommunizieren des erforderlichen Zeitaufwandes in Entgeltverhandlungen

Erleben des MmD (1)

- Personwerdung: aus haltender Geborgenheit
- Ideal: Erfahren von Person & Subjekt als MmD:
Durch fördernde Beziehung & Kontakt mit einer anderen einführenden, wertschätzenden Person
- MmD≠Kind: aber ~ Bindungswünsche nach Halt, Geborgenheit & Sicherheit
- Personsein lebt (wieder) aus sozialer Beziehung
- Unser Thema Qualität: das Erkennen & Reagieren auf ein oft verzweifertes Ringen um das Personsein & die Subjekthaftigkeit

Erster Schluss

- Demenz muss für Betroffene kein Unglück sein
- Milieu und Beziehung müssen stimmen
- Umgebung muss sich an MmD anpassen
- *Mit Fixierung wird der Unangepasste an die bestehenden Strukturen und Denkenweisen angepasst*

Erleben des MmD (2)

- Verlust innerer Strukturen; Verschiebung der eigenen Koordinaten → Kollision mit sozialen Normen, mit bestehenden Strukturen im Heim
- Sich gehen lassen → Überlegenheitsgesten der Umwelt. Reaktionen: Ausschluss, Stigmatisierung, übertriebene Freundlichkeit, Belügen
- Keiner will sich so sehen:
schwach, hilflos, sich & andere beschämend
- Nicht verstehbare Abhängigkeit: Gefühl von Verlassenwerden, -sein → Vernichtungsängste, die nur durch Kontakt und Beziehung zu binden sind

Erleben von MmD (3)

Angst vor der Demenz = Angst vor:

- Auflösung des Selbst, Zerstörung des Geists bei lebendigem Leib
- Lähmung und Hilflosigkeit, dem eigenen fragilen Körper ausgeliefert zu sein
- Chaos und Anarchie im eigenen Leben
- Grauenhaftes und Unheimliches dem Logos nur mehr schwer zugänglich → Unverständnis
- Unverstandenes wird nicht akzeptiert; zum Objekt gemacht; Abwehr

Die hierzulande gültigen Werte & Ideale

- **Intelligenz (relativ, vgl. Aufzählung weiter unten)**
- **Souveränität**
- **Individualität, Autonomie & Selbständigkeit**
- **Persönlichkeit & Eitelkeit: Brillengestell, Frisuren, Klamotten, angesagte Locations & Sprachjargon**
- **Superstars : Model, Singsang, Dschungelcamp**
- **Personenkult: Pabst Poldi bis Schweini Gauck**
- **Zuletzt: wir und unser Recht auf Europameister**

Das alles und noch viel mehr:

- **passt das zum verstehenden/ akzeptierenden Umgang mit MmD?**

Demenz ist

- Projektionsfläche von Angst, Grauen, Abwehr
- als Möglichkeit meiner selbst akzeptiert?
- Gegenstand von Abwehr
- Oft nicht Gegenstand der Auseinandersetzung
- Auch nicht bei Professionellen
- Stattdessen spricht man von professionellen Abwehrformen: (Chr. Müller-Hergl 2000)
- Folgende Folien orientieren sich an der Argumentation von Christian Müller-Hergl

Professionelle Abwehr durch:

- „materielle Verkehrung“: der wahren Mutter macht das alles nichts
- **Identifikation mit der Helferrolle:** infantilisierende, entmächtigende & entsexualisierende Zugriffsweise mütterlicher Macht
- **Rituale & Routinen:** Waschen, Hinterherräumen, eifriges Intervenieren
- **Rationalisierung:** Berufung auf ärztliche, defizitorientierte Stufentheorie; Meßverfahren, abgesichertes Etikettieren (herausforderndes Verhalten: Mitverantwortung an den Symptomen wird ausgeblendet; Individuelles vergleichgültigt)

Von der individuellen zur institutionellen Abwehr der Demenz

- Demenz als ver-objektiviertes Ordnungsproblem von Institutionen
- Wiederherstellen der Kontrolle auf der Verhaltens- und Erscheinungsebene mittels Intervention
- Verrichtungen des täglichen Lebens blenden aus die Gefühle und innere Realität von MmD
- SGB XI erschöpft sich (§14 Abs.4 SGB XI) in „gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens“

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI

- Diskriminiert leistungrechtlich die Pflege- und Betreuungsbedarfe von MmD
- Setzt der Pflege den Refinanzierungsrahmen
- Ist der institutionellen Pflege Kriterien- und Prioritätenkatalog
- Und die Leistungen für MmD?
- Führt auch bei Qualitätsprüfungen zu einer Übergewichtung der SGB XI-Leistungen
- Gebrauch wird: Instrument(e) zur systematischen Ermittlung Pflege- Präventions-, Rehabilitations-, Teilhabebedarfe

Wir sind schon mitten im SGB XI

- Menschen → Sachen, an denen Verrichtungen durchgeführt, die zu sichtbaren (objektiven) Zuständen führen, an denen dann Qualität gemessen wird (oder an deren Dokumentation)
- Personell ausgedünnt gelingt ein rigider, wenig individueller, aber routinierter Tagesablauf
- Die körperliche Grundversorgung ist „notdürftig“ aufrechterhalten
- Pflege als Profession und Institution sind ein Schutz der Gesellschaft vor Demenz

Die Wortwahl in der Diskussion um das NBA

- „Bedarf nach allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung“:
- Was hat das mit Interaktion und Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und MmD zu tun: Aufsichtspersonal (?)
- Technokratische Formulierungen transportieren Problemverständnis und Haltungen

Perspektiven?

- DCM als Nähren, füllen & stützen von Personsein
- Kitwood: Problem bei der Demenz \neq Kranke
- Problem: gestörte Interaktion & Kommunikation zwischen den neurologisch Behinderten und Menschen, deren Kulturtechniken intakt sind
- Mißverständnisse und Störungen
→ Herausforderndes Verhalten wird als Problem des MmD (mess, mess) identifiziert
- Kitwood beschreibt 17 Formen „personaler Detraktionen“ und 12 Interaktionsformen

Perspektive „Personsein leben (lassen)“

- Wertschätzung spiegeln
- Beschäftigung & Arbeit anbieten
- In Gemeinschaft begleiten & führen
- Konstanz von Personen, Strukturen
- In individuellen Routinen Sicherheit und Geborgenheit erfahren

„Personsein leben (lassen)“ Grundlagen

- Milieu: Expressivität ↑ & Dominanz ↓
- Bizarres Verhalten ist toleriert und ermöglicht
- Qualität: ist der Prozeß der Pflege selbst ≠ die soziale Präsentabilität= objektives Pflegeergebnis
- Beziehungsgestaltung: therapeutisch, zulassend, wertschätzend, echt & empathisch
- Einführendes Verstehen begleitet und läßt nicht allein
- Mit den Gefühlen der MmD mitgehen, sie wandeln helfen
- Offene Gestaltung der Pflegesituation, täglich neu herauszufinden, was hier & jetzt Sinn macht

„Personsein leben (lassen)“ Grundlagen

- Suchhaltung der Pflegen ist orientiert an Lust & Humor, Neugierde & Phantasie
- Kein Platz für depressive Teams („verlassene Mütter mit hoffnungslosem Kind“ verzagter A und fröhlicher Luther)
- Verzicht auf „zwanghafte“ Sauberkeits- und Beschäftigungsrituale
- Gegen die Symptome arbeiten= Pflegfehler
- Herausforderndes Verhalten= Kommunikationsversuch

„Personsein leben (lassen)“ Personal

- Fallarbeit, Inszenierungen, hermeneutisches Fallverstehen, Reflexionsschulung sind einige Stichworte
- Therapeutische Körperarbeit: schreiende Menschen halten, Trost vermitteln, streicheln lernen, berühren
- Körperpanzer lösen, vorsprachliche Begegnungs- und Wahrnehmungsangebote machen

Arbeit mit MmD ist eine der anspruchsvollsten Aufgaben, die diese Gesellschaft zu vergeben hat (M-H)- Im Vgl dazu: Richtlinien zu § 87b SGB XI

Qualität in der Betreuung & Pflege von MmD

- Inhaltliche Auseinandersetzung mit der Demenz und die Schlußfolgerung für ↑ von Wohlbefinden
- Nicht: Symptombefreiheit & Arbeit an gestörten Funktionen
- Abbildung des Pflegeprozess= kontinuierliche Beobachtung des Prozesses=DCM
- Beobachtung und Befragung der MmD: HILDE

Aspekt: Belügen von MmD ?

Offen zwischen pro und co:

- Konsens: die Bedeutung von Überzeugungen von MmD sind konstant, also wenig kontextabhängig
- Man weiss nicht eindeutig, was mit dem Anliegen „gemeint“ ist
- Statt dessen: das Gesagte findet in einem andern Bedeutungsraum statt (Zeit, Kausalität, Realität & Phantasie)
- Verstehen von MmD ist ein hoch interpretativer Akt (Co-Construction of Meaning): wir suchen nach Gemeinsamkeiten und hoffen auf Parallelitäten/ Resonanzen („indeterminacy of interpretation“)

Einwände gegen das Belügen von MmD

(aus Grundsatzstellungnahme Demenz und Müller-Hergl 2013)

1. Lügen als Ausdruck mangelnder Achtung, erspart die Auseinandersetzung, das Ernstnehmen
2. Begründet das Leiden und der Stress eine Ethik des Lügens?
3. Oder: Ist Leiden /Stress zumutbar? Wenn nicht: Lösungsalternativen zu Lügen
4. Gefahr der Manipulation aus Bequemlichkeit, um den Klienten gefügig („heimfähig“) zu machen
5. Gehört das Aushalten ungeklärter Situationen nicht zum Auftrag der Pflege? Muss man alles „lösen“? (reine Absicht, anti-depressive Position)
6. Professionalismus vs Teilnahme Festigung des Wahnerlebens?

Einwände gegen das Belügen von MmD

6. Akzeptanz und Empathie geht nur i.V.m. Echtheit .
„Ohne Echtheit ist Wertschätzen Betrug und Empathie eine Farce“ (M.-H. 2013)
7. Konflikt mit person-zentrierter Haltung: schwierig, Lügen durchzuhalten und warmen Kontakt authentisch zu leben (beständige Verletzung sozialer Regeln)
8. Personen mit Demenz wehren sich vehement gegen protektive Haltungen ihnen gegenüber (Taylor, Bryden)
9. Designerlügen werden von alten Menschen (Akzeptanzstudie) nur dann für legitim gehalten, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Aufdeckung ausgeschlossen w. kann
10. Designerlügen werden von vielen Pflegenden für verwerflich gehalten

Einwände zum Belügen von MmD

11. Gefahr MmD einen kommunikativen Sonderstatus zuzuweisen (Exklusion): kommunikative Stigmatisierung und Diskriminierung
12. Abgrenzung: ab wann, bei wem, bei wem nicht?
13. Wahn bei Demenz sind selten bizarre, geschlossene Systeme: viele korrigieren sich selbst, sind in ihren Überzeugungen offen, flexibel, beeinflussbar. MmD leben nicht in einer ‚anderen Welt‘ (i.e. sind in der Regel nicht schwer psychotisch)
14. Keine Verpflichtung für Pflegende ‚mitzuspielen‘, langfristig Auswirkungen: Objektifizierung
15. Alte Regel: nicht bestätigen, nicht widersprechen, Auswege suchen

Kreative Ansätze

- Analogie mit Kindern: offene Grenzen nutzen (Humor, Ablenkung, Spielerischer Umgang –z.B. mit Puppen/Stofftieren), Clownarbeit
- Starke Emotionen aushalten, halten, nicht vermeiden
- Wahrhaftigkeit im Kontakt ist wichtiger als Wahrheit (wie viel Realität ist zumutbar?)
- Es gibt liebevolle Täuschungen, aber dann zwischen „Gleichen“ und nicht zu Abhängigen
- Grenzen zwischen Ablenken, Manipulieren, Teilwahrheit und Täuschen sind fließend

- Brücken bauen zwischen der Welt des MmD und seiner Umgebung
- Beziehung ist wichtiger als Methode:sie darf nicht gefährdet werden
- Trauminhalte alter Menschen (weiterziehende Karawane, Schuhe verlieren, Zug abgefahren, letzte Fähre weg, im eigenen Haus wohnen Fremde) werden bei Demenz oft als real erlebt (H. Luft 2011): Wahninhalte ernst nehmen wie Trauminhalte (i.e. über Realität zu streiten hat keinen Sinn)

Literaturrecherche MDS

- Spezielle Schulungen in Demenzpflege & die Durchführung fähigkeitsorientierter Morgenpflege erhöhen die Lebensqualität (Wells 2000)
- Angepasste Formen der Unterhaltung erhöhen die Lebensqualität (Schreiner 2005)
- Uneinheitlich: die Einschätzung von Versorgungsformen, speziell integrativen Wohnformen gegen segregative Wohnformen auf die Lebensqualität.

Lebensqualität und Demenz

- Eine starke & zeitlich lange Bindung von Pflegenden an Bewohner (Konstanz der Mitarbeiter) zeigte besonders in Fremdbeurteilungsskalen seitens der Pflegenden eine niedrigere Einschätzung der Lebensqualität (Zimmermann 2005).
- Analog zu dieser Beobachtung neigen über einen langen Zeitraum pflegende Angehörige ebenfalls zu geringeren Lebensqualitäts-Einschätzungen.

Ergebnisse der Messung von Lebensqualität bei Menschen mit Demenz

- Pflegerische Interventionen und ihre Bedeutung für die Lebensqualität
- Erhöhung der Lebensqualität durch
 - »Spezielle Methoden in der Demenzpflege
 - »trainiertes Personal
 - »verstärkte physische Aktivität
(Übersichtsarbeit Zimmermann 2005)

Wohlbefinden

- Befriedigung aller Aspekte einer Persönlichkeit:
 - Bewegung, Essen und Trinken, Beschäftigung, Erinnerung und Gemeinschaft
 - Emotional: Anerkennung, Wertschätzung, Respekt und Sicherheit
- Müller-Hergl 2000: „Das relative Wohlbefinden eines Menschen mit Demenz kann erreicht werden durch Befriedigung der Grundbedürfnisse, Deutung des Verhaltens als Kommunikation und Ergänzung von Interventionen zur Zufriedenheit“.

Ausblick: Rahmenbedingungen für qualitätsgeleitete Pflege und Betreuung von MmD

- Neues Begutachtungsassessment seit 26.1.2009
- Strukturpolitische Entscheidungen auf der Makroebene von Bund und Ländern

§§ 45a und 87b SGB XI (seit 1.7.2008) z.B.

„Ehrenamt“ & niedrige Schwelle vor Professionalisierung der gerontopsychiatrischen Pflege:

NRW: Streichung der Demenzzulage durch Landschaftsverbände

Gefahr: Entprofessionalisierung der Demenzpflege

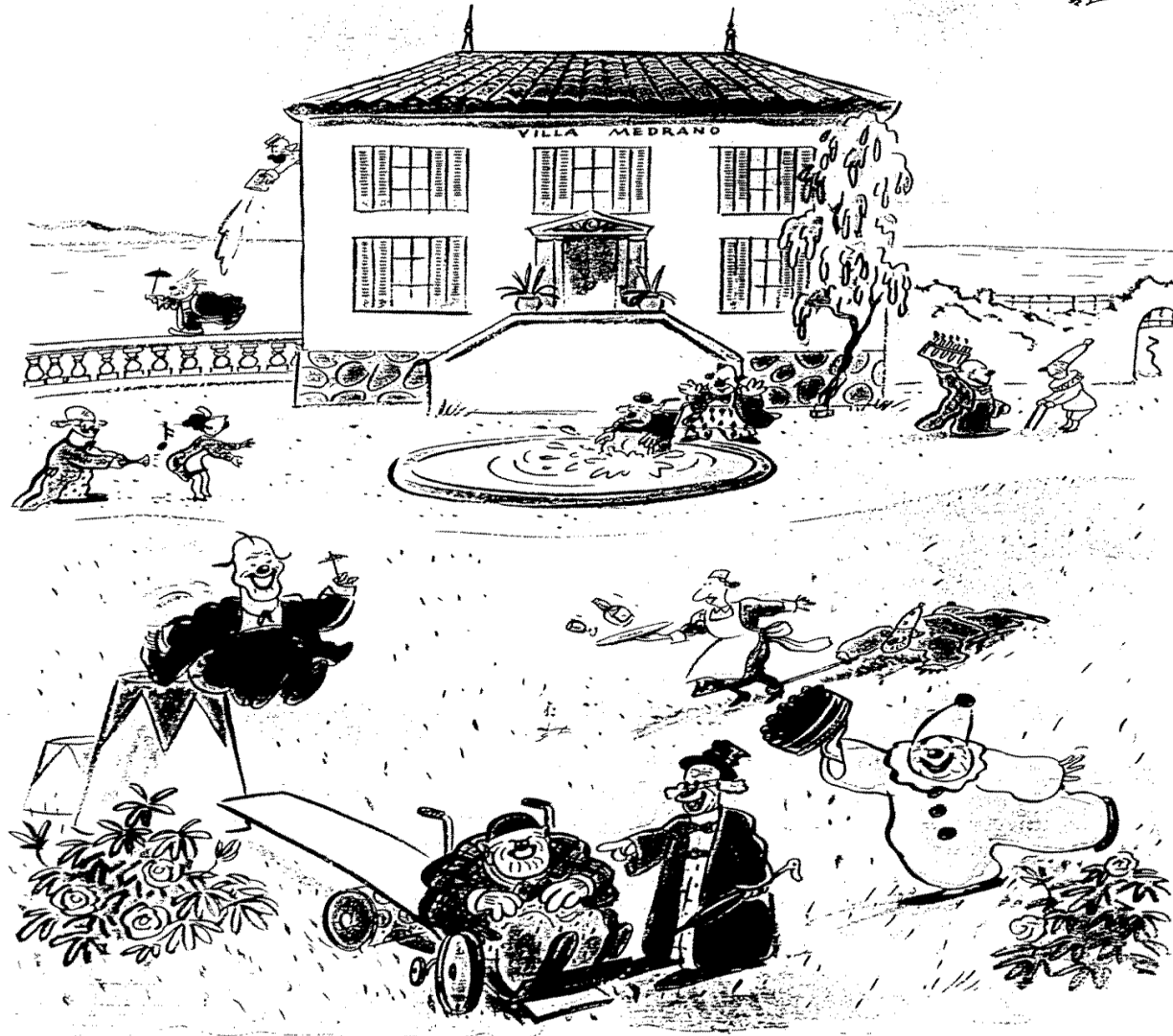
Rahmenbedingungen für qualitätsgeleitete Pflege und Betreuung von MmD (2)

- “Wir haben 2,2 Millionen Hartz IV Empfänger, die arbeitsfähig sind, aber keinen Job finden” Merkel am 5.9.2010 in BamS
- Ersatzfreiheitsstrafen verhindern: "im gärtnerischen Bereich oder in der Pflege" möchte NRW Minister Kutschaty Straftäter einsetzen. Gerade nach Wegfall der Zivils gebe es "im Wohlfahrtsbereich" genug Einsatzmöglichkeiten. Zu den nicht zahlenden Straftätern gehören neben Betrügern und Ladendieben auch Gewalttäter und obendrein Wiederholungstäter.“ Die Welt vom 1.7.2012
- BVB: Rabauken sollen im Pflegeheim ihr Stadionverbot abkürzen können. FAZ November 2010

Rahmenbedingungen für qualitätsgeleitete Pflege und Betreuung von MmD (3)

- Personalpolitische Entscheidungen auf der Mikroebene von Verbänden und Trägern
- Beispiele:
AWO-Demenzkonzept Ostwestfalen, Bielefeld
Strategie der Zeitarbeit in der Pflege und Demenz
- Niedriglohn & working poor in der Pflege
- Bpa u.a.: Blue- und Greencard-Forderung
- „Ausländer in die Demenzpflege“

DER MENSCH
UND SEINE SACHEN



*Bei Cannes gibt es ein Seniorenheim für Clowns,
die dort ohne jede Würde altern dürfen.*

**Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

U.Brucker@mds-ev.de

www.mds-ev.de

www.pea-ev.de

0201-8327-132

