

Plädoyer für die Einführung von Präsenzstrukturen in „normalen“ Altenpflegeheimen

Zur Zeit wird in vielen Altenpflegeheimen verstärkt über die Frage diskutiert, ob für die demenzkranken Heimbewohner/innen ein spezielles Betreuungsangebot eingerichtet werden sollte, und wenn ja, welches. Oft entsteht dann die Idee, im Heim eine Wohngruppe für demenzkranke Menschen mit 8-15 Bewohnern, einem dementengerechten räumlichen Milieu und einem speziell für diese Arbeit ausgewählten Pflege- und Betreuungsteam zu schaffen.

Diese Idee knüpft an zwei Konzepten zur Betreuung demenzkranker Menschen, die zur Zeit im Mittelpunkt der deutschen Fachdiskussion stehen, an, einerseits an dem Konzept der ambulant betreuten Wohngemeinschaften bzw. der stationären Hausgemeinschaften und andererseits an der „Besonderen stationären Dementenbetreuung“ nach dem Hamburger Modell.

Oft ist den Heimträgern nicht wirklich bewusst, dass sich diese beiden Konzepte in einigen relevanten Punkten deutlich voneinander unterscheiden und dass es wichtig ist, eine Klarheit darüber herzustellen, für welche demenzkranken Bewohner die geplante Spezialeinheit für Demenzkranke gedacht ist.

Das Hauptcharakteristikum der Wohn- oder Hausgemeinschaften mit 6 bis maximal 12 Mitgliedern ist die familienähnliche Struktur mit gemeinsamer, möglichst autonomer Haushaltsführung ohne Rückgriff auf zentralisierte Einrichtungen wie Zentralküche, zentrale Wäscherei, zentraler Putzdienst etc. Hierdurch wird der Tag strukturiert und mit sinnvollen Aktivitäten gefüllt. Präsenzkkräfte helfen bei der Alltagsbewältigung. Die Wohn- oder Hausgemeinschaften, die dem Normalitätsprinzip folgen, setzen bei ihren Mitgliedern Gruppenfähigkeit voraus. Sie werden in Räumlichkeiten realisiert, die den Charakter einer normalen (großen) Wohnung haben, d.h. in Räumen mit begrenzten Lauf- und Bewegungsflächen. Eine Wohnküche ist obligatorisch.

In Einrichtungen der „Besonderen stationären Dementenbetreuung“ werden Personen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung und schweren Verhaltensauffälligkeiten betreut, die in normaler Pflege kaum oder gar nicht angemessen zu versorgen sind. Dieser besondere Pflegebedarf ist u.a. gegeben, wenn bei den Bewohnern Verhaltensauffälligkeiten nach dem Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory vorliegen.

In der „Besonderen stationären Dementenbetreuung“ werden also im Unterschied zu den Wohn- und Hausgemeinschaften überwiegend Demenzkranke betreut, die nicht gruppenfähig sind. Die Größe eines solchen Wohnbereichs liegt sowohl räumlich als auch in Bezug auf die Anzahl der dort lebenden Demenzkranken deutlich über der Größe der Wohn- oder Hausgemeinschaften. Eine familienähnliche Struktur ist nicht Teil des Konzepts. Von den Kostenträgern wird (u.a.) eine Leitung mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation verlangt sowie Pflegefachkräfte für die tägliche Betreuung in einem multiprofessionellen Team. Das Raumkonzept beinhaltet ausreichende Laufwege im Innen- und Außenbereich. Das Hauptgewicht liegt auf einer hohen Akzeptanz von herausforderndem Verhalten, verbunden mit einer kontinuierlichen Ansprache und Beziehungsarbeit durch das Pflege- und Betreuungsteam, um Verhaltensauffälligkeiten aufzufangen und damit abzuschwächen. Eine gemeinsame Haushaltsführung ist in diesem Konzept nicht vorgesehen.

Wenn eine besondere Dementen-Einheit im Heim geplant wird, ist es also wichtig, sich zu entscheiden, für wen diese sein soll, für die besonders schwierigen Heimbewohner/innen oder für diejenigen, die am meisten von dem Angebot einer familienähnlichen Kleingruppe profitieren.

Es ist aber noch eine weitere Entscheidung notwendig, nämlich die Entscheidung darüber, für wie viele Heimbewohner/innen das geplante spezielle Angebot gedacht ist.

Das Hamburger Modellprogramm geht davon aus, dass von allen Heimbewohner/innen ca. 5% und von den demenzkranken Heimbewohner/innen ca. 10% zur Gruppe der Erkrankten gehören, die wegen ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten einer fachlich spezialisierten Betreuung mit den genannten Anforderungen einschließlich eines erhöhten Personalschlüssels bedürfen. Die „Besondere stationäre Dementenbetreuung“ ist also nur für einen kleinen Teil der demenzkranken Heimbewohner/innen gedacht. Für diese Demenzkranken ist eine Spezialeinheit äußerst sinnvoll. Bei einem Altenpflegeheim mit 100 Plätzen wäre ein solches Angebot, statistisch gesehen, nur für ca. 5-6 Heimbewohner/innen erforderlich.

Ca. 60% aller Heimbewohner/innen sind demenzkrank. Fast alle demenzkranken Menschen, soweit sie nicht bettlägrig sind, benötigen im Unterschied zu nicht-demenzkranken Menschen tagsüber die ständige Präsenz mindestens einer gesunden Bezugsperson, verbunden mit dem Angebot einer Tagesstruktur, sowie in besonderem Maße eine durchgehend verständnisvolle, akzeptierende, validierende Grundhaltung auch bei vordergründig unverständlichen Verhaltensweisen.

Es erscheint zunehmend unsinnig, nur für eine kleine Gruppe von demenzkranken Heimbewohner/innen in den Altenpflegeheimen ein besonderes Angebot zu schaffen (mit Ausnahme der „Besonderen stationären Dementenbetreuung“), wenn die Demenzkranken die Mehrheit in den Heimen stellen. Die Schlussfolgerung kann dann eigentlich nur heißen: Wir müssen die Pflege und Betreuung in allen Wohnbereichen dementengerecht gestalten und dann darüber nachdenken, wie wir die geistig Gesunden und andere Gruppen in dieses Betreuungskonzept integrieren können.

Präsenzstrukturen in allen Wohnbereichen

Die wichtigste Voraussetzung für die Schaffung eines dementengerechten Milieus sind Präsenzstrukturen in allen Wohnbereichen. Präsenzstrukturen beinhalten nicht nur die über den ganzen Tag gegebene ständige Gegenwart von mindestens einer Betreuungsperson in der Gruppe der Demenzkranken, sondern ebenso das Angebot einer Tagesstruktur, welche sich an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der demenzkranken Heimbewohner/innen orientiert sowie eine validierende Grundhaltung.

Eine solche Struktur entspricht übrigens genau den Erwartungen der Angehörigen von demenzkranken Menschen an ein Altenpflegeheim. Wenn wir als Alzheimer Gesellschaft Angehörige nach ihren Erwartungen fragen, dann ist die Antwort praktisch jedes mal gleichlautend. Neben einer angemessenen Grundpflege wollen Angehörige zwei Dinge:

- dass mit ihren Kranken freundlich, liebevoll und einfühlsam umgegangen wird
- dass mit ihren Kranken „etwas“ gemacht wird, d.h. dass sie nicht ohne Ansprache, Beschäftigung und Betreuung über weite Strecken des Tages ungeschützt sind und sich selbst überlassen werden.

Dieser schlichte und doch so bedeutungsvolle Wunsch der Angehörigen wird nun interessanterweise aus einer unerwarteten Ecke bestätigt. Bei einem DCM-Projekt (Dementia Care Mapping), welches auf Anregung des KDA u.a. im Main-Kinzig-Kreis in Hessen von 2002-2004 durchgeführt wurde, stellt Barbara Gregor in der Projektauswertung fest:

„Durch die bewusste Wahrnehmung der Tatsache, dass sich die Bewohner/innen über viele Zeitabschnitte selbst überlassen waren, hat sich eine grundlegende Einstellungsänderung ergeben: Sowohl Leitungs- als auch Pflegekräfte haben gelernt, dass die Pflege der Person – also die Kontakt- und Beziehungsgestaltung – den gleichen Stellenwert bekommen muß wie die Körperpflege. Das hat dazu geführt, dass sich Präsenzstrukturen entwickelt haben. ... Die Rolle der Präsenzkraft wurde in einigen Einrichtungen im Dienstplan verankert und wird rotierend von allen Teammitgliedern wahrgenommen. Andere Einrichtungen halten spezielle Präsenzkräfte vor, die zu bestimmten Zeiten im Wohnbereich anwesend sind.“ (Main-Kinzig-Kreis: Demenz neu denken, Gelnhausen 2005, S.6)

Voraussetzungen für die Einführung von Präsenzstrukturen sind:

- die verbindliche Bereitschaft des Pflgeteams, eine Präsenzstruktur mit durchgehenden Tagesaktivitäten in der Gruppe zu gewährleisten oder der Einsatz von Präsenzmitarbeiterinnen im Wohnbereich.
- eine gemütlich eingerichtete, vor Lärm und Unruhe geschützte Wohnküche im jeweiligen Wohnbereich, in der eine Gruppe von ca. 12 Personen gut Platz findet (möglichst an einem Tisch). Die Schaffung eines solchen Raums war der zweite wichtige Schwerpunkt während der Durchführung des DCM-Projekts im Main-Kinzig-Kreis, und es hat sich gezeigt, dass es den Heimträgern bei ausreichendem Engagement und ausreichender Fachkompetenz durchaus möglich war, in den bestehenden Heimen in den einzelnen Wohnbereichen solche Räume zu schaffen. Unterstützt wurden die Maßnahmen zur Milieuverbesserung durch Investitionskostenzuschüsse des hessischen Sozialministeriums.

Für die Gestaltung von Präsenzstrukturen gibt es ein breites Spektrum von Möglichkeiten, je nach Engagement des Heims. Die Mindestanwesenheitszeit jeweils einer Präsenzmitarbeiterin pro Wohnbereich sollte, um überhaupt von Präsenzstrukturen sprechen zu können, zwei Stunden vormittags und zwei Stunden nachmittags im jeweiligen Wohnbereich betragen. Anzustreben ist eine Präsenz in der Gruppe vom Frühstück bis zum Abendessen an 7 Tagen in der Woche.

Unter Kostengesichtspunkten ist es utopisch, davon auszugehen, dass zusätzlich zu dem bestehenden Personal für jeden Wohnbereich Präsenzmitarbeiter/innen eingestellt werden können, die an 7 Tagen in der Woche vom Frühstück bis zum Abendessen in der Gruppe präsent sind. Stefan Arend, der im Pflegestift Mediana das Konzept der Hausgemeinschaften umsetzt, hat eine modellhafte Gegenüberstellung der Personal- und Stellenbesetzung in einem klassischen Pflegeheim und im Wohnstift Mediana gemacht. Dabei fällt auf, dass er die ca. 50% Pflegehilfskräfte des klassischen Pflegeheims durch eine fast gleiche Anzahl von Präsenzmitarbeiter/innen ersetzt hat (Stefan Arend: Hausgemeinschaften – vom Modellversuch zur Regelversorgung, Hannover 2005, S. 121, Vincentz-Verlag). Auf diesem Erfahrungshintergrund erscheint es sinnvoll, in jedem Altenpflegeheim zu überprüfen, inwieweit der derzeitige Einsatz der examinierten Pflegekräfte, der Pflegehilfskräfte, der sozialen und therapeutischen Dienste und der Stationshilfen bzw. hauswirtschaftlichen Kräfte in Präsenzstrukturen umgewandelt werden kann.

In sehr engagierten Heimen wird schon jetzt eine verbindliche, durchgehende tagesstrukturierende Betreuung von den bestehenden hochmotivierten Pflgeteams oder von Präsenzmitarbeiter/innen umgesetzt.

In etlichen Heimen wäre vermutlich nur ein Teil des Pflgeteams bereit und in der Lage, der tagesstrukturierenden Arbeit mit geeigneten Gruppenangeboten eine entsprechende Bedeutung zuzumessen und Präsenz und Gruppenangebote verbindlich umzusetzen. Das Risiko, dass bei jedem erhöhtem Arbeitsanfall in der Pflege die Präsenzstruktur gekippt wird und damit dieser Ansatz scheitert, ist hoch. Deshalb erscheint es auch sinnvoll, die Präsenzstruktur durch Präsenzmitarbeiter/innen zu gewährleisten, die nicht auf dem Dienstplan des Pflgeteams erscheinen und die in keinem Fall für Tätigkeiten in der Körperpflege oder andere Tätigkeiten außerhalb ihrer Präsenz in der Gruppe eingesetzt werden.

Wenn wir von einer durchschnittlichen Belegung eines Wohnbereichs mit 25 Heimbewohner/innen ausgehen, dann sind in der Regel hiervon ca. 15 Bewohner/innen demenzkrank. Von diesen 15 können einige aufgrund von körperlicher Schwäche und zusätzlichen Erkrankungen nicht an einer Gruppe teilnehmen. Andere sind motorisch unruhig und möchten sich aus diesem Grund nicht bevorzugt in der Wohnküche aufhalten, wiederum andere haben ein großes Rückzugsbedürfnis, ertragen evt. die Gruppe nicht und halten sich deshalb nicht in der Wohnküche auf und schließlich leben, statistisch gesehen, in einem solchen Wohnbereich, 1-2 Bewohner/innen, die aufgrund von massivem herausfordernden Verhalten nicht gruppenfähig sind und die der „Besonderen stationären Demenzenbetreuung“ bedürfen. Dies alles reduziert die regelmäßige Gruppengröße und ermöglicht es auch nicht-demenzkranken Heimbewohner/innen, an der Gruppe teilzunehmen, wobei sich diese dann in die Gruppe der Demenzkranken integrieren, nicht umgekehrt. Wir haben hiermit im Alzheimer Tageszentrum in Wetzlar gute Erfahrungen gemacht.

Präsenz und Tagesstruktur

Das Konzept der Haus- oder Wohngemeinschaften, welches mit gemeinsamer (teil)autonomer Haushaltsführung einschl. täglichem gemeinsamen Kochen des Mittagessens dem Normalitätsprinzip folgt, ist in den meisten Altenpflegeheimen nicht realisierbar und bei bestehenden Heimstrukturen mit vorhandener Zentralküche weder sinnvoll noch für die Präsenzkraft unter Berücksichtigung ihrer gesamten Aufgaben leistbar.

Nicht nur aus diesem Grund sollte der so verwandte Begriff der Normalität hinterfragt werden. Haushaltsführung geschieht in der Normalität individuell, also vereinzelt. Warum sollte diese Lebenssituation des individuellen Haushalts zur alleinigen Norm für die Tagesstruktur erklärt werden, wenn es doch gerade im Heim möglich ist, die positiven Potentiale einer Gruppe zu nutzen und die Tagesstrukturierung um Aktivitäten zu erweitern, die bei uns gesunden Menschen in den Bereich der Freizeitgestaltung fallen?

Der Tag im Alzheimer Tageszentrum in Wetzlar mit jeweils 12 anwesenden Tagesgästen, davon ca. die Hälfte in Pflegestufe 2 und die andere Hälfte in Pflegestufe 3, wird strukturiert mit immer den gleichen Gruppenaktivitäten, die sich nach unserer nunmehr 13-jährigen Erfahrung als besonders geeignet für demenzkranke Menschen in unterschiedlichen Krankheitsstadien herausgestellt haben und die den demenzkranken Menschen gerade auch durch ihre tägliche Wiederholung ein Gefühl von Vertrautheit, Sicherheit und Stabilität geben. Wir haben nicht den Anspruch, möglichst kreativ und originell zu sein. Unsere täglich sich wiederholenden Aktivitäten sind im Wesentlichen das gemeinsame Singen, Ball-Spielen, gemeinsames Schnippeln von Obst und Gemüse und Weiterverarbeitung zu einfachen

kleineren Gerichten, Vorlesen und Vorlesen lassen, sich in der Gruppe unterhalten, Malen in kleineren Gruppen nach Ute Schmidt-Hackenberg und bei genügend Personal Tanzen, Gesellschaftsspiele, Spaziergänge und Ausflüge. Das tägliche Kochen des Mittagessens gehört nicht dazu, andere Haushaltstätigkeiten eher vereinzelt. Die hier genannten sind Tätigkeiten, die auch in einer heterogenen Gruppe möglich sind, die nicht mit Leistungsdruck verbunden sind, die jeden Tag neu mit Freude angenommen werden, die den meisten Gruppenteilnehmern ein aktives Mitmachen ermöglichen und die durch ihre tägliche Wiederholung ein Gefühl von Kompetenz und Verlässlichkeit erzeugen, und zwar gleichermaßen bei unseren Tagesgästen wie bei unserem Pflege- und Betreuungsteam.

Nach unserer Erfahrung im Alzheimer Tageszentrum in Wetzlar ist die Anzahl der Tagesgäste, die sich aktiv am gemeinsamen Kochen beteiligen, wesentlich geringer, als die Anzahl der Tagesgäste, die mit Freude am Singen und an Ball-Spielen teilnehmen. Wir haben die „Teilnahmequote“ bei vielen verschiedenen Aktivitäten mehrfach mit Strichlisten erfasst. Bei keiner Aktivität wird so viel gelacht wie beim Ball-Spielen mit einem springenden Softball am Tisch, und das schon seit vielen Jahren. Diese Tätigkeiten haben übrigens nichts mit einer Kindergartenatmosphäre zu tun, sondern es sind Tätigkeiten, die im Wesentlichen nur in der Gruppe möglich sind, die mit Freude gemacht werden und die jeden Tag von neuem mit ernsthaftem Engagement von unserem Betreuungsteam angeboten werden. Früher wurde in vielen Familien und Gemeinschaften täglich mehrfach gesungen, und es ist inzwischen sogar wissenschaftlich bewiesen, - was jeder, der gerne singt, ohnehin schon immer wusste -, dass das häufige Singen durch die Erinnerung der Texte, die harmonisierende Ausstrahlung auf die seelische Stimmung und die Förderung der Atmung sowie die Stärkung des Immunsystems eine wohltuende und gesundheitsfördernde Wirkung auf Geist, Seele und Körper hat.

Bei den meisten Bastelarbeiten, die leider bei Sozialbetreuerinnen immer noch sehr beliebt sind, können sich nach unserer Erfahrung nur wenige Demenzkranke eigenständig, d.h. ohne individuelle Hilfestellung beteiligen. Zudem erfordern viele Bastelarbeiten umfangreiche Vorbereitungszeiten, so dass ein nicht unerheblicher Teil der Arbeitszeit der Sozialbetreuerinnen den Heimbewohner/innen nicht direkt zugute kommt.

Bei den uns bekannten Tagespflegen für Demenzkranke hat jede Einrichtung ihren eigenen Stil und besondere Schwerpunkte bei den Angeboten für die Tagesstruktur entwickelt. Wichtigstes Kriterium sollte bei begrenzten Personalkapazitäten sein, dass sich möglichst viele demenzkranke Menschen möglichst gerne an den angebotenen Aktivitäten beteiligen. Natürlich kann in einer Gruppe mit Demenzkranken im frühen Krankheitsstadium ein nicht-leistungsorientiertes Gedächtnistraining sinnvoll sein. Biographieorientierte Angebote in geeigneter, nicht pädagogisierender Form sind ebenso positiv wie Musik- und Kunsttherapie, Gruppengymnastik, Sitztanz und vieles andere mehr. Zwingend erforderlich für eine sinngebende und Freude bereitende Strukturierung des Tages sind Angebote, die eine besondere Qualifikation der Anbietenden oder eine intensive Vorbereitungszeit voraussetzen, u.E. nicht.

Die Realisierung der von uns genannten, für Demenzkranke geeigneten Angebote, ist Aufgabe der Präsenzkraft und sie erfordert keinerlei formale Qualifikation. Jede und jeder kann es machen, der dazu bereit ist. Es handelt sich, wie schon gesagt, nicht um Therapien wie z.B. Musiktherapie, Krankengymnastik oder Ergotherapie, sondern um Alltagstätigkeiten, die in den Bereich der Freizeitbeschäftigung gehören. Allerdings ist u.E. eine Eingangsschulung und eine fachkompetente Begleitung von Mitarbeiter/innen, die die Präsenzfunktion wahrnehmen, erforderlich, damit diese das Krankheitsbild der Demenz besser verstehen, nicht übergriffig handeln und kommunizieren, mit ungewöhnlichen Verhaltensweisen der demenzkranken

Menschen angemessen umgehen können, sowohl den Einzelnen wie auch der Gruppe (soweit möglich) gerecht werden können und einen kompetenten Ansprechpartner haben. Auch die beste Schulung vermag jedoch nicht die Persönlichkeitseigenschaften zu erzeugen, die eine Präsenzkraft von vorneherein mitbringen muß, um gute Arbeit leisten zu können. Dies betrifft vor allem die Art, wie sie Beziehungen gestaltet, mit Konflikten umgeht und Menschen in einer Gruppe motivieren kann. Es ist bei weitem nicht jeder geeignet für diese Tätigkeit. Die Erkenntnis, dass es bei der Auswahl von Mitarbeitern der Dementenbetreuung im Wesentlichen auf die Persönlichkeit ankommt, ist übrigens in der internationalen Alzheimer Szene schon lange vorhanden und wird weltweit von allen Alzheimer Gesellschaften geteilt.

Die Forderung der Angehörigen

In den nach Meinung der Angehörigen von demenzkranken Menschen „guten Heimen“ sind Präsenzstrukturen mit tagesstrukturierenden Gruppenangeboten schon lange Wirklichkeit. Das zeigt, dass dieses Konzept unter den bestehenden Rahmenbedingungen umsetzbar ist. Eine fachliche und finanzielle Unterstützung der Heimträger bei der Einführung von Präsenzstrukturen wäre sinnvoll, um den veränderten Bedingungen, unter denen Altenpflegeheime heutzutage ihre Aufgaben wahrnehmen, Rechnung zu tragen - bei ca. 60% demenzkranken Heimbewohnern und einer in Zukunft noch weiter steigenden Anzahl.

Bettina Rath
Alzheimer Gesellschaft Mittelhessen e.V.
Wetzlar, den 17.02.2006