

Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen aus dem Hamburger Modell: Konsequenzen für die Dementenbetreuung

Sandra Eisenberg, Martin Hamborg, Marco Kellerhof, Jan Wojnar

Hamburg hat mit der Rahmenvereinbarung zur besonderen Dementenbetreuung seit 1999 wichtige Erfahrungen in der Betreuung mobiler verhaltensauffälliger Demenzkranker gemacht, evaluiert und systematisch ausgewertet. Der folgende Beitrag ist eine Zwischenbilanz einer umfangreichen Diskussion und leitet entsprechende Empfehlungen ab.

I. Grundsätzliche Anforderungen an stationäre Versorgung Demenzkranker

1. Demenzkranke sind keine homogene Gruppe. Sie unterscheiden sich durch Art der Demenz (Alzheimerkrankheit, vaskuläre Demenz, frontotemporale Degeneration usw.), Ausprägung kognitiver und nicht-kognitiver Symptome abhängig vom Stadium der Erkrankung, Grad der Mobilität, Multimorbidität mit verschiedenen somatischen Erkrankungen, Persönlichkeit, Bildung, soziales Umfeld des Kranken, u. v. m.

2. Betroffene im Stadium einer mittelgradigen und schweren Demenz benötigen eine grundlegend andere Begleitung (d. h. die körperliche Pflege und psychosoziale Betreuung) als nicht-demenzkranken Menschen. Diese Demenzkranken zeichnen sich durch fehlende Krankheitseinsicht aus, sie sind zeitlich, örtlich und situativ desorientiert, erkennen ihnen nahe Personen nicht mehr, lehnen Hilfe und Unterstützung bei Altersaktivitäten und pflegerische Maßnahmen ab und vergessen die Bedeutung sozialer Normen und verhalten sich auffällig.

3. Besonders schwierig ist die Begleitung von Menschen mit anhaltenden schwer herausfordernden Verhaltensweisen. Anhand bisheriger Forschungsergebnisse (z.B. Schreinzer et al., 2005)¹ kann das gesamte Spektrum solcher Verhaltensweisen drei Subsyndromen zugeordnet werden:

- Agitiertheit (psychomotorische Unruhe, Aggressivität, „asoziales Verhalten“),
- affektive Störungen (Depression, Angst, Antriebsstörungen) und
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Die Störungen können unterschiedliche Ursachen haben und eine schonende Behandlung der Betroffenen ist nur dann möglichst, wenn neben einer ausführlichen psychiatrischen und neurologischen Diagnostik auch die Einflüsse der Umgebung, der Ernährungsstatus und der biographische Hintergrund berücksichtigt werden. Eine Beschränkung der Behandlung auf die Verabreichung von Psychopharmaka bleibt häufig ohne Einfluss auf die Symptomatik, kann aber die Lebensqualität der Kranken erheblich beeinträchtigen. Erforderlich ist eine ausgewogene Mischung aus notwendiger, möglichst nebenwirkungsarmer Medikation, einfühlsamer pflegerischer Versorgung und psychosozialer Betreuung. Im Vordergrund steht die Förderung der Mobilität der Kranken, die Reduzierung der chronischen Stressbelastung und die Vermittlung des Gefühls der Freiheit und Sicherheit.

¹ Schreinzer D, Ballaban Th, Brannath W, Lang Th, Hilger E, Fasching P, Fischer P (2005) Components of behavioral pathology in dementia, Int J Geriatr Psychiatry, 20: 137-145

4. Die Art der Betreuung von Menschen mit Demenz sollen dem individuellen Bedarf der Kranken entsprechen. Es muss dabei akzeptiert werden, dass bestimmte Formen des herausfordernden Verhaltens weder medikamentös (z.B. Ames et al., 2005)² noch mit Hilfe psychosozialer therapeutischer Methoden (z.B. Verkaik et al., 2005)³ beeinflussbar sind.

Nur in einem geeigneten Milieu, das dauernd den Fähigkeiten und Defiziten der Kranken angepasst wird, wird ihnen das Leben in ihrer Welt ohne Zwang zur Anpassung ermöglicht. Differenzierte Betreuungsangebote sind deshalb wichtig. Ob sie als integrative oder segregative Wohn- und Begleitungsform in einem spezialisierten Lebensmilieu gestaltet werden, hängt u.a. von der regionalen Struktur, kulturellen und sozialen Faktoren und dem Einzugsgebiet ab. Im Betreuungskonzept zu berücksichtigen sind die Vor- und Nachteile von personeller und räumlicher Kontinuität sowie der Homogenität einer Gruppe.

II. Praktische Erfahrungen

Die Ergebnisse langjähriger Beobachtung, Reflexion und Entwicklung der praktischen Arbeit vor Ort können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Angemessene Ausstattung mit geeignetem Personal

Das Pflegepersonal sollte freiwillig in der besonderen Dementenbetreuung tätig und besonders dafür geeignet sein. Dazu gehören u. a. die Fähigkeit zum Gewähren lassen, wenn Kranke sich nicht nach den üblichen Normen verhalten.

Die Pflegenden sind „Alltagsbegleiter“. Sie werden in ihrer Arbeit besonders herausgefordert, weil Ihnen die Rückmeldung durch die Betreuten fehlt und Qualitätsanforderungen infolge hoher Flexibilitätserwartungen nur schwer zu definieren sind. Zusätzliche Kompetenz zum Umgang mit schwer Demenzkranken ist zwingend erforderlich. Besonders bedeutsam für die förderliche Begleitung von Menschen mit Demenz erweisen sich Musik- und Ergotherapie. Sie sollten in den Alltag „einfließen“, d.h. zeitlich, räumlich und hinsichtlich der Bedürfnisse der Bewohner flexibel gestaltet werden. Sie sollten kontinuierlich erfolgen und durch die Pflegekräfte aufgegriffen und fortgeführt werden.

Musik- und Ergotherapeuten sind Teil des interdisziplinären Teams. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist eine Qualitätsvoraussetzung in der besonderen Dementenbetreuung.

Durch die Arbeit in der besonderen stationären Dementenbetreuung ergeben sich Gewöhnungseffekte mit positiver wie auch negativer Wirkung. Es ist deshalb wichtig regelmäßig in Fallbesprechungen und Supervisionen die Beziehungen zu den Demenzkranken zu reflektieren sowie Erfahrungen im Umgang mit ihnen auszutauschen.

Die Fallbesprechungen sollten von Experten unterschiedlicher Fachrichtung mit hoher Feldkompetenz, Moderations- und Gesprächsführungsfähigkeiten geleitet werden. Auf diesem Wege werden Kompetenz, Handlungssicherheit, Wissen, Selbstwert, Eigenverantwortung und Professionserleben der Pflegenden und infolgedessen die Lebenssituation der Demenzkranken verbessert.

² Ames D, Ballard C, Cream J, Shah A, Suh GH, McKeith I (2005) Novel antipsychotics and BPSD. *Int Psychogeriatr*, 17: 3-29

³ Verkaik R, van Weert JCM, Francke AL (2005) The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20: 301-314

2. Fachliche Qualifikation

Die Anforderung im theoretischen und praktischen Wissen orientiert sich an dem spezifischen Schwerpunkt des Konzeptes und den Bedingungen in der Einrichtung. So steht im Domusprinzip die Anpassung des milieutherapeutischen Rahmens an die subjektive Welt des einzelnen Demenzkranken im Vordergrund, während im Integrationsprinzip die Betreuungskontinuität, d.h. die Abstimmung der Pflegeplanung und Arbeitsweise zwischen der Tagesgruppe und der Station besonders notwendig ist.

Die Definition der Fachkraft sollte vom Konzept abhängig sein: Ziel ist es, die Ressourcen eines multiprofessionellen Teams von Pflegenden, Leitenden, Begleitenden, hauswirtschaftlichen Kräften, Therapeuten und Ärzten optimal im Rahmen der jeweiligen Konzeption zum Einsatz zu bringen.

Eine hohe fachliche Qualifikation ist dabei in jeder Funktion erforderlich und kann nur durch kontinuierliche, verpflichtende Fort- und Weiterbildung, sowie das begleitete Lernen vor Ort („training on the job“) erreicht werden. Die formale Fachkraftquote steht damit zur Disposition, da für die Zusammensetzung des Teams primär das Maß an Spezialisierung und nicht der quantitative Anteil von Formalqualifikationen entscheidend ist. Bewährt haben sich weiterhin folgende Aspekte:

- Die Steuerung der Pflegeprozesse, die Anleitung und Qualitätsüberwachung soll durch eine gerontopsychiatrische Pflegefachkraft erfolgen
- Interdisziplinäre Seminareinheiten zeigen die besten Effekte.
- Ziel der Wissensvermittlung ist die Stärkung der realistischen Wahrnehmung eigener Möglichkeiten und Grenzen sowie die Förderung der Handlungskompetenz durch positive Verstärkung.

3. Kooperation mit Angehörigen

Die Einbindung der Angehörigen ist ein wichtiges Prinzip, sie ist im Konzept zu verankern. Dabei muss die Beteiligung sowie die fachliche Unterstützung der Angehörigen bereits vor Einzug des Demenzkranken in die Einrichtung beginnen. Hausbesuche dienen der adäquaten Einschätzung der aktuellen Lebenssituation der Demenzkranken (Umfeld, Diagnosen, Medikation, Verhaltensweisen) sowie der Klärung der Notwendigkeit und der Voraussetzungen einer Verlegung in spezialisierte Einrichtung.

Besuche der Angehörigen auf den Wohnbereichen ermöglichen ihnen eine erste Annäherung an die Betreuungskonzeption und bieten Raum zur Klärung offener pflegfachlicher, rechtlicher und organisatorischer Fragen. Diese Form der Vorbereitung fördert deutlich die weitere Zusammenarbeit, insbesondere wenn Vertrauen, Transparenz und Handlungssicherheit für alle Beteiligten hergestellt wurden.

Nach Einzug setzt sich die systematische Einbindung der Angehörigen über die gezielte Teilnahme an Fallbesprechungen, kleingruppenbezogenen, begleiteten Kontakten mit den Demenzkranken sowie an gemeinsamen Veranstaltungen und Fortbildungen fort. Durch Information, Beratung und Begleitung sollten die Angehörigen in die konzeptionellen Aspekte spezialisierter Dementenbetreuung eingeführt werden, dies betrifft insbesondere die andere Sichtweise bei Verhaltensnormen, Lebensqualität, Hygiene, Möglichkeiten der Beteiligung, Umzug bei Immobilität und Möglichkeiten der Sterbebegleitung.

4. Besondere ärztliche Versorgung

Eine engmaschige und kontinuierliche Begleitung Demenzkranker und der Betreuungsteams durch einen gerontopsychiatrisch erfahrenen Arzt ist unerlässlich für die Entwicklung eines angemessenen, fachlichen Milieus.

Im Vordergrund der medizinischen Aufgaben bei der Versorgung von Menschen mit Demenz stehen:

- Diagnostische Abklärung (bei eingeschränkter Mitteilungsfähigkeit und häufig fehlender Schmerzwahrnehmung) und schonende Behandlung somatischer Erkrankungen,
- Behandlung der kognitiven Störungen,
- Abgrenzung und Behandlung der psychischen Störungen,
- Abgrenzung und Behandlung der neurologischen Störungen.

Zudem ist die Bereitschaft der Ärzte zu interdisziplinärer Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung, um gemeinsame Ziele erkennen und erreichen zu können.

Es zeigt sich somit eine hohe Anforderung an die begleitenden Ärzte: Notwendig sind sowohl eine hohe Fachlichkeit als auch Erfahrung und Lernbereitschaft in der Gerontopsychiatrie, gefördert durch systematische Reflexion und Bereitschaft zur Teilnahme an oder Durchführung von Fallbesprechungen und gemeinsamen Fortbildungen. Dadurch wird es einfacher, Abweichungen in der Einschätzung des Pflegepersonals hinsichtlich Verhaltensstörungen und Behandlungsbedarf zu gewichten und sinnvolle therapeutische Entscheidungen zu treffen.

5. Kontinuierliche Personal- und Organisationsentwicklung

Für Einrichtungen, die eine besondere stationäre Dementenbetreuung betreiben oder aufbauen (wollen), sind Begleitung, Beratung und Coaching zu empfehlen. Wichtig ist die Erarbeitung einer Gesamtkonzeption unter Berücksichtigung von Maßnahmen zur Handlungs- und Organisationsentwicklung und zum interdisziplinären Wissenstransfer. Daran schließt sich der systematische Erfahrungsaustausch bei Realisierung des Konzeptes zwischen allen Beteiligten an.

Neue Konzepte erfordern eine konsequente Personalentwicklung zum Aufbau der Teams als internes Kompetenznetzwerk, mit hoher Transparenz und klarer Zielsetzung in den Prozessen. Bewährt hat sich eine Organisationsform mit teilautonomen Steuerungseinheiten im Sinne der Gruppen- oder Bereichspflege: Unter Anleitung einer gerontopsychiatrischen Pflegefachkraft ist so eine bewohnerorientierte Organisations- und Zeitmanagementstruktur möglich.

Die Implementierung der besonderen Dementenbetreuung kann durch externes und sollte durch internes Coaching begleitet werden: Der externe Coach hat seine Rolle in der Unterstützung der Leitung zur Steuerung des Gesamtprozesses im Sinne definierter Ziele und deren Operationalisierung zur Entwicklung der gemeinsamen Haltung und Gestaltung der Abläufe. Eine zentrale Frage dabei ist, wie die Funktion eines internen Coaches für das Lernen vor Ort zu füllen ist. Die kontinuierliche Evaluation des Konzeptes durch das konstante, interdisziplinäre Team, z. B. in Form von regelmäßigen Klausurtagen, bildet den Rahmen für die Weiterentwicklung der Betreuungsarbeit.

6. Angemessene Finanzierung

Für eine besondere stationäre Dementenbetreuung wurden in Hamburg, Baden-Württemberg, Berlin und für einzelne Einrichtungen in anderen Ländern höhere Pflegesätze vereinbart. Für die Pflegekassen ist dies kostenneutral, da der Zuschlag zum Pflegesatz von ca. 500€ im Monat im Domusprinzip von den Bewohnern bzw. ihrer Familien oder aber vom Sozialhilfeträger übernommen wird. In Hamburg leistet der Sozialhilfeträger bei ca. 35% der Betroffenen Hilfe zur Pflege. Dies zeigt, dass Angehörige bereit sind, höhere Sätze zu bezahlen, wenn deutlich ist, dass dafür eine bessere Betreuung angeboten wird.

III. Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation

Die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg wurde durch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit 2002 in einer umfangreichen Längsschnitt- und Querschnittstudie evaluiert und die Ergebnisse mit einer Referenzgruppe aus Mannheim verglichen. Berücksichtigt wurden die Daten von 733 Bewohnern und Bewohnerinnen in Hamburg und 173 in Mannheim zu zwei Messzeitpunkten.⁴

Die wichtigsten Ergebnisse sind:

1. Demenzkranke in der besonderen Dementenbetreuung sind im Vergleich zu den Demenzkranken in der traditionellen Pflege...

- um ein Vielfaches häufiger in Kompetenz fördernde Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Einrichtung eingebunden,
- sie zeigen signifikant mehr positive Gefühle wie Freude und Interesse,
- sind weit seltener von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betroffen
- und werden wesentlich häufiger und angemessener psychiatrisch behandelt.

2. Es gab aber keinen günstigeren Einfluss auf die Häufigkeit und Schwere von nicht-kognitiven Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten.

3. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Hamburg ist die Arbeitsbelastung und die Häufigkeit depressiver Störungen signifikant niedriger und die Zufriedenheit höher als bei den Beschäftigten der traditionellen Pflegeeinrichtungen in Mannheim.

4. Obwohl das Domusprinzip und das Prinzip der Integrativen Betreuung jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile haben, kann eine eindeutige Überlegenheit eines der beiden in Hamburg angebotenen Betreuungsformen nach den bisherigen Befunden nicht festgestellt werden.

Das zweite Ergebnis mag zunächst befremdend wirken, entspricht aber der Analyse in Punkt I.4, nach der herausfordernde Verhaltensweisen zum akzeptierten Verhaltensrepertoire in der Konzept der besonderen stationären Dementenbetreuung gehört.

⁴ Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H, Janzen J, Schumacher P, (2004) Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg, Internetversion unter <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/soziales/pflege/veroeffentlichungen/dementenbetreuung.html>

IV. Anregungen zur Weiterentwicklung

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation und aus dem Erfahrungsaustausch⁵ der beteiligten Einrichtungen in Hamburg haben gezeigt, dass eine besondere stationäre Dementenbetreuung die Situation der Demenzkranken und der Betreuenden deutlich verbessert. Um dies bei vertretbaren Kosten zu optimieren, sollen allerdings folgende Punkte geklärt werden:

1. Die Zugangsvoraussetzungen sollten für die Art der Betreuung definiert werden (Domusprinzip, Integrationsprinzip, stationäre oder ambulante Wohn- oder Hausgemeinschaft usw.).
2. Die individuellen Zugangsvoraussetzung (Ausprägung von kognitiven Einschränkungen, Verhaltensauffälligkeiten, Pflegebedürftigkeit und Mobilität) sollten laufend fachlich überprüft und weiter entwickelt werden.
3. Psychiatrischer und neurologischer Diagnostik und Behandlung durch Institutsambulanzen bzw. Kooperationen im Rahmen der integrierten Versorgung soll Vorrang vor der Versorgung durch niedergelassene Ärzte eingeräumt werden.
4. Es sollten Konzepte der spezialisierten Betreuung Demenzkranker bei Immobilität der Kranken entwickelt werden.
5. Es ist notwendig allen Aufsichts- und Kontrollbehörden – insbesondere Heimaufsicht, MDK, Feuerwehr, Arbeitssicherheit, Hygiene – die inhaltlichen Aspekte der Dementenbetreuung zu vermitteln und ein einheitliches Vorgehen zu koordinieren.
6. Angehörige oder der Sozialhilfeträger sollten finanziell entlastet werden, indem die Behandlungspflege (hier insbesondere die psychiatrische Behandlungspflege) künftig im Rahmen der Krankenversicherungsleistungen in der spezialisierten Dementenbetreuung etabliert wird.
7. Es gilt Steuerungsmechanismen für Ehrenamtliche, Praktikanten und Mitarbeiter des zweiten Arbeitsmarktes (Jobcenter und Beschäftigungsgesellschaften) zu entwickeln, so dass das erforderliche therapeutische Milieu unterstützt wird.
8. Die Fachkraftquote im interdisziplinären Team muss unter Berücksichtigung der Bedeutung psychosozialer Betreuung im Rahmen der pflegerischen Maßnahmen definiert werden.
9. Zu wünschen ist weiterhin ein systematischer Austausch zu Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen, um demenzbedingte Verhaltensweisen individuell zu beeinflussen, Stress zu reduzieren und ein Milieu zu steuern, in dem die Risiken der unbeeinflussbaren Sekundärsymptomatik minimiert sind.
10. In den Kommunen sollten weiterhin Steuerungsmechanismen entwickelt werden, um zu gewährleisten, dass die Zielgruppe der verhaltensauffälligen mobilen Demenzkranken die erforderliche Betreuung erhält.

Ansprechpartner für die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung

Sandra Eisenberg, Sozialdienst/Interne Prozessbegleitung Dementenbetreuung
Pflegezentrum Holstenhof, Tel.: 040/2022-4845, Email Sandra.Eisenberg@pflegenundwohnen.de

Martin Hamborg, Psychologischer Psychotherapeut/Supervisor, QMB, Kieler Servicehäuser der AWO,
Vaasastr. 2a, 24109 Kiel, Tel. 0431 / 53 33073, (besser per) Email: Martin.Hamborg@awo-pflege-sh.de

⁵ Hamborg M (2004) „Über den Tellerrand blicken...“ – Der Erfahrungsaustausch zur besonderen Dementenbetreuung in Hamburg, Veröffentlichung des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung in der Pflege: www.ndz-pflege.de