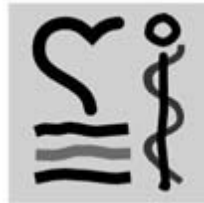


# Lerngang Pflegemanagement 2011/2013

IBG Institut für Bildung im Gesundheitsdienst GmbH

Leiterin der Weiterbildung: Sr. Franziska Buttinger



## Abschlussarbeit

Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

**VerfasserInnen:** Katarina Bedlan, Anna Mair, Sr. Valentina Rupnik, Hermine Schneeberger, Stefan Unterlechner

**Betreut durch: Mag. Maria Gamsjäger**

**Abgabedatum:** 03.05.2013

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	5
1 Einleitung .....	6
2 Projektmanagement (Katarina Bedlan) .....	8
2.1 Begriff „Projekt“ – Definition .....	8
2.2 Projektarten .....	9
2.3 Grundsätze des Projektmanagements .....	10
2.3.1 Begriff „Projektmanagement“ – Definition .....	10
2.3.2 Ziele des Projektmanagements .....	11
2.3.3 Aufgaben des Projektmanagements .....	11
2.3.4 Wissensgebiete des Projektmanagements .....	12
2.3.5 Erfolgsfaktoren .....	15
2.4 Projektablauf .....	16
2.4.1 Initiierungsphase .....	17
2.4.2 Vorlaufphase .....	19
2.4.3 Planungsphase .....	33
2.4.4 Realisierungsphase – Projektcontrolling .....	39
2.4.5 Abschlussphase .....	42
3 Methoden .....	44
3.1 Ausgangssituation (Sr. Valentina Rupnik) .....	44
3.1.1 Erkennen einer „Demenzerkrankung“ (Stefan Unterlechner) .....	46
3.1.2 Allgemeine Therapieprinzipien bei Demenz .....	52
3.2 Recherché/Best Practice (Sr. Valentina Rupnik) .....	53
3.3 Selbsthilfegruppen Österreich (Stefan Unterlechner) .....	57
3.4 Gruppendiskussion (Hermine Schneeberger) .....	59
3.4.1 Vorteile von Fokusgruppen .....	60
3.4.2 Nachteile von Fokusgruppen .....	60
3.4.3 Die neun Schritte im Überblick .....	61
4 Expertinnenbefragung (Stefan Unterlechner) .....	69

4.1	ExpertInnenbefragung .....	69
4.1.1	Auswahl der Zielgruppe .....	69
4.1.2	Interview .....	70
4.1.3	Erstellung eines Leitfadens für ExpertInnen .....	71
4.2	Durchführung .....	72
4.2.1	Pretest .....	72
4.2.2	Durchführung eines Interviews .....	74
4.2.3	ExpertInnenbefragung bei ÄrztInnen .....	74
4.3	Interpretation der Aussagen der PflegeexpertInnen .....	75
4.3.1	Informationswesen an die Angehörigen .....	75
4.3.2	Unterstützung/Begleitung von Angehörigen .....	76
4.3.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	78
4.3.4	Ideen zur Erleichterung .....	82
4.3.5	Maßnahmen .....	84
4.4	Resümee und Schlussfolgerung.....	85
5	Perspektiven der Angehörigenarbeit.....	88
5.1	Die Angehörigen (Hermine Schneeberger).....	88
5.1.1	Definition „Angehöriger“ .....	88
5.1.2	Erfolgsfaktoren für eine professionelle Angehörigenarbeit .....	97
5.1.3	Maßnahmen für ein professionelle Angehörigenarbeit .....	99
5.1.4	Resümee und Schlussbemerkung.....	106
5.2	MitarbeiterInnen und Führungskräfte (Anna Mair) .....	108
5.2.1	Auswertung.....	108
5.2.2	Erfolgsfaktoren aus der MitarbeiterInnenperspektive .....	134
5.2.3	Maßnahmen aus der Sicht der MitarbeiterInnen.....	139
5.2.4	Erfolgsfaktoren „Führungskräfte“ .....	143
5.2.5	Maßnahmen der Führungskräfte .....	143
5.2.6	Zusammenfassung der MitarbeiterInnenaspekte.....	145
5.3	Resümee und Schlussfolgerung.....	146

5.4	BewohnerInnen (Sr. Valentina Rupnik) .....	146
5.4.1	Bedürfnisse der BewohnerInnen .....	147
5.4.2	Konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung.....	150
5.4.3	Versorgungskonzepte für den stationären Bereich.....	154
5.4.4	Erfolgsfaktoren .....	155
5.4.5	Maßnahmen .....	160
5.5	Resümee und Schlussfolgerung.....	169
6	Prozess „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ (Katarina Bedlan).....	170
6.1	Begriff „Prozess“ – Definition .....	170
6.1.1	Prozesstypen.....	171
6.1.2	Prozessziele .....	171
6.1.3	Anforderungen an Prozesse .....	171
6.1.4	Prozessidentifikation.....	172
6.2	Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für den Prozess „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ ....	174
6.2.1	Organisationsabläufe.....	174
6.2.2	Strukturelle Bedingungen .....	175
6.2.3	Personalentwicklung.....	175
6.2.4	Ressourcen .....	177
6.2.5	Wechselwirkung Prozess und Qualitätsmanagement.....	178
6.3	Prozess „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ ....	178
6.4	Beispielberechnung der Kosten, Ressourcen und der Erlöse (Mair Anna) 189	
7	Schlusswort (Katarina Bedlan).....	194
8	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	196
9	Literaturverzeichnis .....	197
10	Anhänge.....	200

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

A1	Angehörige 1
A2	Angehörige 2
A3	Angehörige 3
A4	Angehörige 4
A5	Angehörige 5
DGKS/DGKP	Diplomgesundheits- und Krankenschwester/Pfleger
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HL	Heimleitung
ICD	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen)
IBG	Institut für Bildung im Gesundheitsdienst GmbH
MA1	Mitarbeiterin 1
MA2	Mitarbeiterin 2
MA3	Mitarbeiterin 3
MA4	Mitarbeiterin 4
MA5	Mitarbeiterin 5
MuG	Studie „Möglichkeit und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“
PDL	Pflegedienstleitung
PH	PflegehelferIn
Sr.	(Ordens-)Schwester
STL	Stationsleitung
TK1	Transkription 1
TK2	Transkription 2
TK3	Transkription 3
TK4	Transkription 4

## 1 EINLEITUNG

„Das Einzige, was die Menschenwelt zu retten vermag, ist zusammenarbeiten, und der Weg zur Zusammenarbeit nimmt im Herzen der Einzelnen seinen Anfang“ (Bertrand Russell).

Wir leben in einer zunehmend alternden Gesellschaft. Die Zahl der Menschen in Österreich mit einer diagnostizierten Demenz steigt ständig an. Trotz intensiver Forschung ist eine Heilung dieser Erkrankung nicht in Sicht; daher wird sich die Zahl der Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege auch weiterhin drastisch erhöhen. Eine große Herausforderung an unsere Gesellschaft, und im Speziellen an das Pflege- und Betreuungswesen wird es sein, eine würdige Betreuung dieser Menschen zu ermöglichen.

In der geriatrischen Langzeitpflege ist die Angehörigenarbeit bereits ein wichtiges und vielfach diskutiertes Thema. Die Vermutung, dass Angehörige ihre Pflegebedürftigen in Heime geben und sich nicht mehr um sie kümmern, ist längst überholt. Die Angehörigen sind vielmehr oft durch die Vorgeschichte einer häuslichen, oft jahrelang vorausgegangenen Pflegesituation geprägt. Die Beziehung zwischen ihnen und dem Pflegepersonal in den Langzeiteinrichtungen ist für die Qualität und Betreuung und auch für das Wohlbefinden aller Beteiligten von großer Bedeutung.

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Wahrnehmung der Pflege- und Betreuungssituation vonseiten der Angehörigen oft nicht mit jener der BewohnerInnen und der MitarbeiterInnen übereinstimmt. Alle drei Personengruppen vertreten verschiedene Parteien mit unterschiedlichen Interessen. Während für die Angehörigen ein ganz bestimmter Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, ist für die PflegemitarbeiterInnen diese bestimmte Person nur ein Teil ihrer gesamten Aufgabe. Dieses Faktum führt oft zu Missverständnissen auf allen Seiten. Die Pflegenden erleben die Ansprüche der Angehörigen als überhöht und unerfüllbar, die Angehörigen hingegen erachten die Pflege oft als zu wenig und meinen, dass die individuellen Bedürfnisse nicht erfüllt würden.

Angehörige sind in der Betreuung, speziell von Menschen mit einer diagnostizierten Demenz, eine wichtige Ressource und sollten im Interesse des Bewohners große Beachtung finden. Sie sind diejenigen, die wichtige Informationen über den Pflegebedürftigen geben können und das Bild von einer Person und deren möglichen Bedürfnissen klarer werden lassen, was in weiterer Folge zu einer qualitativ besseren und bedürfnisorientierten Betreuung führen kann. Außerdem sind sie oftmals ExpertInnen in der Pflege einer bestimmten Person geworden, und dieses ExpertInnenwissen stellt eine unverzichtbare Hilfsquelle für eine Institution dar.

Ein weiterer Punkt für eine professionelle Angehörigenarbeit liegt darin, dass sie oft das einzige Bindeglied zum Leben der/des Pflegebedürftigen vor einem Heimeinzug und zu ihrer/seiner Vergangenheit sind und somit eine wichtige soziale Unterstützung für den Bewohner sind.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Zufriedenheit von Angehörigen und MitarbeiterInnen verschiedener Einrichtungen in Bezug auf die Angehörigenarbeit mittels Fokusgruppen zu erheben, um aus den Ergebnissen Empfehlungen und Maßnahmen zur Optimierung und Professionalisierung der Angehörigenarbeit ableiten zu können.

## 2 PROJEKTMANAGEMENT (KATARINA BEDLAN)

„Das Gelernte in die Praxis umsetzen.“

Die Abschlussarbeit der Ausbildung des Lerngangs „Pflegermanagement“ im *Institut für Bildung im Gesundheitsdienst GmbH (IBG)* wurde in Form eines Gruppenprojekts erarbeitet. Die Themenschwerpunkte dieser Arbeiten beziehen sich auf eine professionelle und zukunftsorientierte Pflege.

Gegenwärtig sind Projekte kaum aus dem Arbeitsalltag wegzudenken. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess steigert deren Anzahl, dennoch sind neue Ideen noch keine Innovation. Nicht alles, was als Projekt bezeichnet wird, ist auch ein solches. Wodurch unterscheiden sich jedoch die Projekte von anderen Aufgaben, Plänen, Entwicklungen und Entwürfen aus dem Arbeitsalltag? Was brauche ich, um ein Projekt erfolgreich durchführen zu können?

In den folgenden Kapiteln werden die theoretischen Grundlagen, die Entwicklung und der Verlauf des Projektes „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ sowie die persönlichen Erfahrungen als Projektleiterin dargestellt.

### 2.1 Begriff „Projekt“ – Definition

Der lateinische Ursprung für diesen Terminus lautet „proiectum“ und bedeutet „das voraus Geworfene“.

„Ein Projekt ist eine zeitlich befristete, relativ innovative und risikobehaftete Aufgabe von erheblicher Komplexität, die aufgrund ihrer Schwierigkeit und Bedeutung meist ein gesondertes Projektmanagement erfordert“ (<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/projekt.html#definition> [20.02.2013]).

„Ein Projekt ist eine Aufgabe, die aus eine Vielzahl von einzelnen Teilaufgaben besteht“ (Zelewski 2008, S. 5/36).

Definition nach DIN 69901 „Ein Projekt ist ein Vorhaben, das im Wesentlichen durch die Einmaligkeit der Bedingungen in ihrer Gesamtheit gekennzeichnet ist, wie z.B. Zielvorgabe, zeitliche, finanzielle, personelle oder andere Begrenzungen,



Abgrenzung gegenüber anderen Vorhaben und projektspezifische Organisation“ (Hemrich/Harrant 2007, S. 8).

Die Definition nach DIN 69901 wird von fast allen AutorInnen mit unterschiedlichen Ergänzungen übernommen. Häufig werden weitere Merkmale, wie Komplexität, Neuartigkeit, Interdisziplinarität, Teamarbeit oder strategische Bedeutung, angeführt. Hemrich und Harrant führen noch weitere typische Merkmale an: komplexe, risikobehaftete Aufgabe, vernetzte Arbeitspakete und vertragsgemäße Ablieferung eines Ergebnisses. Ein Projekt ist stets etwas Einmaliges, eine spezifische Form organisierter Vorgangsweisen, die sich durch Überprüfbarkeit der Prämissen, Umsetzbarkeit/Realisierbarkeit und die Anschlussfähigkeit an Bestehendes auszeichnet. Mit einem klar definierten Ziel werden neue Lösungen entwickelt und realisiert.

## **2.2 Projektarten**

Die Differenzierung von Projekten in unterschiedliche Arten hilft, die spezifische Herausforderung und die Potenziale für das Projektmanagement zu analysieren sowie einen Einsatz von maßgeschneiderten Strukturen und Methoden des Projektmanagements zu ermöglichen. In der Literatur sind zum Thema „Projektmanagement“ folgende Unterscheidungskriterien zu finden:

- Umfeld (persönliche/staatliche/Unternehmensprojekte),
- Branche, Projektstandort,
- Stellung des Auftraggebers (interne/externe),
- Neuartigkeit oder Wiederholungsgrad (Pionierprojekte/Routineprojekte),
- Konzeptions-/Realisierungsprojekte,
- Unternehmensprozesse: Projektinhalte (Marketing-, Investitions-, Forschungs-, Entwicklungs- und Organisationsprojekte)
- Reichweite: abteilungsinterne/abteilungsübergreifende Projekte, Projekte in der Gesamtorganisation, in Teilen der Organisation oder mehrere Organisationen.

In einer Vielzahl der Projekte sind mehrere Aspekte der angeführten Differenzierung gleichzeitig zu finden.

## **2.3 Grundsätze des Projektmanagements**

Um die Komplexität der Vorgänge in einem Projekt organisieren und bewältigen zu können, bedarf es eines Projektmanagements. Das professionelle Management bildet den Kern der Erfolgsfaktoren des Projekts.

### **2.3.1 Begriff „Projektmanagement“ – Definition**

Der lateinische Ursprung für das Management ist „manum agere“ und bedeutet „an der Hand führen“.

Das Projektmanagement ist nach DIN wie folgt definiert: „Gesamtheit von Führungsaufgaben, -organisation, -techniken und -mitteln für die Initiierung, Definition, Planung, Steuerung und den Abschluss von Projekten“ (DIN 69901-5).

„Unter Projektmanagement versteht man die Gesamtheit von Führungsaufgaben, Führungsorganisation, Führungstechniken und Führungsmitteln für die Abwicklung eines Projektes mit der Maßgabe, die am Anfang des Projektes definierten Ziele zu erreichen“ (Hemrich/Harrant 2007, S. 9).

Hemrich und Harrant betrachten das Projektmanagement als eine vor allem kreative Führungsaufgabe und nicht, wie häufig angenommen, als eine reine administrative Tätigkeit mit einer Beschränkung auf den Einsatz von einzelnen Planungs- und Überwachungsmethoden. Das Projektmanagement richtet sich nicht auf eine spezielle Projektart, Größe oder Anwendungsbereich. Die Grundsätze sind generell und flexibel einsetzbar.

Das Projektmanagement ist eine Führungskonzeption, die für die zielorientierte und effiziente Abwicklung des Projektes eingesetzt wird. Die Ziele des Projektes stehen im Zentrum; die notwendigen Führungsmittel und Methoden sollen das Erreichen des Ziels bewirken. Dabei sind die organisatorischen, methodischen und zwischenmenschlichen Aspekte zu beachten. Die fachlich-methodischen Aspekte (Planung, Controlling usw.) sind eng mit den verhaltensorientierten Aspekten (Führung, Teamentwicklung usw.) verknüpft. Das betriebliche Umfeld, die Arbeitsbedingungen und die Kunden, aber auch die Unternehmensorganisation bilden die vorgegebene Umgebung, die ein weiterer wichtiger Aspekt

des Projektmanagements ist. Es ist davon auszugehen, dass die Zusammenarbeit der Betriebs- und der Projektorganisation eine besondere Bedeutung hat (vgl. Hemmrich/Harrant 2007, S. 9, 10). Im gesamten ganzheitlichen Projektmanagement ist es wichtig, nicht nur die sachlichen, sondern auch die psychologischen Aspekte zu berücksichtigen. Negative Emotionen bringen Projekte häufiger zum Scheitern als mangelnde Ressourcen. Verzweiflung, Verunsicherung, Ärger, Angst und Frustration können die Projekte zum Stillstand bringen; daraus ergibt sich, dass das Wohlbefinden ein Schlüsselfaktor für den Projekterfolg ist.

### **2.3.2 Ziele des Projektmanagements**

Resultierend aus der Definition lassen sich folgende Ziele ableiten:

- die Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation an die speziellen Probleme und Eigenarten eines Projektes;
- die Zusammenarbeit der Beteiligten, das Delegieren der unternehmerischen Verantwortung;
- Termintreue, Kostenbegrenzung, Qualitätsverbesserung.

Die Ziele spiegeln sich in den Aufgaben des Projektmanagements wider.

### **2.3.3 Aufgaben des Projektmanagements**

Die vielfältigen Aufgaben des Projektmanagements lassen sich in drei große Bereiche einordnen:

- Problemerkfassung und Zieldefinition
- Aufbauorganisation
- Ablauforganisation

#### **2.3.3.1 Bereich der Problemerkfassung und Zieldefinition**

Zu den Aufgaben in Projektbereich zählen die Situationsanalyse und die Problemdefinition, das Abgrenzen des Projektgegenstandes sowie das Abstimmen des Projektes mit dem Projektumfeld. Im Mittelpunkt stehen das Formulieren und Koordinieren der Projektziele, die Festlegung der Prioritäten im Sinne des/der AuftraggeberIn und die Abstimmung mit übergeordneten strategischen Konzepten (vgl. Nausner 2006, S. 34 f.).

### 2.3.3.2 Bereich der Aufbauorganisation

Die Aufgaben sind hier die Gliederung des Projektes, das Erstellen des Strukturplanes und die Projektlogistik, die personelle Besetzung des Projektteams, die Teambildung, die Zuordnung der Aufgaben und das Personifizieren der Verantwortlichkeiten; zudem gehört hierher die Ermittlung der erforderlichen Ressourcen wie Aufwendungen, Kosten und Know-how (vgl. Nausner 2006, S. 34 f.).

### 2.3.3.3 Bereich der Ablauforganisation

Dieses Gebiet präsentiert sich durch die Aufgaben wie folgt: das Festlegen und Abgrenzen der Projektphasen, der aufeinanderfolgenden und parallelen Teilaufgaben und Planungsschritte, das Terminisieren der Planungsschritte und die Überwachung der Termine, die Budgetierung, die Disposition der Ressourcen, die Kapazitätssicherung und -steuerung, die Gestaltung der Arbeitsorganisation und des Informationswesens sowie das Vorbereiten und die Koordination der Entscheidungsprozesse. Eine wichtige Aufgabe liegt darin, das Risiko rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Nicht zu vergessen sind das Prüfen und die Präsentation der Ergebnisse sowie deren Verteidigung (vgl. Nausner 2006, S. 34 f.).

## 2.3.4 Wissensgebiete des Projektmanagements

Die Vielfalt der Aufgaben spricht für ein breites Spektrum der Wissensgebiete des Projektmanagements. Das gesamte Wissen, das erforderlich ist, um eine erfolgreiche Abwicklung des Projektes zu bewältigen, wird oftmals in neun Unterkategorien eingeteilt:

### 2.3.4.1 Qualitätsmanagement

Das projektspezifische Qualitätsmanagement umfasst die strategische und die operative Qualitätspolitik: die Qualitätsplanung, die Qualitätsstandards der Projektprozesse, die Dokumentation der Arbeiten und das Überwachen der Ergebnisse, die Qualitätslenkung und die Qualitätssicherung (vgl. Nausner 2006, S. 35 ff.; <http://projektmanagement-definitionen.de> [25.02.2013]).

#### 2.3.4.2 Risikomanagement

Das projektspezifische Risikomanagement beinhaltet die qualitative und quantitative Risikoanalyse, die Risikoidentifikation, präventive Maßnahmen und Notfallkonzepte sowie die Risikoüberwachung, -verfolgung und -steuerung (vgl. Nausner 2006, S. 34 f.).

#### 2.3.4.3 Kommunikationsmanagement

Dieses Teilgebiet des Projektmanagements setzt sich aus folgenden Inhalten zusammen: rechtzeitiges und sachgerechtes Erzeugen, Sammeln und Verteilen, Weitergabe, Speichern sowie Abrufen und Verwenden von Projektinformationen. Dazu gehören weitere Prozesse wie Kommunikationsplanung, Bestimmen der Informations- und Kommunikationsbedürfnisse, Informationsverteilung, Fortschrittsberichtswesen, Stakeholdermanagement sowie administrativer Projektabschluss (vgl. ebd.).

#### 2.3.4.4 Terminmanagement

Das Terminmanagement überwacht die Einhaltung des Zeitrahmens und beschreibt die Prozesse bezüglich der termingerechten Fertigstellung des Projektes (vgl. ebd.)

#### 2.3.4.5 Kostenmanagement

Folgende Prozesse charakterisieren dieses Gebiet: das Entwickeln einer Kostenschätzung (auch der benötigten Einsatzmittel), die Kostenplanung, eine Aufstellung der geschätzten Kosten der einzelnen Vorgänge/Arbeitspakete, um eine Kostenbasislinie zu erstellen, die Budgetierung und das Steuern der Änderungen am Projektbudget (vgl. ebd.).

#### 2.3.4.6 Integrationsmanagement

Das Integrationsmanagement stellt die Integration des Projektes sicher und umfasst die für den Abschluss von Projekten entscheidenden integrativen Maßnahmen, die erfolgreiche Erfüllung der Anforderungen von Kunden und anderer Stakeholder sowie den Umgang mit den Erwartungen. Die Beteiligten und die Betroffenen werden in entsprechender Weise einbezogen. Zu den Prozessen

gehören: das Entwickeln des Projektauftrages, das Entwickeln der vorläufigen Beschreibung des Projektinhalts und -umfangs, das Entwickeln des Projektmanagementplans, das Lenken der Projektausführung, die Überwachung und Steuerung der fortschreitenden Projektarbeit, die integrierte Änderungssteuerung und das Abschließen des Projekts (vgl. Nausner 2006, S. 35 ff.; <http://projektmanagement-definitionen.de> [25.02.2013]).

#### 2.3.4.7 Personalmanagement

Das Personalmanagement bezieht sich auf die Zusammenstellung, Entwicklung und Leitung des Projektteams. Das Ziel ist es, die Arbeitsleistung im Team und damit den Projekterfolg zu erhöhen. Das Personalmanagement im Rahmen der Projekte setzt sich aus folgenden Tätigkeiten zusammen: die Ermittlung des Personalbedarfs, also der Zahl der Teammitglieder, die für die Erfüllung der Projektaufgaben notwendig sind, die Erstellung eines Personalmanagementplans (die Festlegung der Rollen und Aufgabenverantwortlichkeiten der einzelnen Teammitglieder, die Kommunikationsregelung im Team), das Rekrutieren von Teampersonal, die Teamentwicklung (die einzelnen Teammitglieder oder das gesamte Projektteam können die Kompetenzen verbessern und es wird die reibungslose Zusammenarbeit im Team gefördert), die kontinuierlichen Leistungsrückmeldungen an die Teammitglieder und die Teamleitung (die Beobachtung und Beurteilung der Team- und Einzelleistungen, das Einschreiten bei Problemen und die Entscheidungen über projektbezogene personelle Änderungen während des Projektverlaufs) (vgl. ebd.).

#### 2.3.4.8 Inhalts- und Umfangmanagement

Das Inhalts- und Umfangmanagement ist ein Teil des Projektplans. Folgende Prozesse zeichnen dieses Gebiet aus: die Planung und Definition des Inhalts und Umfangs, das Verifizieren und die Steuerung von Inhalts- und Umfangsänderungen (vgl. ebd.).

#### 2.3.4.9 Beschaffungsmanagement

Das Beschaffungsmanagement umfasst das Vertragsmanagement und die Prozesse zur Änderungssteuerung, die für die Ausführung der Verträge und

Bestellungen erforderlich sind, die Integration und die Zusammenarbeit mit den Partnern und Lieferanten, die Angebotsplanung und -einholung sowie die Lieferantenauswahl (vgl. Nausner 2006, S. 35 ff.; <http://projektmanagement-definitionen.de> [25.02.2013]).

Alle Teilbereiche zusammen bilden das Projektmanagement. Seine einzelnen Aufgaben sind auf diese Inhalte ausgerichtet und betreffen dabei etliche Wissensgebiete, die sich über das gesamte Projekt ausdehnen und phasenspezifische Schwerpunkte haben. Das Projektmanagement ist demnach eine bewusste Gestaltung des Projektgeschehens.

### **2.3.5 Erfolgsfaktoren**

Das häufige Scheitern von Projekten ist ein Grund anhaltender Diskussionen um die Erfolgsfaktoren von Projekten. Als wesentliche Faktoren werden dabei oft Mängel im Projektmanagement, Fehler und Probleme beim Projektstart sowie eine mangelnde Berücksichtigung der weichen oder auch sozialen Faktoren genannt.

#### **2.3.5.1 Erfolgsfaktoren eines Projekts**

Was muss geschehen, damit die Projekte erfolgreich sind?

Projekte verursachen in einer Organisation in Form eines Projektbudgets der personellen, technischen und materiellen Ressourcen bestimmte Investitionen. Um diese begründen zu können, ist nach dem Abschluss des Projekts eine positive Veränderung für das Unternehmen und dessen Umfeld erforderlich. Der Profit des Projekts muss die Investitionen in dasselbe möglichst übertreffen. Ein Projekt ist für ein Unternehmen nur dann erfolgreich, wenn die definierten Projektziele erreicht und die geplanten Ressourcen in Form des Budgets, der Kapazität oder der Zeit eingehalten oder unterschritten wurden (vgl. Keßler/Vinkelhofer 2004, S. 14).

#### **2.3.5.2 Erfolgsfaktoren eines Projektmanagements**

Das professionelle Projektmanagement ist als ein zentrales Kriterium für den Erfolg von Projekten zu betrachten. Nach Bergmann und Garrecht (2008) liegen die Erfolgsfaktoren des Projektmanagements insbesondere in der genauen

Beschreibung der Projektziele sowie in deren Kommunikation an alle Projektbeteiligten. Eine der Komplexität des Projekts angepasste Planung und Organisation sind genauso notwendig. Die Projektschritte, Meilensteine und Projektstandards sollen klar definiert werden. Die Erwartungen in Bezug auf die Einhaltung des Zeit- und Budgetrahmens müssen realistisch sein. Weitere Erfolgsfaktoren sind das fachlich kompetente und in Projektmanagementtechniken geschulte Personal sowie eine professionelle Projektleitung mit eindeutiger Zuordnung von Aufgaben, Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten. In der Projektkoordination und der Projektmatrixorganisation sind die Transparenz und ein kooperativer Führungsstil besonders wichtig. Der Einsatz problemadäquater Methoden und Hilfsmittel, ein projektspezifisches, antizipativ orientiertes Risikomanagement und die Unterstützung des/der ProjektauftraggeberIn tragen zum erfolgreichen Gelingen des Projekts bei (vgl. Bergmann/Garreht 2008, S. 234 f.). Das Projektmanagement leistet einen großen Beitrag zur Erfolgsicherung des Projekts, dessen Erfolg gleichzeitig von der Unternehmensstrategie und der Wettbewerbssituation beeinflusst wird. Der Erfolg des Projekts wird nicht nur durch das perfekte Beherrschen und Anwenden der Projektmanagementmethodik bestimmt, sondern es wirken auch die persönlichen Eigenschaften, Talente und Kompetenzen aller Beteiligten darauf ein.

## **2.4 Projektlauf**

Um ein Projekt erfolgreich ausführen zu können, ist es erforderlich, die entsprechenden Arbeitsbedingungen, den realistischen Projektlauf und eine angemessene Projektorganisation zu schaffen. Von großer Bedeutung für die Fortschrittskontrolle sind die Unterteilung des Projekts in definierte Phasen sowie das Setzen der Meilensteine. Infolgedessen besitzt die Definition der Projektphasen eine hohe Priorität. Eine Phase ist die Gesamtheit aller Tätigkeiten in einem festgelegten Zeitraum; sie führt zu einem definierten Zwischenergebnis oder Meilenstein. Die tatsächlichen Phasen und Meilensteine sind spezifisch für die Art des Projektes. Die Voraussetzungen für die Definition des Projektlaufes sind: Das Vorhaben ist als ein Projekt definiert, das Ziel ist definiert und die Wünsche der Kunden sind bekannt (Hemrich/Harrant 2007, S. 17). Der Projekt-



managementprozess ist ein Verwaltungsprozess der Planung und Steuerung der Leistungen oder der Durchführung eines Projekts. Er erfolgt in fünf Phasen, die jedes Projekt umfassen: Initiierungsphase, Vorlaufphase, Planungsphase sowie Realisierungs- und Abschlussphase. Eine bewusste Gestaltung aller Phasen unter Nutzung der verfügbaren Instrumente trägt zu einem erfolgreichen Projektverlauf bei.

### **2.4.1 Initiierungsphase**

Eine Idee, ein Wunsch, ein Problem oder eine neue Aufgabestellung können die „Geburtsstunde“ eines Projekts sein. Die Initiierungsphase dient der Ideensammlung, der Ideengewinnung und der Projektvorbereitung. In dieser Phase werden die Grundlagen für den Projekterfolg gelegt. Im ersten Schritt muss die Frage geklärt werden, inwieweit die Idee oder das Thema projektwürdig sind und ob die Rahmenbedingungen eines Projekts erfüllt. Dies wird durch eine Kontrolle der allgemeinen Kriterien eines Projekts (siehe 2.1 Begriff „Projekt“ – Definition) und der unternehmensspezifischen Merkmale des Projekts ermittelt. Die unternehmensspezifischen Merkmale der Projektwürdigkeit sind: die strategische Relevanz, die Dauer, der Ressourcenbedarf und die involvierte Anzahl der MitarbeiterInnen. Ist die Überprüfung der Kriterien positiv ausgefallen, dann kann der nächste Schritt – die Vorlaufphase – beginnen (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 2 ff.).

### **Vorgangsweise im Projekt**

Im Februar 2012 fand der erste Projekttag statt, in dessen Verlauf die Ziele und Rahmenbedingungen für das Gruppenprojekt durch Frau Mag. Bruckmüller präsentiert wurden. Die inhaltliche Zielsetzung wurde wie folgt definiert:

- Entwicklung von Zukunftsperspektiven
- Finden des Managementthemas
- Umsetzungsrelevanz in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
- Kooperationsförderung und Vernetzung
- Öffentlichkeitsarbeit für die Pflege

Die Themensuche wurde anhand der Zielsetzung und mithilfe der Methode „Nordic Talking“ durchgeführt. Die einzelnen Coachinggruppen gingen dreißig Minuten spazieren. Die Person in der Mitte sprach über ihr Thema. Die beiden Kolleginnen an den Seiten dienten als „Stöcke“ und boten eine Klärungs- und Erkundungshilfe an; danach wurden die Rollen getauscht. Währenddessen wurden die Visionen und Ideen gesammelt. Zunächst durfte „gesponnen werden“. Bei der Suche nach einem interessanten Thema halfen die verschiedenen Inputs aus den Unterrichtseinheiten des Lernganges sowie die Fragen aus dem Arbeitsauftrag. Im Anschluss wurden die gesammelten Projektideen der Gruppe visualisiert und auf die Projektwürdigkeit hin überprüft. Dabei wurden folgende Faktoren ermittelt:

- Entsprechen die Themen der vorgegebenen Zielsetzung und den Rahmenbedingungen?
- Ist ein Nutzen für die Systempartner vorhanden?
- Wie groß ist der Aufwand?
- Sind die Themen projektwürdig?

Insgesamt wurden neun Projektideen als Thema zur Weiterbearbeitung freigegeben. In der Coachinggruppe (Anna Mair, Martina Rasser, Katarina Bedlan) entstanden zwei Projektideen: Die Idee des Werbespots „Pflege“ stammt von Martina Rasser. Anna Mair und die Autorin dieses Abschnitts sind in der Langzeitpflege tätig. Infolgedessen war man sich bei der Idee „Angehörigenarbeit bei Demenzkranken“ sofort einig. Es gibt zahlreiche Informationen zum Thema „Angehörigenarbeit“ im Allgemeinen sowie zum Thema „Pflegerische Angehörige der Demenzkranken in der häuslichen Pflege“, jedoch ist die Spezialisierung auf die Angehörigen der Demenzkranken im stationären Bereich kaum präsent; dem galt großes Interesse. Das Thema ist in Anbetracht der demografischen Entwicklung hinsichtlich des Alterns der Gesellschaft und der stetig wachsenden Anzahl der Demenzerkrankungen sehr zukunftsorientiert. So stand die Frage im Raum: Ist das es ein Managementthema? Die Antwort lautete: Ja, denn die Implementierung der Angehörigenarbeit in die Organisation bedarf gewisser Voraussetzungen und Rahmenbedingungen vonseiten der Organisation. Das Erkennen und die Erfüllung der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen obliegen der Managementebene.

Begründet ist auch die Umsetzungsrelevanz in den Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Das Gleiche gilt für die Kooperationsförderung und die Vernetzung. Die Angehörigenarbeit ist interdisziplinär und fördert eine optimale Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und dem Personal der Einrichtung sowie den Ärzten und Behörden. Der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit für die Pflege ist ebenfalls vorhanden. Zufriedene Angehörige sind die besten Werbeträger für die jeweilige Einrichtung.

## **2.4.2 Vorlaufphase**

Der Folgeschritt im Projektablauf ist die Vorlaufphase, mit der das Projektmanagement beginnt. Die Vorlaufphase ist durch Maßnahmen, welche das Projekt organisatorisch und formal begründen, charakterisiert und hat folgende Inhalte:

- Grobdefinition
- Erstellen einer Umfeldanalyse und einer Risikoanalyse
- Zusammenstellen des Projektteams, Ermittlung und Zuordnung der Funktionen im Projektteam (Projektteam, Projektleitung, Planungsteammitglied, Projektberatung)
- Vereinbarung der gemeinsamen Spielregeln der Zusammenarbeit,
- Erarbeiten und Erstellen des Projektauftrages
- Bestimmung der Projektdokumentation und Information
- Projektstart

Im Zentrum dieser Phase steht die „Problemorientierung“, also die Frage nach dem „Was ist zu tun?“ (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 6).

### **2.4.2.1 Grobdefinition des Projektes**

Die Grobdefinition für ein Projekt wird mithilfe der sechs „W-Fragen“ erarbeitet und erstellt. Sie dient der ersten Charakterisierung des Projektes. Die Basis für die Charakterisierung sind die bis zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Informationen. Die sechs „W-Fragen“ lauten wie folgt:

- Warum? (Anlassfall, Auslöser, Beweggrund)
- Was? (Ziele, Nichtziele)
- Wo? (Bereiche, Abteilungen, Standorte)

- Wer? (ist an der Lösung interessiert, ist von der Lösung betroffen, für die Lösung verantwortlich)
- Wann? (Beginn, Ende, Zwischentermine)
- Womit? (Ressourcen).

Die bedeutendste Fragestellung ist das „Was“, also die Formulierung der Ziele und Nichtziele. Das Projektziel beschreibt den Zustand, der am Ende eines Projekts erreicht werden soll. Die Beschreibung der Ziele im Zusammenhang mit dem Projektmanagement erfolgt durch die Präzisionsfragen: „Woran erkenne ich, dass ich das Ziel erreicht habe?“, „Woran lässt sich die Zielerreichung feststellen?“ und „Liegt die Zielerreichung in meinem Einflussbereich?“ (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 7).

### **Vorgangsweise im Projekt**

Als Vorbereitung für den zweiten Projekttag wurde am ersten Tag eine Aufgabe erteilt. Jede Gruppe sollte eine Grobdefinition samt einer Visualisierung erstellen. Am zweiten Projekttag im März 2012 wurden die Grobdefinitionen der neun Themen den gesamten TeilnehmerInnen präsentiert.

Grobdefinition des Projekts: Angehörigenarbeit bei Demenzkranken:

Der Name des Projektes „Angehörigenarbeit bei Demenzkranken“ war vorerst ein Arbeitstitel. Nach dem Projektantrag wurde der Titel klarer und präziser ausgearbeitet. Die ersten detaillierten Überlegungen und der Informationsstand in Bezug auf das Thema „Angehörigenarbeit bei Demenzkranken“ wurden mittels der sechs W-Fragen verfasst und in Form einer PowerPoint-Präsentation visualisiert. Die Verfassung der Grobdefinition lautete:

Warum?

- Die Angehörigen haben oftmals ein mangelndes Wissen bezüglich der Demenz.
- Die Angehörigen sind unzureichend über die Krankheit und deren Verlauf aufgeklärt.
- Die Überforderung der Angehörigen, das Verneinen und die Verzweiflung sind eine hohe psychische Belastung.

- Hilfen durch diverse Selbsthilfegruppen oder Vereine werden nicht oder nur wenig angenommen.
- Die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und dem Pflegepersonal ist erschwert.

#### Was?

- Gespräche mit den Angehörigen und dem Pflegepersonal.
- Erhebung im Bereich der Angehörigen: der Wissensstand und die Aufklärung, das Interesse für Hilfsangebote; wenn nicht/warum? Was brauchen sie, was belastet sie?
- Erhebung im Bereich des Pflegepersonals: der Wissensstand bezüglich der Angebote für die Angehörigen. Wo sehen/erfahren sie Konfliktfelder? Was brauchen sie, was belastet sie?
- Das Wozu und der Nutzen: Den Angehörigen ist das Krankheitsbild bekannt; sie wissen, wo sie Unterstützung erhalten und können diese annehmen. Das Pflegepersonal erkennt die Überforderung der Angehörigen und kann individuell darauf eingehen. Der Nutzen für die BewohnerInnen besteht in einem wertschätzenden und entspannten Miteinander.
- Die Ziele und Ergebnisse: Die Informationen von den Angehörigen und dem Pflegepersonal werden gesammelt und ausgewertet. Ein Konzept wird erstellt, dessen Inhalte im Bereich der Angehörigen die Informationsschritte sowie ein Angebotspool sind. Des Weiteren sind es Angebote und Schulungen für das Pflegepersonal. Die Erfolgsmessung erfolgt durch Kennzahlen, zum Beispiel „Anzahl der Fortbildungen“, „Anzahl der von den Angehörigen angenommenen Hilfeleistungen“ und durch die Zufriedenheitserhebung.

#### Wo?

- Schwerpunkt: Pflegeheim
- Regional: Niederösterreich, Tirol

#### Wer ist interessiert/betroffen?

- Angehörige, BewohnerInnen, Pflegepersonal, Ärzte
- Krankenhäuser, soziale Einrichtungen und Hauskrankenpflege

- Selbsthilfegruppen
- Fortbildungsinstitute

Wer ist verantwortlich?

- Die Projektleiterin, das Projektteam und der Auftraggeber IBG

Wann?

- Beginn: April 2012
- Meilensteine: Befragung, Internet- und Literaturrecherche, Auswertung, Konzepterstellung
- Ende: Mai 2013 mit Abgabe der Abschlussarbeit

Womit? (Ressourcen)

- Zeitressourcen
- Interviews, Fragebogen für Angehörige und Pflegepersonal
- Interviews, Fragebogen für Selbsthilfegruppen und Ärzte
- Internet- und Literaturrecherche
- Auswertung und Interpretation
- PC, Papier, Internetzugang

#### 2.4.2.2 Umfeld- und Risikoanalyse

Die Projektumfeldanalyse dient dem systematischen Erfassen aller relevanten Einflussfaktoren auf das Projekt. Folglich kann bereits am Anfang eingeschätzt werden, welche Interessengruppen die Projektziele und den Ablauf in eine bestimmte Richtung lenken, oder auch welche Schwerpunkte und Anforderungen im Projekt zu erfüllen sind, um die Unterstützung desselben durch die Umfeldgruppe zu erlangen. Aus der Erhebung und Analyse der Interessengruppen lassen sich auch die Risiken für den Projektablauf abschätzen. Gelegentlich kann dies einen Stopp für das Projektvorhaben bedeuten, aber es kann auch eine Verstärkung der Idee bewirken, da die eingeschätzte Risikolage eine veränderte Sichtweise erfordert. Gerade vor einem Projektbeginn ist es wichtig, die Chancen in Bezug auf die Idee zu erkennen und zu bewerten.

Zusammengefasst lauten die Ziele der Umfeld- und Risikoanalyse:

- ganzheitliche und frühzeitige Erfassung aller Einflussfaktoren auf das Projekt;
- frühes Erkennen der Potenziale und Problemfelder;
- Beurteilung der Wirkung auf die Projektdurchführung;
- Verbesserung der Kommunikation im Projekt durch die grafische Darstellung von Umfeldbeziehungen;
- Ableitung von Strategien und Maßnahmen, die die Umfeldbeziehungen optimieren.

Die Identifikation des Projektumfeldes ist eine ganzheitliche und systematische Auflistung aller Umfeldgrößen, die einen Einfluss auf das Projekt haben. Dabei kann zwischen organisatorisch-sozialen und sachlich-inhaltlichen Einflussgrößen unterschieden werden.

Die organisatorisch-sozialen Einflussgrößen teilen sich in zwei Gruppen:

- unternehmensinterne Gruppe (Geschäftsführung, interne Projektauftraggeber, Projektleiter, Projektteam, vom Projekt betroffene Abteilung oder betroffener Servicebereich, formale Entscheidungsträger, informelle Entscheidungsträger und Meinungsbildner, gelegentlich Mitwirkende aus dem Unternehmen)
- unternehmensexterne Gruppe (Kunden, Auftraggeber, Finanzier, Nutzer, Betreiber, Projektleiter und Projektteam beim Kunden, Partnerfirmen, Lieferanten, Mitbewerber, Behörden, Politiker, Medien, Öffentlichkeit, Anrainer...)

Die sachlich-inhaltlichen Einflussgrößen sind gleichzeitig laufende Projekte, Routineaufgaben des Unternehmens, technologische Entwicklung, gesetzliche Rahmenbedingungen, Know-how, Arbeitsmarkt, Wetterbedingungen etc. Der Einfluss der einzelnen Umfeldgruppen sowie die generelle Einstellung der sozialen Umfeldgruppen zum Projekt sind zwei bedeutende Konstanten für die Analyse (vgl. Patzak/Rattay 2009, S. 93–104).

## Vorgangsweise im Projekt

Bevor die endgültige Entscheidung fiel, welches der Projekte auch durchgeführt werden sollte, bekam das Team einen weiteren Arbeitsauftrag: die Durchführung der Umfeld- und Risikoanalyse bei den neun angedachten Themen. Für das Thema „Angehörigenarbeit bei Demenzkranken“ wurden die Risiken in einer Zweiergruppe (Anna Mair und Katarina Bedlan) besprochen und mithilfe des Umfeldportfolios bewertet und kritisch reflektiert. In der Umfeldanalyse wurde die Konzentration auf die drei sozialen Einflussgrößen „Angehörigen“, „Pflegepersonal“ und „ÄrztInnen“ gelegt, da sie die meiste Wirkung auf den Projekterfolg haben beziehungsweise den Mittelpunkt des gewählten Themas bilden. Eine positive Einstellung der Geschäftsführung sowie der Verwaltung der jeweiligen Einrichtungen zum Thema wurde vorausgesetzt, da sich die Einstellung der Angehörigen und des Pflegepersonals gegenüber dem Projekt sehr stark auf den Ablauf und Erfolg des Projekts auswirkt. Die Auswirkung der Einstellung der ÄrztInnen auf das Projekt ist im Vergleich geringer, da sie wesentlich weniger direkten Kontakt zu den Angehörigen haben und somit eine zwar wichtige, aber nur untergeordnete Rolle in der Angehörigenarbeit spielen. Auch in der Risikoanalyse galt die Aufmerksamkeit den drei genannten Einflussgrößen und den damit verbundenen Risikofaktoren.

Risiken	Eintrittswahrscheinlichkeit	Auswirkung/Schaden	Maßnahmen
Keine Interesse seitens der Angehörigen	50 %	Fehlende Hauptinformationen	Durch gute Argumentation Interesse wecken
Das Pflegepersonal und die ÄrztInnen wollen nicht oder haben keine Zeit	50 %	Fehlende Hauptinformationen	Durch gute Argumentation Interesse wecken
Zeitfaktor bei den Interviews	60 %	Die Angehörigen fühlen sich durch ein kurzes Gespräch nicht ernst genommen.	Den Zeitraum gleich zu Beginn des Gespräches vorgeben, einen Leitfaden für die Interviews erstellen
Falsche Fragestellung	10 %	Fehlende Hauptinformationen	Erlernte Methodik

Tabelle 1: Risikoanalyse



Anschließend wurden die Ergebnisse und deren Auswertung visualisiert und allen TeilnehmerInnen präsentiert. Die Durchführung und die Präsentation der Umfeld- und Risikoanalyse waren für die Entscheidung von Bedeutung. Alle projektwürdigen Themen, die die Umfeld- und Risikoanalyse bestanden hatten, wurden noch einmal in der gesamten Gruppe diskutiert. Die endgültige Auswahl der Projektthemen erfolgte durch eine Punktevergabe durch alle LerngangteilnehmerInnen für die einzelnen Themen. Am Ende standen zwei Themen fest:

- Pflegezukunft: Teilzeitmodelle
- Angehörigenarbeit bei Demenzkranken

Der Projektabschluss event ist von Beginn an durch das IBG vorgegeben und beschäftigt sich mit der Planung und Durchführung der Abschlussveranstaltung des Lernganges „Pflegermanagement 2011 – 2013“.

#### 2.4.2.3 Projektorganisation

Um ein Projekt starten zu können, bedarf es einer Projektstruktur. Diese beinhaltet folgende Instanzen und Funktionen: den/die AuftraggeberIn, die Projektleitung, das Projektteam und im Bedarfsfall den/die ProjektberaterIn (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 8).

##### 2.4.2.3.1 *Projektteam*

„Projekte werden von Menschen gemacht“ – diese oft gehörte Aussage birgt die Erkenntnis, dass es für einen erfolgreichen Projektablauf und die Projektzieelerreichung nicht ausreichend ist, nur einen passenden methodischen Ansatz zu wählen, sondern dass es auch auf die beteiligten Menschen, die Motivation und deren Befähigung, das anstehende Projekt zum Erfolg zu bringen, ankommt.

Nach <http://www.duden.de/rechtschreibung/Team#Bedeutung1> [24.03.2013] gilt der Begriff „Team“ für Gruppe von Personen, die gemeinsam an einer Aufgabe arbeiten oder Mannschaft zu verstehen.

Ein Team ist eine Gruppe von Menschen, die an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Dazu nutzen sie unterschiedliche Stärken und vorhandene Ressourcen. Dies erfolgt in einer strukturierten Form und wird über Struktur und Prozess reflektiert. Der Begriff „Team“ wird in der Praxis in unterschiedlichen Bedeutungen

verwendet. Zur Bewältigung von Projekten werden zeitlich befristete Projektteams gebildet, das heißt für die Dauer der Aufgabe bis zum Erreichen des vorgegebenen Ergebnisses, der Zielerreichung. Gemäß <http://de.wikipedia.org/wiki/Team> [24.03.2013] befasst sich ein Projektteam mit neuartigen Aufgaben, die also keine Routine sind, eine hohe Bedeutung für das Unternehmen haben, viele Ressourcen in Anspruch nehmen, bereichsübergreifend sind und klar definierte Zeit-, Inhalts- und Kostenziele haben. Ob die Projektziele erreicht werden, hängt primär von der Zusammenarbeit der Projektteammitglieder ab. Ein Projektteam, in dem die Konzentration den Projektzielen gilt, ist wesentlich produktiver als eines, in dem die Energie für die Lösung zwischenmenschlicher und teaminterner Probleme vergeudet wird. Der Teamentwicklungsprozess, beginnend mit der Zusammenstellung der einzelnen MitarbeiterInnen zu einer Projektgruppe bis zur optimalen Zusammenarbeit als Team, ist hier entscheidend (Hemrich/Harrant 2007, S. 62 f.). In der Praxis werden drei Varianten zu Ermittlung und Ernennung des Projektteams angewendet:

- die Bestimmung durch die jeweiligen Projektauftraggeber,
- die Bestimmung des Projektteams durch die Projektleitung,
- die Bestimmung durch die Projektleitung und/oder AuftraggeberInnen aufgrund eines „Bewerbungsverfahrens“.

Für den Projekterfolg ist die dem Projekthalt entsprechende Teamzusammensetzung von großer Bedeutung. Die erforderlichen Interessenlagen und die nötigen Qualifikationen sowie die vier Kompetenzbereiche „Fach-“, „Sozial-“, „Entscheidungs-“ und „Anwendungskompetenz“ sollten im Projektteam vertreten sein. Die Projektteammitglieder sollen gemeinsam fachlich, kommunikativ und kapazitätsmäßig in der Lage sein, die Anforderungen des Projekts zu erledigen und zu erfüllen. Die Verfügbarkeit der Teammitglieder ist ein weiteres Kriterium, welches für die Effizienz des Teams bedeutend ist (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 14 f.).

Die Aufgaben der Projektmitglieder sind wie folgt:

- eigenverantwortliches Ausführen der zugeteilten Aufgaben,

- schriftliche Dokumentation der Arbeitsergebnisse,
- Auskunft über den Arbeitsfortschritt gegenüber der Projektleitung,
- Entwicklung einer raschen Lösung bei fachlichen Problemen im Team,
- Anwesenheit an Projektteamsitzungen.

Die Verantwortung der Projektmitglieder liegt in der termingerechten, fachlich einwandfreien Fertigstellung der Arbeitspakete, der Qualitätssicherung der eigenen Arbeitsergebnisse und der Sicherstellung. Die Arbeitsergebnisse entsprechen der Gesamtprojektlösung im Erkennen von Risiken. Ferner informieren die Projektmitglieder die Projektleitung, falls eine Termin- oder Aufwandsüberschreitung droht.

### **Vorgangsweise im Projekt**

Der nächste Schritt war die Zuordnung der TeilnehmerInnen zu den einzelnen Projekten. Dies erfolgte auf der Basis der Freiwilligkeit und der persönlichen Interessen. Einige TeilnehmerInnen beendeten im Juni 2012 den Lerngang; sie wurden als sogenannte „Planungsteammitglieder“ in die Projekte mit einbezogen und hatten die Aufgabe, ihre Erfahrungen und Kenntnisse in die weiteren Planungsschritte aktiv einzubringen und diese mitzugestalten.

Das Projektteam des Projektes „Angehörigenarbeit bei Demenzkranken“ bestand aus fünf Projektteammitgliedern: Anna Mair, Sr. Valentina Rupnik, Hermine Schneeberger, Stefan Unterlechner und Katarina Bedlan sowie dem Planungsteammitglied Monika Zwirchmayer.

Die Devise lautete: „Zusammenkunft ist Anfang, Zusammenhalt ist ein Fortschritt, zusammenarbeiten ist der Erfolg“ (Henry Ford).

Anna Mair – Pflegedienstleitung *Altersheim Ebbs*; sie verfügt über eine 28-jährige Berufserfahrung in der Pflege und führt das Heim seit drei Jahren dual mit dem Heimleiter im partizipativen Führungsstil. Anna ist tolerant, kompromissbereit, zielstrebig, wertschätzend und offen für Neues.

Sr. Valentina Rupnik – stellvertretende Pflegedienstleitung im *Pflegeheim der Schulschwestern vom Heiligen Franziskus Bleiburg*; sie ist seit 2007 in der Pflege

tätig. Die Schwester Valentina ist empathisch, pflichtbewusst, kommunikativ, sorgfältig, kreativ, hilfsbereit und flexibel, sie kann gut zuhören.

Hermine Schneeberger – Bereichsleitung *Krankenhaus der Elisabethinen Linz*. Sie arbeitet seit 18 Jahren in der Pflege, seit 2005 in leitender Position. Hermine ist kreativ, lösungsorientiert, verantwortungsbewusst und kritikfähig, kann gut zuhören und brilliert durch eine humorvolle Kommunikation.

Stefan Unterlechner – Bereichsleitung *Privatklinik Sanatorium der Kreuzschwestern Hochrum*. Er ist seit 23 Jahren in der Pflege tätig, davon zehn Jahre in der Leitung. Stefan hat ein ausgeprägtes Organisationstalent, ist offen, ehrlich und sehr kommunikativ, er kann die MitarbeiterInnen erfolgreich motivieren, reagiert schnell und zielgerecht auf die Veränderungen.

Katarina Bedlan – Stationsleitung und stellvertretende Pflegedienstleitung der *Marienheim Betriebs GesmbH, Klosterneuburg*. Die Autorin hat 25 Jahre Berufserfahrung und ist seit zwölf Jahren in der Leitung. Ihre Stärken sind: strukturiertes und lösungsorientiertes Denken, Kommunikation und Menschenkenntnis. Ich bin zielstrebig, offen, kreativ, ich kann die Menschen motivieren und begeistern.

#### 2.4.2.3.2 Projektleitung

Eine der bedeutendsten Entscheidungen im Projekt ist die Wahl der Projektleitung. Sie übt einen entscheidenden Einfluss auf Erfolg oder Misserfolg des Projekts aus. Die Auswahl der Projektleitung kann durch folgende Verfahren stattfinden: Ernennung durch den Projektauftraggeber/die Projektauftraggeberin, Ermittlung durch freie Ausschreibung der Funktion oder Ermittlung durch Wahl seitens der Projektmitglieder (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 9 f.). Die Funktion des Projektleiters fordert den Menschen ganzheitlich. Die Leitung eines Projekts ist interessant, aber durch die unzähligen zu treffenden Entscheidungen auch schwierig. Grundvoraussetzungen sind neben den Fachkenntnissen, dem Beherrschen der Projektmanagementmethodik und -technik, deren Anwendung und der Erfahrung in der Projektarbeit auch das unternehmerische Denken, das Integrationsvermögen und der Wille zum Führen. Hierbei spielt die Persönlichkeit des/der ProjektleiterIn eine wesentliche Rolle. Die Projektleitung sollte logisch-

analytisch denken können, kontaktfähig, kommunikativ, kreativ und flexibel sein und eine große Einsatzbereitschaft besitzen; durch eine hohe soziale Kompetenz kann sie die Teammitglieder führen, motivieren und begeistern, Konflikte lösen und damit eine echte Teamarbeit ermöglichen (vgl. Erichsen et al. 1999/2000, S. 13). Überraschend auftretende Schwierigkeiten, der Termin- und Zeitdruck sowie der Umgang mit Widerständen sind Phänomene, die während eines Projekts mehrfach zu bewältigen sind. Ungeachtet der unklaren Situation und der unvollständigen Informationen sowie widersprüchlicher Interessen sollte die Bereitschaft, Entscheidungen zu treffen, vorhanden sein. Daraus resultierend sind die psychische und physische Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit weitere essentielle Voraussetzungen, denn die Aufgaben der Projektleitung sind darauf ausgerichtet, die Projektziele zu erreichen. Zu den wesentlichen Aufgaben zählen:

- die Formulierung des Projektauftrags
- die Festlegung der Projektstruktur nach Rücksprache mit dem/der ProjektauftraggeberIn
- die Auswahl des Projektteams
- die Führung des Teams
- die Delegation der Aufgaben
- die Einrichtung des Planungs- und Controllingsystems
- die Vorbereitung und Herbeiführung von Entscheidungen

Die Projektleitung ist für die Planung des Gesamtprojektes, der Sicherstellung von Informationen und Dokumentationen sowie die Übergabe des Projektergebnisses an den/die AuftraggeberIn verantwortlich (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 11 f.).

### **Vorgangsweise im Projekt**

Die Ermittlung der Projektleitung für die drei Projekte erfolgte durch eine Wahl vonseiten der Projektmitglieder. Als Projektleiterin der Projektgruppe „Angehörigenarbeit bei Demenzkranken“ wurde einstimmig die Autorin des aktuellen Abschnitts, Katarina Bedlan, gewählt.

Die jeweiligen drei Projektleiterinnen Martina Asen, Evelyne Peinsipp und Katarina Bedlan gründeten die Steuerungsgruppe. Diese sollte die Teilprojekte unter-

einander koordinieren, sich gegenseitig austauschen, unterstützen und motivieren. Eine weitere Aufgabe der Mitglieder der Steuerungsgruppe ist die Informationsweitergabe bezüglich des Abschlussevents in den Teilprojekten. Die Steuerungsgruppe traf sich regelmäßig am Dienstag eines jeden Seminarblocks.

#### 2.4.2.3.3 *Funktion des/der AuftraggeberIn*

Die Aufgaben des/der AuftraggeberIn im Kontext des Projektmanagements sind die Ernennung der Projektleitung und des Projektteams, die Erteilung des Projektauftrages, die Bereitstellung der vereinbarten Ressourcen, das Projektcontrolling und im Anlassfall das Krisenmanagement. Der/die AuftraggeberIn beteiligt sich aktiv am Projektstart und am Projektabschluss, trifft Entscheidungen, stellt Informationen bereit und gibt eine Rückmeldung zum Projekt an das Projektteam. Der/die AuftraggeberIn ist für die „Entlassung“ des Projektteams zuständig und leitet das Lenkungsgremium.

#### 2.4.2.3.4 *Spielregeln*

In der Vorlaufphase ist es von absolutem Vorteil, die Spielregeln der Zusammenarbeit im Team gemeinsam zu vereinbaren. Die Spielregeln reduzieren den Druck und die Reibungsflächen und geben den Teammitgliedern einen Rahmen für ihr Verhalten. Sie wirken sich auf jeden Anwesenden aus, indem die Bedingungen klären und situativ gelten lassen, sowie Freiräume und Grenzen schaffen.

Folgende drei Schwerpunkte sind zu beachten:

- Entscheidungen: Wer fordert die Entscheidungen ein und wann? Anwesenheitsregelung bei Entscheidungen, Vetorecht, Stimmenthaltung.
- Sitzungsmanagement: Wer lädt zu Sitzungen ein? Welche Inhalte sind in der Einladung? Moderator, Sitzungsverlauf, Meldung und Entschuldigung bei Fehlen, Teammitgliederuntergrenze in Bezug auf das Absagen des Projekts, Spielraum für das Zuspätkommen.
- Stellvertretung: Regelung zur Entsendung von StellvertreterInnen (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 25 f.).

## **Vorgangsweise im Projekt**

Am dritten Projekttag im April 2012 ging es weiter. Die Spielregeln wurden gemeinsam in der Gruppe erarbeitet und einstimmig beschlossen. Der Umgang in den einzelnen Projektsitzungen zeichnete sich durch aktives, sachliches Arbeiten und gegenseitigen Respekt sowie durch Wohlwollen aus. Während der gesamten Zeit ergaben sich keine nennenswerten Konflikte oder Unstimmigkeiten. Das Planungsmitglied Monika Zwirchmayer schied Ende Juni 2012 aus.

### 2.4.2.4 Der Projektauftrag und Projektziel

Der Projektauftrag ist ein Dokument, das die komplette Beschreibung des Projekts einschließlich der Projektfreigabe umfasst. Er hat eine Wirkung wie ein Vertrag und bildet den Orientierungsrahmen für die Projektarbeit. Die Projektziele und -abläufe müssen klar definiert sein. Der/die AuftraggeberIn muss wissen, welche und wie viele Ressourcen benötigt und in welcher Form die Ergebnisse abgeliefert werden. Der Projektauftrag regelt die Beziehung zwischen dem/der AuftraggeberIn und dem Projektteam sowie die Kommunikationswege. Der/die AuftraggeberIn und der/die AuftragnehmerIn – die Projektleitung – stimmen sich über die Projektziele ab. Finden die Projektziele bei beiden eine Akzeptanz, dann wird der Projektauftrag erteilt (vgl. Erichsen et al. 1999/2000, S. 17 f.).

Der Projektantrag sollte folgende Punkte beinhalten:

- Projektname
- Projektziele
- Projektergebnisse
- Methodik/Vorgehen
- Projektabgrenzung
- Risikofaktoren
- Projektorganisation – AuftraggeberIn, ProjektleiterIn, Projektteam
- Zeitplan – Beginn, Ende, Meilensteine
- Ressourcen
- Berichtswesen an den/die AuftraggeberIn

Um diverse Probleme, wie Termindruck durch eine unrealistische Zeiteinschätzung, unklar formulierte Ziele, Kostenüberschreitung aufgrund von unrealistischen Budgetvorgaben oder Kompetenzstreitigkeiten, zu vermeiden, gilt es, den Projektauftrag besonders aufmerksam auszuarbeiten (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 22).

Die Zieldefinitionen bilden die Grundlagen des Projektauftrages. Die Ziele sind für das Planen, Kontrollieren und Steuern von Projekten unerlässlich. Es ist erforderlich, dass alle Projektbeteiligten das Projektziel kennen und es verstehen. Das Projektteam kann sich durch die Zieldefinition mit dem Projekt identifizieren und die möglichen Zielkonflikte erkennen sowie gemeinsam ergänzen. Dies ermöglicht es gleichzeitig, aus den Zielen resultierende Chancen und Risiken zu erkennen. Ungenaue Ziele ergeben ungenaue Ergebnisse. Die Ziele sollten ergebnisorientiert sein und gemäß den SMART-Kriterien formuliert werden: S – spezifisch, konkret; M – messbar; A – attraktiv, herausfordernd; R – realisierbar, machbar, erreichbar; T – terminierbar. Bei den Entscheidungen muss die Zielorientierung jedes Mal überprüft werden (vgl. Hemmrich/Harrant 2007, S. 11–14; IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 7 f.).

### **Vorgangsweise im Projekt**

Im März 2012, nachdem das Thema zum Projekt gewählt worden war, wurde mit dem Ausfüllen des Projektauftrags begonnen. Bis zum nächsten Projekttag im April musste dies erledigt sein. Dies war eine sehr große Herausforderung. Der Projektname sollte aussagekräftig, aber kurz und „knackig“ sein, die Ausgangssituation sollte konkret beschrieben und die Ziele sollten klar definiert werden. Es war wesentlich schwerer gedacht. Bei der Auswahl der Methodik war schnell eine Einigkeit vorhanden. Wie konkret sollten die Ergebnisse sein? Ein Konzept? Eine Empfehlung? Auch dies konnten nach zahllosen Überlegungen konkretisiert werden. Des Weiteren war es sehr wichtig, die Projektabgrenzung zu formulieren. Die Abgrenzung ließ sich mithilfe der klar definierten Ziele verfassen. Die Risikofaktoren wurden schon in der Umfeld- und Risikoanalyse erhoben und um drei Punkte erweitert. In der weiteren Folge wurden die Meilensteine definiert und das Berichtswesen an die Auftraggeberin festgelegt. Im April wurde der fertige



Projektauftrag der gesamten TeilnehmerInnengruppe präsentiert. Durch die beratende Unterstützung von Frau Mag. Bruckmüller konnte der Projektauftrag vervollständigt werden:

- Der Name des Projekts wurde noch einmal detaillierter definiert und lautete anstelle von „Professionelle Angehörigenarbeit von dementen BewohnerInnen im stationären Bereich“ fortan „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“.
- Die Form der Ergebnisse wurde geändert und um drei neue Varianten erweitert.

Im Mai 2012 wurde der Projektauftrag bei der Auftraggeberin, Sr. Franziska Buttinger, eingereicht. Nachdem dieser von ihr unterschrieben war, begann die tatsächliche Arbeit im Projekt. Die Unterzeichnung des Projektauftrages stellt den offiziellen Projektstart dar. Im Juni 2012 wurde nach einem Beratungsgespräch mit Mag. Alois Strobel und einem weiterem Gespräch mit Frau Mag. Bruckmüller die Korrektur des Projektauftrages eingereicht.

Der Grund dafür war die Änderung der Befragungsmethodik: Die Befragung der Angehörigen und der MitarbeiterInnen sollte statt, wie ursprünglich geplant, in Form eines Fragebogen nun in Form eines Workshop stattfinden. Ferner wurde eine genaue Abgrenzung der beteiligten Institutionen vorgenommen.

### **2.4.3 Planungsphase**

Die Planungsphase schließt sich mit dem Unterzeichnen des Projektauftrages direkt an die Vorlaufphase an. Ihr Ziel ist ein detaillierter Projektplan, der das realistische Sollvorhaben betreffend der zu erbringenden Arbeitsleistung und deren Termine, Ressourcen und Kosten sowie die einzelnen Schritte der Projektdurchführung erfasst. Die Projektplanung beinhaltet drei Teilplanungen:

- Strukturplanung
- Ablaufplanung
- Ressourcenplanung

(vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 31)

#### 2.4.3.1 Strukturplan

Ein Strukturplan ermöglicht einen gesamten Überblick über das Projekt. Um die Komplexität des Projekts zu verringern, wird das Gesamtprojekt in Teilaufgaben aufgegliedert. Dies erleichtert die Planung, die Überwachung sowie Steuerung, hilft bei der Überprüfung der Vollständigkeit, deckt die Zusammenhänge auf und definiert die Schnittstellen (vgl. Erichsen et al. 1999/2000, S. 23). Im Zentrum dieser Planungsphase steht die Frage: „Was ist zu tun?“

Alle erforderlichen Schritte, Aufgaben und Leistungen werden in plan- und kontrollierbare Teilaufgaben unterteilt, die im nächsten Schritt in einzelne, nicht mehr zu teilende Aufgaben zerlegt werden, die man als „Arbeitspakete“ bezeichnet. Ein solches Paket umfasst alle Tätigkeiten, die sachlich zusammengehören und gemeinsam weiter delegiert werden können. Jedes Projektteammitglied erhält bestimmte Arbeitspakete und ist für deren Erledigung verantwortlich. Alle Arbeitspakete bilden den gesamten Leistungsumfang des Projekts ab (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 34)

#### **Vorgangsweise im Projekt**

Im April 2012 wurde anhand des Projektantrags mit dem Erstellen des Strukturplanes begonnen. Zuerst wurden die einzelnen Tätigkeiten und Aufgaben definiert. Im nächsten Schritt wurden sie den Hauptaufgaben zugeordnet und die Verantwortlichkeiten den Themenbereichen angepasst. Jedes Projektteammitglied konnte sich in das jeweilige Thema vertiefen. Folglich war die Abgrenzung innerhalb der Themen gut möglich. Im Juni erfolgte aufgrund der Änderung der Methodik eine Korrektur des Strukturplanes. Letztendlich bestand dieser aus vier folgend genannten Hauptaufgaben:

- **Recherchen:** Internet, Literatur, Best Practice, Selbsthilfegruppen, ExpertInnen, Zusammenfassung und Dokumentation der Recherche, Recherche bezüglich der vorhandenen Fragebögen, Interviewleitfäden und Vorauswahl für die Befragung im Bezug auf Inhalte.
- **Befragung:** Ziel, Auswahl der Zielgruppe, Zusage für die Befragung, Erstellung der Leitlinie für die Workshops für Angehörige und MitarbeiterInnen, Organisation der Workshops vor Ort, Erstellung des

Leitfadens für die ExpertInnenbefragung, Auswahl und Terminierung der ExpertInnenbefragung, Terminierung der Workshops, Durchführung der Befragung, Auswertung der Befragung, Interpretation der Befragung, Interpretation der ExpertInnenbefragung, Ergebnisse der Befragung.

- Maßnahmen: Maßnahmen „Angehörigen“, Maßnahmen „BewohnerInnen“, Maßnahmen „Pflegepersonal“, Voraussetzungen/Rahmenbedingungen, Prozess „Angehörigenarbeit“, Ressourcen „Angehörige und MitarbeiterInnen“.
- Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Maßnahmen: Angehörige, BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Führungskräfte.

#### 2.4.3.2 Ablaufplan

Der Strukturplan bildet die Basis für die Erstellung des Ablaufplanes; in diesem werden die zeitliche Abfolge der einzelnen Arbeitspakete und deren Abhängigkeiten festgelegt. In die Ablaufplanung werden die terminlichen, personellen und organisatorischen Kriterien einbezogen. Durch diesen Planungsschritt werden der zeitliche Rahmen sowie die Zwischen- und Endtermine bekannt und ersichtlich. In der Regel wird der Ablaufplan mittels eines Balkendiagramms dargestellt.

Ein bedeutendes Ergebnis (Teilziel) beziehungsweise ein wichtiger Abschnitt im Rahmen der Ablaufplanung wird als „Meilenstein“ bezeichnet. Meilensteine liefern den Überblick über die Etappen und Zwischenziele. Mit der aktuellen Übersicht über den Projektzustand erlauben sie eine Analyse oder weitere Überlegungen und Entscheidungen hinsichtlich des weiteren Projektverlaufs. Meilensteine sind gut als Motivatoren für das Projektteam geeignet (vgl. Erichsen et al. 1999/2000, S. 27 f.), sollen ergebnisbezogen formuliert und mit den Arbeitspaketen verknüpft und terminiert werden. Pro Projekt werden sechs bis sieben Meilensteine geplant und sind ein Teil des Projektauftrages (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 41).

Die Arbeitspakete (Aufgaben, Tätigkeiten, Vorgänge) sind die Grundlage für die weitere Projektplanung. Sie sind die kleinsten Einheiten der Projektschritte und befinden sich auf der untersten Ebene des Strukturplans. Ein Arbeitspaket sollte

folgende Punkte beinhalten: die Nummer und den Titel des Arbeitspaketes, die Verantwortlichkeiten, den Zeitraum, die Voraussetzungen, Abhängigkeiten und Rahmenbedingungen, die Beschreibung der Aufgabestellung, die Ziele und Ergebnisse sowie die benötigten Ressourcen.

### **Vorgangsweise im Projekt**

Im Mai 2012 erfolgten, ausgehend vom Strukturplan, die Erarbeitung und Darstellung des Ablaufplanes mittels eines Balkendiagramms. Zu Beginn wurden die einzelnen Projektaufgaben in eine zeitliche, für das Projekt logische Reihung gebracht. Im nächsten Schritt wurden die Zeiträume den jeweiligen Projektaufgaben zugeteilt. Darauf wurde ersichtlich, was bis wann zu erledigen ist, welche Arbeitsschritte gleichzeitig erfolgen und voneinander abhängig sind, und was wann fertig sein muss, um weitere Aufgaben durchführen zu können.

Resultierend aus dem Ablaufplan wurden die Arbeitspakete verfasst. Die Erstellung der Arbeitspakete ist für die Projektleitung von großer Bedeutung. Damit wird bei den Projektmitgliedern eine Klarheit geschaffen, und der Projektleitung wird die Abnahme der jeweiligen zugeteilten Arbeitspakete erleichtert.

Die Beschreibung der einzelnen Unteraufgaben in den Arbeitspaketen erfolgte mittels einer sogenannten „Matrix“. Diese wurde vom IBG zu Verfügung gestellt und erleichterte die Erstellung der einzelnen Arbeitsspezifikationen ungemein. Die einzelnen Arbeitspakete wurden nach Themenbereichen und Möglichkeiten an die einzelnen Projektteammitglieder verteilt. Infolge der Änderung der Methodik im Juni 2012 erfolgte eine Korrektur des Ablaufplanes und infolgedessen auch der Arbeitspakete.

#### **2.4.3.3 Ressourcenplanung**

Die Zielsetzung der Ressourcenplanung ist es, eine Bedarfsvorhersage zu geben und durch das Aufzeigen etwaiger Leerläufe oder Engpässe eine Einsatzoptimierung zu erreichen. In der Ressourcenplanung werden das Personal, die Betriebsmittel und das Geld berücksichtigt (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 42).

#### *2.4.3.3.1 Personalplanung*

Alle am Projekt beteiligten Personen, sowohl intern als auch extern, wie zum Beispiel Berater, zählen zum Einsatzmittel „Personal“. Das Ziel ist ein optimaler Personaleinsatz der Projektteammitglieder. Die Berücksichtigung der folgenden Aspekte „Qualifikation“ sowie „zeitliche und örtliche Verfügbarkeit der Projektteammitglieder“ ist für den Projekterfolg entscheidend (vgl. ebd.).

#### *2.4.3.3.2 Betriebsmittel*

Das Einsatzmittel „Betriebsmittel“ umfasst alle nichtmonetären und nichtpersonellen Kriterien, wie etwa Räumlichkeiten, EDV, Telefon, Fax, Büromittel. Werden Engpässe bei den einzelnen Betriebsmitteln vermutet, sollte eine Planung durchgeführt werden; ansonsten kann darauf verzichtet werden (vgl. ebd., S. 43).

#### *2.4.3.3.3 Kostenplanung*

Die Kostenplanung wird aus dem Struktur- und dem Ablaufplan sowie den Arbeitspaketen abgeleitet. Sie dient der Planung der projektspezifischen Kosten und ist zugleich die Basis für das Kostencontrolling und die Projekterfolgsermittlung. Zudem ist es elementar, die für ein Projekt relevanten Kostenarten zu ermitteln und zu definieren; dies können vor allem Personal-, Fremdleistungs-, Material- und Reisekosten sowie die Kosten für die Infrastruktur sein. Die Budgeterstellung erfolgt anhand der ermittelten Kosten. Budget- und kostenverantwortlich sind jene Stellen, die für die Ausführung der Arbeitspakete verantwortlich sind (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 43).

### **Vorgangsweise im Projekt**

Die Ressourcenplanung wurde anhand der Arbeitspakete ermittelt und in den Ablaufplan integriert. Die Personalkosten wurden durch die Stunden des gedachten Zeitaufwandes dargestellt. Aus diesem Grund führte jedes Projektteammitglied von Anfang an eine Zeitaufzeichnung, die regelmäßig mit dem Plan abgeglichen wurde. Die Vorgabe einer Mindestzeit durch das IBG war „130 Stunden pro Person“. Durch eine gelungene Zeitplanung ist es möglich, in Ruhe und ohne Druck zu arbeiten. Dabei galt es zu berücksichtigen, dass alle Projektteammitglieder außerhalb des Projekts in einer Führungsposition tätig sind.

In der Planungsphase kann man kaum alle Aufgaben vollständig abbilden und die dafür benötigte Zeit voraussagen; dasselbe gilt für unerwartete Ablauferschwernisse. Aus diesem Grund wurde zur Sicherheit ein angemessener, zeitlicher Spielraum eingeplant. Für die Beratung von ExpertInnen wurden vom IBG die Zeitressourcen vorgegeben: acht Stunden durften nicht überschritten werden. Die Planung der Zeitressourcen war eine große Herausforderung. Zwischen dem angedachten und dem tatsächlichen Zeitaufwand zeigten sich diverse Abweichungen. Dies konnte unter anderem an der individuellen Arbeitsweise jedes Projektteammitglieds liegen, denn jeder Mensch ist unterschiedlich geprägt. Für die Betriebsmittel, wie Papier, Telefon, Fax, Drucker, Büromaterial sowie sonstige Kosten (zum Beispiel das Kilometergeld für die Fahrten zu den Workshops und ExpertInnen) kam in diesem Projekt jedes Mitglied selbst auf.

#### 2.4.3.4 Informations- und Kommunikationswesen

In der Kommunikationsplanung werden die Kommunikationsbedürfnisse der Projektbeteiligten bestimmt. Die Planung regelt den Umfang, den Detaillierungsgrad, die Häufigkeit und das Verteilen von Projektdokumenten und Berichten.

#### **Vorgangsweise im Projekt**

Die Planung des Kommunikations- und Informationswesens wurde durch das Projektteam erarbeitet. Es wurde vereinbart, dass die vertraulichen Informationen in der Gruppe bleiben; jeder dürfte seine Meinung einbringen und eine konstruktive Kritik würde von den Projektteammitgliedern angenommen. Als primäre Kommunikationsform wurden E-Mails eingesetzt. Die Projektleitung wurde die Schnittstelle nach außen und verteilte die Dokumente an Personen außerhalb der Projektgruppe. Im Projektordner wurden alle Projektdokumente (Projektauftrag, Strukturplan, Ablaufplan, Arbeitspakete, Sitzungsprotokolle, Vereinbarungen, Schriftverkehr, Entwürfe, Projektergebnisse etc.) zusammengetragen. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass der gesamte Projektverlauf dokumentiert wurde. Im Projektordner konnte jederzeit der aktuelle Stand des Projekts ermittelt werden; außerdem war er eine wichtige Hilfe beim Verfassen der vorliegenden Abschlussarbeit.

Das Berichtswesen an die Auftraggeberin, Sr. Franziska Buttinger (Projektbericht nach Erreichen eines Meilensteines und bei der Abweichung vom Projektplan), erfolgte durch die Projektleitung per Mail. Ferner wird diese Arbeit als Abschlussbericht der Auftraggeberin übergeben.

#### **2.4.4 Realisierungsphase – Projektcontrolling**

Schwerpunkte der Realisierungsphase sind die Projektsteuerung und die Projektkontrolle. Sie verlaufen über die gesamte Dauer des Projekts. Die Aufgabe der Projektleitung ist es, den Projektverlauf im Sinne der Projektplanung zu steuern. Die Durchführung des Projektcontrollings erfolgt durch regelmäßige Überprüfung der Leistungen mithilfe des Struktur- und Ablaufplanes. Die festgelegten Termine der Meilensteine sowie die Kosten und Ressourcenplanung werden im Ablaufplan auf ihre Einhaltung hin überprüft. Überdies werden die Erreichbarkeit und die Anpassungserfordernisse der im Projektauftrag vereinbarten Ziele und Nichtziele überprüft. Zudem sind weitere Kriterien, wie die Arbeitsbedingungen, die Motivation der Projektteammitglieder und die eingesetzten Führungsmethoden der Projektleitung zu beachten (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 45). Die Zielsetzung des Projektcontrollings kann somit wie folgt definiert werden:

- Feststellung des Projektstatus
- Vereinbarung von steuernden Maßnahmen bei Abweichung
- Weiterentwicklung der Projektorganisation
- Neuvereinbarung von Projektzielen
- Erstellung von Projektfortschrittsberichten

Der Projektcontrollingprozess lässt sich in vier Phasen untergliedern:

- Ermittlung der Ist-Daten/der Ist-Situation
- Durchführung eines Soll/Ist-Vergleichs zur Ermittlung von Abweichungen
- Abweichungsanalyse
- Ergreifen von Gegensteuerungsmaßnahmen

Werden gewisse Abweichungen zwischen den Soll- und Ist-Daten festgestellt, kann dies auf verschiedene Faktoren hinweisen, wie zum Beispiel auf eine un-

realistische Einschätzung in der Planung, zusätzliche und notwendige Arbeiten, eine Änderung der Projektziele durch den/die AuftraggeberIn, eine ungenaue Abgrenzung des Projekts, ein verspätetes Eintreffen der Daten oder ein Aufholen zeitlicher Verzögerungen. Das Projektcontrolling sollte in bestimmten zeitlichen Abständen durchgeführt werden. Die Terminierung des Controllings richtet sich an den Projektphasen und deren Meilensteinen aus (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 46–49).

Schlussfolgernd ist es das Ziel, die geforderten oder vereinbarten Projektergebnisse durch den Einsatz geeigneter Verfahren, Methoden und Verhaltensweisen termingerecht und innerhalb eines festgelegten Budgets zu liefern. In der projektmanagementbezogenen Literatur werden die drei Eckpfeiler als „Magisches Dreieck“ dargestellt. Die Aufgaben der Projektleitung bewegen sich nach diesem Verhältnis innerhalb der Konstanten „Kosten“, „Termine“ und „Leistung“. Beim Planen, Überwachen und Steuern sind immer alle drei Größen zu beachten.

### **Vorgangsweise im Projekt**

Im Mai 2012 begann das Projektteam mit den regelmäßigen Projektsitzungen. Sie fanden in jedem Seminarblock jeweils am Mittwoch statt. In der Realisierungsphase wurden sie bei Bedarf um weitere Termine während der Seminarwoche ergänzt.

In den Sommermonaten Juli und August wurde durch alle Projektteammitglieder in den jeweiligen Bereichen recherchiert. Anschließend wurden die Ergebnisse zusammengeführt und damit der zweite Meilenstein erreicht.

Die Monate September und Oktober 2012 waren durch die Vorbereitung für die Befragungen geprägt. Die Zielgruppen wurden definiert; erstellt wurden in diesem Zeitraum auch die Leitlinien für die Workshops in den Bereichen „Angehörige“ und „MitarbeiterInnen“ sowie der Leitfaden für die ExpertInnenbefragung. Die Vorbereitungen der Workshops vor Ort wurden abgeschlossen. Im September bekamen das Team im Rahmen des Gruppenprojekttag die Möglichkeit, das Miteinander als Projektteam mithilfe eines Fragebogens zu reflektieren. Der Umgang untereinander wurde als wertschätzend und die Zusammenarbeit als effizient und arbeitsteilig empfunden.



Im November und Dezember 2012 sowie Anfang Jänner 2013 fanden die Workshops und die ExpertInnenbefragungen statt. Der ursprünglich geplante Zeitraum für die Workshops musste um sechs Wochen verlängert werden. Unter Berücksichtigung der Adventszeit, Weihnachten und der damit verbundenen Aktivitäten in den einzelnen Pflegeheimen sowie der Urlaube der MitarbeiterInnen fanden der letzte Workshop der Angehörigen am 28.12.2012 und jener der MitarbeiterInnen am 07.01.2013 statt. Anschließend ging es mit den Auswertungen und Interpretationen weiter. In der Folge wurde der Zeitplan zwei Mal korrigiert. Der Zeitraum für die Auswertung wurde bis zum Seminarblock im Jänner und derjenige für die Erarbeitung der Ergebnisse (Maßnahmen, Erfolgsfaktoren, Prozess „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“) bis Ende März 2013 ausgeweitet. Mit dem Abschluss der Auswertungen wurde der dritte Meilenstein erreicht.

Der Zeitraum von Jänner bis Ende März 2013 zeichnete sich durch das Erarbeiten der Projektergebnisse aus. Die Maßnahmen wurden aus der Befragungsauswertung abgeleitet und die Erfolgsfaktoren definiert. Daraus resultierend wurden die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für den Prozess abgeleitet. Damit konnte der Prozess „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ erstellt werden. Somit wurde Ende März 2013 der fünfte Meilenstein erreicht. Zudem hat jedes Projektmitglied an seinem Teil der Abschlussarbeit gearbeitet. Die drei Monate waren durch einen intensiven Austausch der Projektteammitglieder auch außerhalb der Sitzungen per Mail und Telefon gekennzeichnet. Viele der Arbeitsschritte mussten untereinander koordiniert werden. Als Stichtag für die Fertigstellung der Abschlussarbeit wurde der letzte Seminartag im Aprilblock am 12.04.2013 festgelegt. Während der Realisierungsphase wurden periodisch die Informationen von den Projektsitzungen, Mails und den erledigten Arbeitspaketen mit dem Ablauf- und Ressourcenplan abgeglichen und in den Projektsitzungen gemeinsam besprochen. Die beiden Abweichungen vom Zeitplan hatten durch einen „Zeitpolster“ keine Auswirkung auf die Fertigstellung der Projektergebnisse. In den Projektsitzungen fand ein reger Informationsaustausch statt, und die Projekt-

teammittglieder reflektierten die erledigten Arbeitspakete; damit hatten alle den gleichen Informationsstand. Die Informationen wurden protokolliert.

### **2.4.5 Abschlussphase**

Die Abschlussphase beschreibt das Projektende. Der korrekte, geregelte und eindeutige Projektabschluss ist von großer Bedeutung. Das Ziel ist ein inhaltlicher und emotionaler Abschluss, der Transfer des gewonnenen Wissens im Sinne einer lernenden Organisation und die Freisetzung der Ressourcen durch die formale Beendigung. Die Abschlussphase wird in drei Teilbereiche geteilt:

- Projektabschlussanalyse
- Dokumentation
- Projektauflösung (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 50)

#### 2.4.5.1 Projektabschlussanalyse

In diesem Zeitabschnitt werden die geplanten und im Projektverlauf aktualisierten Vorgaben den am Projektende erreichten Ergebnissen gegenübergestellt. Es werden die Aufwände und Kosten, die Termine und Zeiten, die Wirtschaftlichkeitskennzahlen sowie die Anforderungserfüllung und die Zielerreichung untersucht. Sollten die ursprünglichen Planvorgaben nicht eingehalten werden, so ist die Frage „Warum?“ zu klären. In der Nachbereitung werden die Maßnahmen und Lösungsansätze für das Vermeiden von Abweichungen in zukünftigen Projekten abgeleitet (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 51).

#### 2.4.5.2 Dokumentation

Das Ziel der Dokumentation ist es, den Lernzuwachs durch die im Projektverlauf gesammelten Erfahrungen zu sichern, damit nachfolgende Projekte davon profitieren können. Die Dokumentation enthält alle für das Projekt wichtigen Unterlagen. Das Projekt muss mittels der Dokumentation für einen nicht Beteiligten nachvollziehbar sein. Ferner ist die Aufbewahrung von Unterlagen für die Bearbeitung möglicher Rückfragen hilfreich (vgl. ebd., S. 52).

#### 2.4.5.3 Projektauflösung

Die Projektauflösung stellt den definierten Abschluss des Projekts dar. Dies geschieht in der Regel in einer offiziellen Abschlusssitzung aller Projektgremien, in deren Rahmen die abschließende Projektpräsentation mit folgenden Inhalten stattfindet:

- Vorstellung der Projektergebnisse,
- Gegenüberstellung der Ist- und Solldaten im Bezug auf Termine, Kosten und Zielerreichung,
- Vorstellung der projektspezifischen Kennzahlen.

Etwaige Projektschwierigkeiten und Planabweichungen werden gemeinsam analysiert. Danach erfolgt die Planung des abschließenden Projektmarketings. Der Projektabschlussbericht wird an die projektbeteiligten Stellen verteilt. Als letzter Schritt erfolgt die offizielle Auflösung der projektbeteiligten Ressourcen (vgl. IBG-Skriptum „Projektmanagement“ 2012, S. 52 f.).

#### **Vorgangsweise im Projekt**

Die Projektergebnisse konnten im vorgegebenen Zeitrahmen fertiggestellt werden. Die Projektabschlussanalyse ergab eine terminliche Abweichung bei der Durchführung der Workshops und in deren Folge zwei weitere Abweichungen bei der Auswertung der Befragungen. Sie übten jedoch keinen Einfluss auf die rechtzeitige Fertigstellung der Ergebnisse aus.

Die gesamte Projektdokumentation ist durch die Projektleitung elektronisch gesichert. Jedes Projektteammitglied hat dazu seine bearbeiteten Themenbereiche im Detail selbst elektronisch gesichert. Demzufolge ist die Nachvollziehbarkeit des Projekts gewährleistet.

Das Ende der Projektarbeit und somit der Abschluss stehen für den 03. Mai 2013 fest. Dieses Projekt wird im Rahmen einer kommissionellen Prüfung präsentiert, verteidigt und durch die Kommission bewertet. Eine weitere Präsentation des Projekts findet im öffentlichen Rahmen im Zuge des Abschlussevents statt.

### **3       METHODEN**

#### **3.1     Ausgangssituation (Sr. Valentina Rupnik)**

Der Entwicklungstrend zeigt, dass wir heute in einer zunehmend alternden Gesellschaft leben. Damit verbunden ist eine steigende Zahl von Menschen, die an Demenz erkranken und darunter leiden. Eine diagnostizierte Demenz ist für die Gesellschaft, das Gesundheits- und Sozialsystem sowie für alle Betroffenen eine neue Herausforderung. Im Kontext des Alterungsprozesses der Gesellschaft kommt dem Thema „Demenz und Pflegebedürftigkeit“ besondere Aufmerksamkeit zu.

Der erste österreichische Demenzbericht aus dem Jahr 2009 publiziert aktuelle Hochrechnungen, die eine drastische Steigerung der Anzahl an Demenz erkrankter Menschen voraussehen. Im Jahr 2000 waren in Österreich insgesamt 90 500 Frauen und Männer im Alter über 60 von Demenz betroffen. Laut der oben genannten Hochrechnung wird die Zahl der Menschen mit Demenz im Jahr 2050 auf bis zu 270 000 eingeschätzt, was eine Verdreifachung bedeutet.

Aus den Prognosen lässt sich erkennen, dass die Zahl der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich in den Langzeiteinrichtungen ansteigen wird. Das Pflegepersonal befasst sich somit täglich mit den Wünschen und Bedürfnissen der BewohnerInnen, die jedoch beim Heimeintritt oft schwer erkennbar sind. Die neue Umgebung stellt für die BewohnerInnen eine Herausforderung dar, die oft verschiedene Verhaltensweisen, wie Angst, Aggression, Rückzug und/oder zunehmende Verwirrtheit, hervorrufen. Diese Ereignisse lösen bei den Angehörigen oft unterschiedliche Gefühle und auch Missverständnisse aus. Die Entscheidung über einen Heimeintritt liegt meistens bei den Angehörigen. Dieser wird von vielen sorgenden Angehörigen oftmals als Belastung, aber auch als erlösend empfunden. Meistens ist es schwierig, die Verantwortung und Betreuung des dementen Familienmitgliedes an das Pflegepersonal abzugeben. Die Angehörigen haben Verhaltens Erwartungen an die BewohnerInnen, die von diesen oft nicht mehr erfüllbar sind. Die Erfahrungen zeigen, dass Angehörige immer wieder wegen nicht erfüllter

Erwartungen das Gespräch mit dem Pflegepersonal suchen und es aufgrund unzureichenden Wissens über den Verlauf der Demenzerkrankung oft zu Konfliktsituationen kommt. Dies bedeutet für das Pflegepersonal eine enorme Herausforderung. Spannungen, die dabei entstehen, können auch auf die BewohnerInnen übertragen werden und erschweren somit die Integration.

Die Aufgabe und Verantwortung des Managements im stationären Langzeit Bereich besteht darin, eine professionelle, optimale Pflege und Betreuung von BewohnerInnen mit einer demenziellen Erkrankung zu gewährleisten sowie eine professionelle Angehörigenarbeit sicherzustellen.

Um den Prozess optimal zu gestalten, bedarf es einer genaueren Auseinandersetzung mit dem Thema. Im Vorfeld ist eine Erhebung und Sammlung von Informationen notwendig. Dazu wurden verschiedene Pflegeheime in vier Bundesländern (Tirol, Niederösterreich, Oberösterreich und Kärnten) ausgewählt.

<b>Bundesland Niederösterreich</b>	
BewohnerInnenzahl	60
Davon mit diagnostizierter Demenzerkrankung	32
Anzahl der MitarbeiterInnen in der Pflege	29

Tabelle 2: Pflegeeinrichtung – Niederösterreich

Das Pflegeheim im Bundesland Niederösterreich betreut 60 BewohnerInnen; davon 32 mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung. Die BewohnerInnen werden von 29 MitarbeiterInnen betreut. Im Pflegeheim wird das Pflegemodell nach Monika Krohwinkel angewendet. Eine Besonderheit dieses Heimes ist die Möglichkeit, Haustiere zu halten.

<b>Bundesland Oberösterreich</b>	
BewohnerInnenzahl	71
Davon mit diagnostizierter Demenzerkrankung	28
Anzahl der MitarbeiterInnen in der Pflege	45

Tabelle 3: Pflegeeinrichtung – Oberösterreich

Das Pflegeheim in Oberösterreich betreut 71 Bewohner, davon haben 28 eine diagnostizierte Demenzerkrankung. In der Pflege sind 45 MitarbeiterInnen beschäftigt. Die BewohnerInnen werden nach dem Pflegemodell von Monika

Krohwinkel betreut. Ein großer, rollstuhlgerechter Garten gilt als Besonderheit dieses Hauses.

<b>Bundesland Tirol</b>	
BewohnerInnenzahl	82
Davon mit diagnostizierter Demenzerkrankung	16 Mischdemenz 19
Anzahl der MitarbeiterInnen in der Pflege	52

Tabelle 4: Pflegeeinrichtung – Tirol

Das Pflegeheim in Tirol betreut 82 BewohnerInnen, davon 16 mit einer diagnostizierten Demenz. 19 BewohnerInnen befinden sich in einer sogenannten „Mischdemenz“. Eine Besonderheit in der Betreuung von BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenzerkrankung ist eine Demenzstation. In der Pflege sind 52 MitarbeiterInnen tätig. Die Betreuung der BewohnerInnen richtet sich nach den beiden Pflegemodellen „Orem“ und „Böhm“.

<b>Bundesland Kärnten</b>	
BewohnerInnenzahl	60
Davon mit diagnostizierter Demenzerkrankung	20
Anzahl der MitarbeiterInnen in der Pflege	30

Tabelle 5: Pflegeeinrichtung – Kärnten

Das Pflegeheim in Kärnten ist eine gerontopsychiatrische Einrichtung. In ihr werden 60 BewohnerInnen betreut, darunter 20 mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung. Die Betreuung der BewohnerInnen richtet sich nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel. In der Pflege sind 30 MitarbeiterInnen tätig. In dieser Institution hat die zweisprachige Kommunikation (deutsch und slowenisch) eine große Bedeutung.

### **3.1.1 Erkennen einer „Demenzerkrankung“ (Stefan Unterlechner)**

Die häufigste psychische Erkrankung im höheren Lebensalter ist mit einem Anteil von 6–8 % die Demenzerkrankung. Im Alter steigen sowohl die Inzidenz als auch die Prävalenz an. In Österreich litten im Jahr 2000 etwa 90500 Personen an einer demenziellen Erkrankung. Neue demografische Daten zeigen einen stärkeren Anstieg an Demenzerkrankungen, als noch vor wenigen Jahren angenommen

wurde. Die Bevölkerungsprognosen des Jahres 1999 lassen im Jahr 2050 etwa 262 300 Demenzkranke erwarten.

Die häufigste Demenzform ist mit circa 60–80 % die Alzheimer-Krankheit, gefolgt von der vaskulären Demenz mit 10–15 %. Das Risiko einer Aufnahme in ein Pflegeheim ist die Pflegebedürftigkeit bei Demenzerkrankungen. Vorwiegend wird die Betreuung in häuslicher Pflege durch Angehörige durchgeführt. Die Diagnose „Demenz“ muss nicht mehr als unbehandelbar und schicksalhaft angesehen werden, da es eine deutliche Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gibt.

Für alle therapeutischen Maßnahmen im Alter ist die Grundlage ein fundiertes multiprofessionelles geriatrisches Assessment. Ein interdisziplinäres Instrument zur Evaluierung des körperlichen und psychischen Ist-Zustandes sowie der sozialen Lebenssituation des betagten Menschen ist das geriatrische Assessment, dessen Ziel es ist, Problembereiche möglichst früh zu erkennen und weitere Behandlungsstrategien zu planen. Im Alter muss dabei ein Augenmerk auf die Multimorbidität gelegt werden. Im Spätstadium der Demenzerkrankung ist eine enge Kooperation zwischen Hausarzt, Facharzt (Neurologe/Psychiater), Psychologen, Angehörigen und natürlich dem erkrankten Menschen selbst notwendig. Medikamentöse, ernährungsphysiologische und nichtmedikamentöse (psychosoziale) Interventionen sowie körperliche Bewegung gelten als Präventions- und Behandlungsmaßnahmen bei kognitiven Defiziten im Alter (vgl. [http://www.mediziner.at/upload/2313794\\_Demenz\\_multiprofessionelle\\_Diagnose\\_und\\_Therapie.pdf](http://www.mediziner.at/upload/2313794_Demenz_multiprofessionelle_Diagnose_und_Therapie.pdf) [03.03.2013]).

Für eine gezielte Behandlung der Demenz hat die Diagnosestellung durch einen Arzt zu erfolgen. Bei mangelnder Aufklärung darüber sind die pflegenden Angehörigen verunsichert. Eine Erleichterung für die Angehörigen von Menschen mit Demenz ist die sorgfältige ärztliche Aufklärung. Die Entscheidung darüber, inwieweit der Demenzerkrankte über die Diagnose aufgeklärt wird, soll individuell erfolgen. Abhängig ist sie in erster Linie vom Stadium der Demenz. Die Bedeutung der Diagnose muss von der an Demenz erkrankten Person verstanden werden, um auch diesbezügliche Fragen beantworten zu können. Für die Bewältigung der

Diagnose sind die Angehörigen eine große Hilfestellung. Eine Demenzerkrankung ist für alle Beteiligten eine große Belastung. Rechtzeitige Hilfe und Beratung sind notwendig (vgl. Machreich 2009, S. 4).

#### 3.1.1.1 Definition der Demenz nach ICD 10 (Diagnostizierte Demenz)

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet; gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei cerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“

(<http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F09.html> [04.02.2013]).

#### 3.1.1.2 Formen der Demenz

Man unterscheidet hirnorganische (primäre) und nicht-hirnorganische (sekundäre) Demenzformen.

##### 3.1.1.2.1 Primäre Demenzformen

Diese Demenzform tritt am häufigsten auf und macht bei den über 65-Jährigen 90 % der Demenzfälle aus. Bei ihr liegen neurogenerative oder vaskuläre Veränderungen vor. Man unterscheidet einerseits, ob die Nervenzellen im Gehirn „degenerieren“, also ohne äußerlich erkennbare Ursache untergehen – wie bei der Alzheimer-Krankheit –, oder ob zum Beispiel durch eine Durchblutungsstörung schwere Schäden aufgetreten sind (vaskuläre Form). Vaskuläre und neurodegenerative Demenzen (auch als „Mischform“ bezeichnet) treten mit zunehmendem Alter häufiger auf.

##### 3.1.1.2.2 Sekundäre Demenzen

Organische Erkrankungen, wie eine Hirnverletzung, eine Hirngeschwulst oder eine Herz-Kreislauf-Krankheit, aber auch Arzneistoffe und Gifte wie Alkohol oder



andere Drogen können dazu führen, dass es zu einem geistigen Zerfall kommt. Die geistige Leistungsfähigkeit kann sich wieder normalisieren, wenn die Grunderkrankung wirksam behandelt und das Gehirn nicht mehr durch Giftstoffe belastet wird (vgl. <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/formen/index.jsp> [04.02.2013]). (©2013 alzheimerinfo.de, letzte Änderung 29. Januar 2013, 18:04 Uhr)

### 3.1.1.3 Warnsymptome der Alzheimer-Demenz

Bei einer Demenzerkrankung nimmt nicht nur das Erinnerungsvermögen ab, sondern auch die Fähigkeit, klar zu denken und Zusammenhänge zu erfassen. Das Verhalten ändert sich grundlegend. Treten nachfolgend angeführte Warnsymptome auf, sollte der Betroffene von einem Arzt untersucht werden (vgl. <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/symptome/warnsymptome/index.jsp> [04.02.2013]).

- „Vergesslichkeit mit Auswirkung auf die Arbeit und das tägliche Leben
- Schwierigkeiten mit gewohnten Handlungen
- Sprachprobleme
- Räumliche und zeitliche Orientierungsprobleme
- Eingeschränkte Urteilsfähigkeit
- Probleme mit dem abstrakten Denken
- Liegenlassen von Gegenständen
- Stimmungs- und Verhaltensänderungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Verlust der Eigeninitiative“

(<http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/symptome/warnsymptome/index.jsp> [04.02.2013]). (©2013 alzheimerinfo.de, letzte Änderung 29. Januar 2013, 18:04 Uhr)

### 3.1.1.4 Diagnostik

Ein wesentliches Kriterium ist der Nachweis von stark ausgeprägten kognitiven Defiziten, die zunehmend zum Verlust erlernter Fähigkeiten und Fertigkeiten führen und die Betroffenen in ihren Lebensaktivitäten stark einschränken. Eine alleinige Diagnose durch Biomarker ist bis heute nicht möglich. Durch Zusatzuntersuchungen können der Verdacht auf eine Demenzerkrankung und der

Ausschluss reversibler Demenzursachen unterstützt werden (vgl. <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik.html> [06.02.2013]).

- „Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Labordiagnostik
- Neuropsychologische Untersuchung
- Erfassung herausfordernden Verhaltens
- Bildgebende Verfahren
- Liquordiagnostik
- Elektro-Enzephalogramm (EEG)
- Genetische Diagnostik“

(<http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik.html> [06.02.2013]);  
aktualisiert am 04.10.2012, 17:51:16

Eine Einwilligungserklärung für die Durchführung diagnostischer Maßnahmen ist einzuholen. Wenn alle notwendigen diagnostischen Schritte durchgeführt sind, erfolgt die Diagnosestellung nach den ICD-10-Kriterien. Bei der Aufklärung sollte die große Tragweite einer Demenzdiagnose für Erkrankte und Angehörige berücksichtigt werden (vgl. <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik.html> [06.02.2013]).

### 3.1.1.5 Schweregrade der Demenz

Im klinischen Bereich wird die Demenz in drei Schweregrade eingeteilt, welche anhand des Mini-Mental-Tests, auch Kurztext, genannt, quantitativ abgeschätzt werden können.

(vgl. <http://www.demenzleitlinie.de/pflegende/Diagnostik/DemenzSchweregrad.html?raw=true> [06.02.2013]).

Schweregrad	Kognition/Tätigkeit	Lebensführung	Störung von Antrieb bzw. Affekt und herausforderndes Verhalten
Leicht  MMST: 20–26 Punkte	Komplizierte, tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden.	Die selbstständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Spontanität</li> <li>• Depression</li> <li>• Antriebsmangel</li> <li>• Reizbarkeit</li> <li>• Stimmungsinstabilität</li> </ul>
Mittel  MMST: 10–19 Punkte	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere werden nicht mehr vollständig oder unangemessen ausgeführt.	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Erkrankte sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbstständige Lebensführung ist aber teilweise noch möglich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unruhe</li> <li>• Wutausbrüche</li> <li>• Aggressive Verhaltensweisen</li> </ul>
Schwer  MMST: 0–9 Punkte	Es können keine Gedankengänge mehr nachvollziehbar kommuniziert werden.	Die selbstständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unruhe</li> <li>• Nesteln</li> <li>• Schreien</li> <li>• Störung des Tag-Nacht-Rhythmus</li> </ul>

Tabelle 6: Schweregrade der Demenz Quelle: <http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/Diagnostik/Demenz-Schweregrad.html?raw=true> [06.02.2013]

Die Übergänge zwischen den Schweregraden sind fließend und variabel, sodass eine genaue Abgrenzung oft nicht möglich ist. Verschiedene Bereiche können im unterschiedlichen Ausmaß betroffen sein (z. B. „der Patient oder die Patientin zeigt neu aufgetretene aggressive Tendenzen, während die Kognition nur leicht eingeschränkt ist“). Die Entwicklung in den Bereichen kann unterschiedlich rasch voranschreiten. Ausschlaggebend ist die Beschreibung der Defizite in den einzelnen Bereichen, um den Krankheitsverlauf korrekt beurteilen zu können (vgl. <http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/Diagnostik/Demenz-Schweregrad.html?raw=true> [06.02.2013]).

### 3.1.1.6 Aufklärung

Bei der Diagnoseübermittlung ist der Patient/die Patientin zu befragen, wer über das Ergebnis aufgeklärt werden soll: nur die erkrankte Person selbst oder auch Angehörige, Bekannte und andere Ärzte.

Die Diagnoseübermittlung ist eine schwerwiegende Information für Erkrankte und Angehörige, die zu großen psychischen Belastungen führen kann. Vor der

Übermittlung der Diagnose an die erkrankte Person, an die Angehörigen und das Umfeld muss eine hohe diagnostische Sicherheit vorliegen. Im weiteren Verlauf sollten Aufklärungs- und Beratungsprozesse kontinuierlich fortgesetzt und den wechselnden Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden (vgl. <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik/aufklaerung.html> [08.02.2013])  
Quelle: DGPPN/DGN-S3-Leitlinie „Demenzen“, 2009, aktualisiert am 04.10.2012 17:54:13.

### 3.1.2 Allgemeine Therapieprinzipien bei Demenz

Eine ursächliche Behandlung von Demenzerkrankungen ist bis heute nicht möglich. Die Behandlung einer demenzerkrankten Person soll darauf abzielen, alltags relevante Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten und die Versorgungssituation von Erkrankten und Angehörigen zu verbessern.

Die Behandlung umfasst einerseits die pharmakologischen und andererseits die psychosozialen Intervention für Betroffene und Angehörige im Konzept eines Gesamtbehandlungsplanes. Schematisch dargestellt, werden in der folgenden Abbildung die dafür unterschiedlichen Zielfelder berücksichtigt. (vgl. <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Therapie.html> [08.02.2013]).

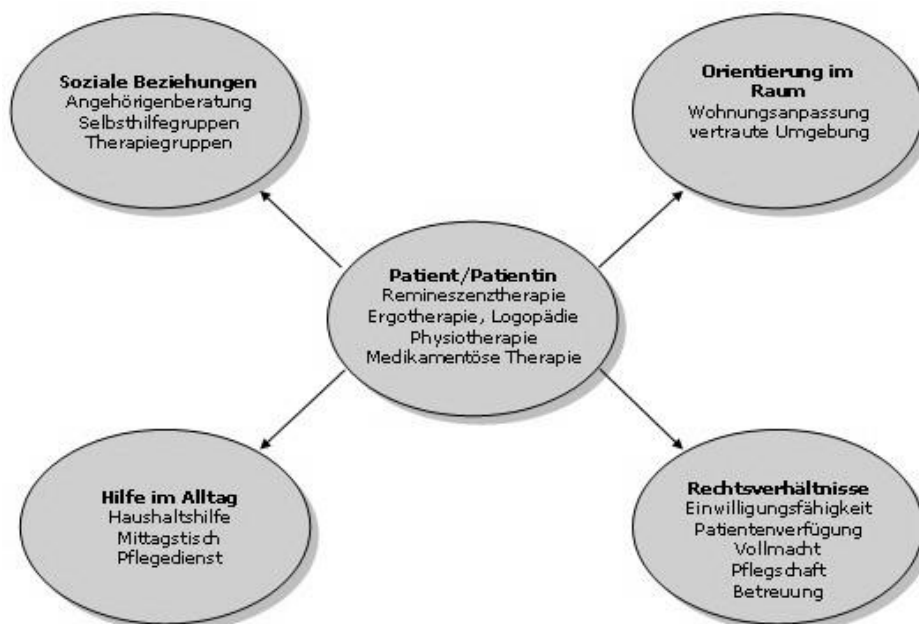


Abbildung 1 Zielfelder der Demenzbetreuung.

Quelle: <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Therapie.html> [08.02.2013]

### 3.1.2.1 Vorbeugende Maßnahmen (Prävention)

„Zur Vorbeugung einer Demenz empfiehlt sich die gezielte Beeinflussung der Risikofaktoren durch entsprechende Maßnahmen:

- Rege geistige Aktivität
- Regelmäßige körperliche Bewegung
- Ausgewogene Ernährung
- Ein aktives soziales Leben
- Senkung der vaskulären (= die Gefäße betreffenden) Risikofaktoren, z.B. durch regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks und des Blutzuckerspiegels  
Folgende Substanzen sollen aufgrund unzureichender Wirksamkeitsnachweise nicht zur Prävention oder Therapie einer Demenz eingesetzt werden:
  - Statine (Arzneistoffe, die u.a. als Cholesterinsenker eingesetzt werden)
  - Vitamin B und E
  - Ginkgo biloba
  - Alkohol
  - Hormonersatztherapie
  - Nicht-steroidale und entzündungshemmende Medikamente (z.B. Ibuprofen)“  
(<http://www.demenz-leitlinie.de/angehoerige/Vorbeugung.html> [11.02.2013]);  
aktualisiert am 04.10.2012 17:30:13

## 3.2 **Recherché/Best Practice (Sr. Valentina Rupnik)**

Die vorliegende Arbeit fundiert auf einer Auseinandersetzung mit einem relevanten Thema. In einer Abschlussarbeit können neue sowie bereits bestehende Erkenntnisse sowie eventuelle Erfahrungen über das ausgewählte Thema hervorgebracht und entsprechend kommentiert werden; sie können auf einer Literaturlauswertung oder auf einer empirischen Untersuchungen beruhen.

Ein Bestandteil eines Projektes und der daraus resultierenden Abschlussarbeit ist die Literaturrecherche. Sie ist eine Methode, die eine Auseinandersetzung und einen notwendigen Überblick sowie die Wissensbasis zum ausgewählten Thema ermöglicht. Das Wort „Literaturrecherche“ beinhaltet zwei Begriffe: „Literatur“ und

„Recherche“. Im Duden 2001 wird der Begriff „Literatur“ folgend erklärt: „schöngeistiges Schrifttum“, „Gesamtbestand aller Schriftwerke eines Volkes“, „Fachschriftum eines bestimmten Bereiches“ oder „Schriftennachweis“. Das Wort „Recherche“ wird im Duden als: „Nachforschung“ beziehungsweise „Ermittlung“ beschrieben. Ferner wird das Wort „recherchieren“ als „ermitteln, untersuchen, nachforschen, erkunden, sich genau über etwas informieren, um Bescheid zu wissen, Hintergründe und Umstände kennen zu lernen, sich ein Bild machen zu können“ erklärt.

Im Rahmen dieser Abschlussarbeit wurde die sogenannte „Fachliteratur“ in verschiedenen Publikationstypen gesucht, dargestellt und verwendet. Die Publikationsform bezeichnet den Informationsträger, auf dem sich die Information befindet. Das können Bücher, Zeitschriften, Internet und anderes sein. Die Publikationsart bezeichnet die Darstellungsart und deren Inhalte. Dies sind Nachschlagewerke, Lehrbücher, Monografien, wissenschaftliche Artikel etc. Innerhalb der wissenschaftlichen Fachliteratur kann man zwischen konzeptbezogener beziehungsweise theoretischer Literatur und datenbezogener, sogenannter „Forschungsliteratur“, unterscheiden (vgl. Kleibel/Mayer 2005, S. 11).

Für eine Literaturrecherche sind mehrere Voraussetzungen notwendig. Um gezielt Literatur zu suchen und einzusetzen, ist eine Informationskompetenz erforderlich. Eine Literatursuche setzt auch einen Zugang zu Bibliotheken, Datenbanken und dem Internet voraus. Die Literaturrecherche ist ein Prozess, der viel Aufmerksamkeit und Zeitressourcen erfordert (vgl. Kleibel/Mayer 2005, S. 17 f.).

Der Prozess der Literaturrecherche beziehungsweise der Suchprozesse verläuft in drei Phasen: Bestimmung des Untersuchungsgegenstandes, Recherche und Bewertung, Lektüre und Kritik. Jede Phase besteht aus einzelnen Schritten, die unterschiedlich lang und aufwendig sind (vgl. Kleibel/Mayer 2005, S. 20).

In der ersten Phase wird die sogenannte „Grobrecherche“ durchgeführt; sie umfasst die Auswahl des Themas. In dieser Phase muss das Thema präzisiert und konkretisiert werden. Während der ersten Suche nach Literatur und beim ersten Einlesen kommen immer wieder Begriffe vor, die den Inhalt des ausgewählten Themas repräsentieren. Die Begriffe und Wörter können gesammelt

werden, um im systematischen Suchen als Suchbegriffe gebraucht zu werden (Kleibel/Mayer 2005, S. 20-22).

Die zweite Phase des Suchprozesses ist die eigentliche Recherche. Diese hat als Ziel, geeignete Literatur zu beschaffen, um zu passenden Suchbegriffen und Literaturzitate zu kommen. Für eine umfassende Recherche sind mehrere Suchhilfen notwendig. Suchbegriffe sind Worte, die einen gewünschten Inhalt darstellen; sie ermöglichen es, eine Liste passender Literaturzitate herzustellen. Dieser Teil des Suchprozesses kann als kleiner Regelkreis funktionieren. Dies bedeutet, dass man in der ersten Recherche noch nicht erfolgreich sein kann. In diesem Fall geht man einen Schritt zurück und wählt einen neuen Suchbegriff beziehungsweise neue Verknüpfung aus, danach wird die Suche neu gestartet. Die Erstellung eines Suchprotokolls ermöglicht die Dokumentation des Prozesses und macht den Suchprozess nachvollziehbar. Die gefundenen Literaturzitate werden in eine Ordnung gebracht, die einen Überblick, eine Überprüfung von möglichen Lücken, die während des Recherchierens entstehen, ermöglicht. Die Literaturbeschaffung erfolgt nach einer Auswahl der Quellen, die man für die eigene Abschlussarbeit anwenden kann (vgl. Kleibel/Mayer 2005, S. 23 f.).

Die dritte Phase des Suchprozesses schließt den Rechercheprozess ab. In ihr finden die Bewertung der Literatur, das kritische Lesen und die Zusammenfassung sowie die Verknüpfung des gefundenen Wissens statt. Vor der Verwendung der Wissensquellen ist eine kritische Bewertung der gefundenen Informationen sinnvoll, weil die gefundene Literatur nicht immer von gleich hoher Qualität ist. Nach der kritischen Überprüfung der Quellen und des Inhaltes werden die gefundenen Informationen synthetisiert (vgl. Kleibel/Mayer 2005, S. 24).

Im Zusammenhang mit dieser Abschlussarbeit ergibt sich die dritte Phase in der Herstellung der Zusammenhänge zwischen den empirischen Ergebnissen und dem Inhalt der Fachliteratur.

Eine wichtige Informationsquelle ist auch die Recherche von Beispielen der Best-Practice. Das Begriff „Best-Practice“ bedeutet Folgendes:

„Der Begriff best practice, auch Erfolgsmethode genannt, stammt aus der angloamerikanischen Betriebswirtschaftslehre und bezeichnet bewährte, optimale

bzw. vorbildliche Methoden, Praktiken oder Vorgehensweisen in Unternehmen“ ([http://de.wikipedia.org/wiki/Best\\_practice](http://de.wikipedia.org/wiki/Best_practice) [01.03.2013]).

Im Rahmen des durchgeführten Projektes war es das Ziel, mit der Grobrecherche einen Überblick und eine Informationssammlung bezüglich des ausgewählten Themas zu erhalten. Die Projektgruppenmitglieder haben mithilfe von Internet, Bibliotheken sowie Telefonaten mit verschiedenen ExpertInnen im Bereich der Demenz Informationen über themenrelevante Literaturquellen und auch von Best-Practice-Beispielen erworben. Die themenrelevanten Quellen wurden von den Projektgruppenmitgliedern in einem Suchprotokoll dokumentiert. Die Resultate der Grobrecherche wurden von den Projektgruppenmitgliedern während der Projektsitzungen präsentiert und diskutiert. Daraus wurden die Inhalte des ausgewählten Themas definiert und festgelegt. Diese Abgrenzung und Spezifizierung des ausgewählten Themas gab die Grundlage für weitere Recherchen und Auseinandersetzungen mit dem Projektthema.

Das Resultat der Recherchen über das Thema „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung“ zeigte, dass es zu diesem Thema sehr wenig relevante Literatur gibt. Es gibt aber eine vielfältige Literatur zu verschiedenen Betreuungskonzepten, wie zum Beispiel die personenzentrierte Pflege nach Kitwood, der erlebnisorientierte Pflege-mäeutische Ansatz und das psychobiografische Modell nach Erwin Böhm.

Auch wurde eine Vielfalt von Informationen über verschiedene Fortbildungen und Weiterbildungen über den Umgang mit BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung, wie zum Beispiel zur Ausbildung für ValidationsanwenderInnen gefunden. Umfangreiche Informationen über die Betreuung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung vermitteln zum Beispiel das Portal *Alzheimerforum* oder das *Demenz Support Stuttgart Zentrum für Informationswesen*.

Die Recherche von Beispielen für Best-Practice-Einrichtungen, die auf die Betreuung von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung spezialisiert sind, zeigt, dass es verschiedene erfolgreiche und attraktive



Ansätze für Pflege- und Betreuungskonzepte gibt, wie zum Beispiel die *Wohn-gemeinschaft für Menschen mit Demenzerkrankung – Caritas Socialis, Wien*.

### 3.3 Selbsthilfegruppen Österreich (Stefan Unterlechner)

Eines meiner Arbeitspakete bestand darin, Selbsthilfegruppen für Angehörige von Familienmitgliedern mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich zu erforschen. In unserer gemeinsamen Arbeit beschränkte sich das Arbeitsteam auf die vier Bundesländer Tirol, Kärnten, Oberösterreich und Niederösterreich. Die Forschung in allen neun Bundesländern durchzuführen, hätte den Rahmen des Projektes gesprengt. Interessant war es vor allem zu untersuchen, ob bei den Angeboten in den ausgewählten vier Bundesländern Unterschiede zu erkennen sind. Dafür wurden die Angebote der einzelnen Selbsthilfegruppen erhoben und daraufhin analysiert, ob diese von den Angehörigen angenommen werden. Dabei wurde angesprochen, ob die Themen in den einzelnen Gruppen professionell behandelt werden und diese auch den Angehörigen die nötige Hilfe bringen. Anhand der Recherchen ergab sich folgendes Ergebnis: In den genannten Bundesländern bestehen sehr viele Selbsthilfegruppen, die einerseits einer Organisation angehören, andererseits aber auch von den Angehörigen selbst organisiert werden. Da es in Österreich sehr viele Selbsthilfegruppen zu diesem Thema gibt, konzentrierte sich die Arbeitsgruppe bei ihrer Untersuchung auf die von *Alzheimer Austria* (Unterstützung für betroffene Angehörige) und *Volkshilfe von Demenzerkrankungen* organisierten Gruppen.

Aufteilung der Selbsthilfegruppen Tirol, Kärnten, Oberösterreich, Niederösterreich:

- Tirol fünf
- Oberösterreich fünf
- Niederösterreich sieben
- Kärnten fünf

Vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz wurde eine Plattform für pflegende Angehörige installiert:

- Zentrale Beratungsstellen

- Pflegetelefon unter der Nummer 0800–20 16 22, Beratung für Pflegende; eine Initiative des BMSK, österreichweit und kostenlos, oder E-Mail: [pflegetelefon@bmask.gv.at](mailto:pflegetelefon@bmask.gv.at)
- Plattform für pflegende Angehörige [www.pflegedaheim.at](http://www.pflegedaheim.at)

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass es in keiner der 22 Selbsthilfegruppen aus den vier ausgewählten Bundesländern ein Angebot für Personen gibt, deren Angehörige in einem stationären Bereich leben. Auch nach einer intensiven Telefonrecherche konnte keine Selbsthilfegruppe gefunden werden, die sich den Angehörigen widmet, wenn die zu pflegende Person im stationären Bereich ist. Es wurde nachgefragt, ob Angehörige, die früher an einer Selbsthilfegruppe teilnahmen, noch weiter die Gruppe besuchen, wenn die zu pflegende Person bereits im stationären Bereich lebt. In allen vier Bundesländern zeigte sich, dass einige wenige Angehörige zu Beginn die Selbsthilfegruppen noch besuchen. Die Teilnahme nimmt sukzessive ab. Alle 22 Selbsthilfegruppen sind offen für Angehörige, wenn die zu pflegende Person im stationären Bereich wohnt. Dieses Angebot wird allerdings nur in einem sehr geringen Ausmaß angenommen.

Dieses Ergebnis war für das Projekt nicht zufriedenstellend, weswegen bei der *Caritas Tirol* weitere Informationen eingeholt wurden. Ich wurde zu einer Expertin in diesem Bereich, Mag. Petra Jenewein, vermittelt. Sie forscht einerseits im Bereich „Demenzerkrankung“ und arbeitet andererseits mit Menschen mit Demenzerkrankung. So hat sie auch praktisches Know-how vorzuweisen. Gemäß ihrer Auskunft wurde dieses Spannungsfeld zwischen Angehörigen und Mitarbeitern bei einer diagnostizierten Demenz im stationären Bereich bis heute noch nicht erforscht. Freundlicherweise stellte sie mir ihre Forschungsunterlagen zur Verfügung. Da diese Arbeit das ausgewählte Spannungsfeld jedoch nicht beleuchtet, brachte sie für das Projekt keine neuen Erkenntnisse.

Des Weiteren konfrontierte ich die *Plattform für pflegende Angehörige* mit dieser Fragestellung. Diese Plattform sieht ihren Schwerpunkt jedoch in der Beratung und Unterstützung der Angehörigen, wenn die zu pflegende Person noch zu Hause betreut wird.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im Bereich „Demenzerkrankung“ eine sehr große aktive Arbeit geleistet wird und bereits viel erforscht wurde. Zahlreiche Institutionen haben sich auf dieses Gebiet spezialisiert, um den Angehörigen und Demenzerkrankten Hilfe anzubieten. Für das vorliegende Projekt konnten jedoch keine Erkenntnisse gewonnen werden, da die Angehörigen dieses Angebot der Selbsthilfegruppen nur vereinzelt oder gar nicht in Anspruch nehmen.

### **3.4 Gruppendiskussion (Hermine Schneeberger)**

Die Gruppendiskussion ist eine der populärsten und die zugleich am weitesten verbreitete Methode in der qualitativen Marktforschung; oft wird als Synonym dafür der Begriff „Fokusgruppe“ gebraucht. Der Ursprung liegt in den USA, und seit einigen Jahren wird in Europa dieses Instrument auch in der sozialwissenschaftlichen Forschung eingesetzt.

Unter Fokusgruppen versteht man eine Forschungsmethode, bei der in moderierten Diskussionsrunden mit nach bestimmten Kriterien ausgesuchten Teilnehmern über ein vorgegebenes Thema diskutiert wird. Die Methode wird eingesetzt, um die Einstellungen, Meinungen, Wahrnehmungen, Wünsche und Ideen zu einer vorgegebenen Thematik zu erfassen. Gruppendynamische Prozesse sollten zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem zu diskutierenden Gegenstand führen. Die Teilnehmer müssen ihre Meinung begründen. Durch das Aufeinandertreffen verschiedener Wahrnehmungen und Ansichten kommt es zu Vertiefungen zentraler und wichtiger Aspekte. Durch die Charakteristik dieser Forschungsmethode unterscheiden sich Fokusgruppen von anderen Erhebungsinstrumenten, wie zum Beispiel Einzelinterviews oder schriftliche Befragungen. Durch Austausch und Diskussionsprozesse erhalten die verschiedenen Aussagen eine besondere Qualität; auch können tiefgreifende Informationen einer bestimmten Zielgruppe auf diese Weise erfasst werden. Eine Fokusgruppe umfasst meist sechs bis zehn Personen, wird von einem Moderator betreut und dauert je nach Komplexität des Themas etwa ein bis vier Stunden.

Für die Bekräftigung der Aussagekraft dieser Forschungsmethode ist es wichtig, dass immer mehrere Diskussionsrunden stattfinden. Durch die relativ kleine Zahl

der Stichproben liefern Fokusgruppen zwar keine repräsentativen Ergebnisse, doch können bestimmte Verallgemeinerungen sowie Trends und Muster aus ihnen abgeleitet werden. Oft werden solche Gruppen auch aus pragmatischen Gründen verwendet, da der Kosten- und der Zeitaufwand im Vergleich zu anderen Methoden relativ gering sind und trotzdem eine Vielzahl an Informationen gewonnen werden kann.

#### **3.4.1 Vorteile von Fokusgruppen**

- Durch die persönliche Kommunikation können völlig neue, unerwartete und zuvor unbedachte Aspekte und Zusammenhänge aufgedeckt werden.
- Durch die Interaktion der Teilnehmer wird die Auseinandersetzung mit dem Thema viel differenzierter und reflektierter behandelt als in Einzelbefragungen.
- Durch die starke Dialogorientierung und eine offene und flexible Interviewform können tief greifende Ergebnisse gewonnen werden. Die TeilnehmerInnen und ModeratorInnen können unmittelbar nachfragen und die Thematik vertiefen. Auch nicht-verbale Reaktionen (Gestik/Mimik) können berücksichtigt werden (vgl. Göll et al. 2005, S. 8).

#### **3.4.2 Nachteile von Fokusgruppen**

- Die Auswertung unterliegt, wie bei jeder quantitativen Methode, der Interpretation des Forschers.
- Der/die ModeratorIn nimmt eine zentrale Funktion ein und kann daher die Gruppe stark beeinflussen, unter anderem auch einen negativen Einfluss auf den Verlauf und den Inhalt ausüben.
- Dominierende Teilnehmer können die Richtung und Schwerpunkte der Diskussion beeinflussen und andere verunsichern. Dies könnte dazu führen, dass bestimmte Aspekte nicht zur Sprache gebracht werden.

Das Vorgehen bei einem Fokusgruppenprojekt gliedert sich in neun Schritte. Der Forschungsprozess für das in dieser Abschlussarbeit behandelte Projekt wird anhand dieser Anleitung dargestellt.

### 3.4.3 Die neun Schritte im Überblick

- Die Probleme müssen definiert und die Forschungsfragen formuliert werden.
- Die Gruppe muss bestimmt werden.
- Die ModeratorInnen werden ausgewählt und geschult beziehungsweise „gebrieft“.
- Der Diskussionsleitfaden wird erstellt, und der „Grundreiz“ wird festgelegt.
- Der Leitfaden wird überprüft.
- Die TeilnehmerInnen müssen gewonnen werden.
- Die Diskussion wird durchgeführt.
- Die Dokumentation und Auswertung wird durchgeführt.
- Die Ergebnisse werden zusammengeführt und Schlussfolgerungen gezogen (vgl. Göll et al. 2005, S. 10).

#### 3.4.3.1 Problem und Forschungsfrage definieren

Als Erstes ist es bei dieser Methode von großer Wichtigkeit, sich darüber klar zu werden, was man erreichen möchte und welche Ziele man verfolgt.

Das Ziel der vorliegenden Projektarbeit ist es, die Zufriedenheit der Angehörigen in der Zusammenarbeit mit den Pflegenden in den befragten Einrichtungen festzustellen, um Maßnahmen zur Verbesserung ableiten zu können. In einer Projektgruppensitzung wurden Probleme diskutiert. Dabei wurde überlegt, welche Informationen für das Projekt wichtig sind und wer diese Informationen liefern kann. Anhand dieser Diskussion wurden folgende Forschungsfragen festgelegt:

- Was könnte anders oder besser gemacht werden, um die Angehörigen leichter zu erreichen und die Zusammenarbeit zu verbessern?
- Welche Fehler sollten vermieden werden?
- Was ist gut? Was ist hilfreich?
- Wie funktioniert das Informationswesen?
- Welche Anregungen und Verbesserungsvorschläge gibt es für die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden?

### 3.4.3.2 Fokusgruppe bestimmen

„Die Zielgruppe für ein Fokusgruppenprojekt leitet sich direkt aus der jeweiligen Zielsetzung ab.“ (Göll et al. 2005, S. 11).

Sinnvoll ist es, die Teilnehmer einer Fokusgruppe so zusammenzustellen, dass sie im Hinblick auf gewisse Kriterien einen gemeinsamen Hintergrund aufweisen, sich aber doch zumindest in einem Merkmal unterscheiden, um eine möglichst hohe Vielfalt an Meinungen zu erhalten. Sie sollten auch ein ausreichendes Maß an Interesse für die Thematik mitbringen (vgl. Göll et al, 2005, S. 11).

Die Auswahl und Festlegung der Zielgruppe für das vorliegende Projekt erfolgte ebenfalls in einer Projektsitzung. Eine diagnostizierte Demenz des/der pflegebedürftigen BewohnerIn ist die grundlegende Voraussetzung für die Auswahl der TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion. Ansonsten wurde bewusst ein recht unterschiedliches Klientel ausgewählt, um möglichst vielfältige Informationen zu erhalten. Es wurde vereinbart, Fokusgruppen mit jeweils fünf TeilnehmerInnen in vier verschiedenen Bundesländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Kärnten und Tirol) durchzuführen. Die Bundesländer ergaben sich durch die Herkunft der Projektgruppenmitglieder.

### 3.4.3.3 ModeratorInnen auswählen und schulen

Neben der richtigen Auswahl der FokusgruppenmitgliederInnen nimmt der/die ModeratorIn eine zentrale Rolle für den Erfolg und das Gelingen einer Gruppendiskussion ein. Er/sie muss in der Lage sein, eine Atmosphäre zu schaffen, die eine entspannte und konstruktive Kommunikation möglich macht, und muss die Fähigkeit besitzen, das Gespräch zu lenken. Er/sie muss es schaffen, immer wieder zum Thema zurückzuführen und wenn nötig regulierend einzugreifen.

Folgendes ist unbedingt zu beachten:

- Es müssen nicht immer alle TeilnehmerInnen zu Wort kommen, wenn sie nicht möchten, aber jede Person soll zu Wort kommen, wenn sie „etwas loswerden“ möchte.

- Unzufrieden wirkende TeilnehmerInnen müssen angesprochen werden.
- Es muss darauf geachtet werden, dass nicht einige wenige die Diskussion dominieren (vgl. Göll et al. 2005, S. 13).

„Der Moderator/die Moderatorin muss kein Experte sein für das Fachthema der Diskussion, dennoch sollte er sich gut inhaltlich vorbereiten und in die Thematik einarbeiten, damit er die Argumente richtig zuordnen und einschätzen kann.“ (Göll et al. 2005, S. 13).

Für die Moderation wurde Frau Hermine Schneeberger ausgewählt, da sie in keinem der Heime angestellt ist, daher als neutrale Person in die Diskussionen gehen kann und bei Konfliktt Themen als nicht betroffene Partei gilt und die erforderliche Distanz aufbringen kann. Ein weiterer Punkt, der bei der Bestellung der Funktion der Moderatorin/des Moderators ausschlaggebend war, ist, dass Frau Schneeberger aus dem Krankenhausbereich kommt, nicht so eng mit der Thematik verbunden ist und unvoreingenommen die Diskussion leiten konnte, dennoch aber über eine ausreichende Fachkenntnis verfügt.

#### 3.4.3.4 Diskussionsleitfaden erstellen und Input festlegen

Der Diskussionsleitfaden ist so etwas wie ein „Fahrplan“, der die zeitlichen und inhaltlichen Abläufe festlegt und in dem die formulierten Fragen niedergeschrieben sind. Bei seiner Erstellung ist es besonders wichtig, möglichst präzise Fragen zu stellen, ohne die Antwortmöglichkeiten einzugrenzen oder die Diskussion in eine bestimmte Richtung zu führen. Es müssen allgemeine Schlüsselfragen formuliert werden, die durch Stichworte und/oder Zusatzfragen ergänzt werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Durchführung von Fokusgruppen ist, dass am Anfang einer Gesprächsrunde ein möglichst konkreter Input oder Grundreiz gegeben oder gesetzt wird. Das Ziel ist es, die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf den Diskussionsgegenstand zu lenken und konkrete Anstöße für die Diskussion zu geben (vgl. Göll et al. 2005, S. 14 f.).

Der Diskussionsleitfaden wurde in der Septembersitzung 2012 der Projektgruppe gemeinsam erstellt. Als „Grundreiz“ zum Einstieg in die Gruppendiskussion wurde folgender Satz benannt:

„Denken Sie an die Entscheidung zurück – Mein Angehöriger wird ab nun in einem Heim leben. Wie ist es Ihnen dabei ergangen?“

Für den Leitfaden wurden mit verschiedenen Fragen folgende Kategorien gebildet:

- Unterstützung und Hilfe
- Informationswesen
- Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen
- Verbesserungsvorschläge

Der vollständige Diskussionsleitfaden ist im Anhang nachzulesen.

Als Nichtziel der Gruppendiskussion wurde die Bewertung der Pflegequalität durch den/die ModeratorIn im jeweiligen Haus definiert, und es sollte kein Rahmen für einzelne Beschwerden geboten werden. Auf diese Punkte wurde in der Diskussion nicht eingegangen. Die Angehörigen wurden auf individuelle Sprechstunden verwiesen.

#### 3.4.3.5 Leitfaden überprüfen

Unter Umständen kann es sinnvoll sein, den Leitfaden vor der ersten Diskussion einem Probelauf, einem sogenannten „Pretest“ zu unterziehen, um zu überprüfen, ob die Fragen verständlich und zielführend formuliert sind. Dieser Schritt könnte auch ressourcensparend mit einem/einer KollegIn „durchgespielt“ werden. Sollten bei der Durchführung der ersten Diskussion Probleme auftreten, so kann der Leitfaden noch entsprechend geändert oder angepasst werden.

Ein Pretest für eine Gruppendiskussion wurde bei diesem Projekt nicht durchgeführt. Der Leitfaden wurde jedoch von Frau Mag. Maria Gamsjäger, die mit der Betreuung des Projektes befasst war, überprüft und für praktikabel befunden. Es tauchten auch nach der ersten Fokusgruppe keine Probleme auf, sodass es nicht notwendig war, den Leitfaden noch zu verändern.



#### 3.4.3.6 TeilnehmerInnen gewinnen

„Der Aufwand für die Gewinnung der Teilnehmer/Teilnehmerinnen ist sehr unterschiedlich und steht in Abhängigkeit zur jeweiligen Zielgruppe, die man zu Wort kommen lassen möchte.“ (Göll et al. 2005, S. 16).

Hilfreich dafür können sein:

- Datenbanken
- Schaltung von Zeitungsannoncen
- Aushängen von Einladungen in Schulen, Supermärkten u. a.
- Persönliche Einladungen

Für die Fokusgruppen wurde in der Projektsitzung eine einheitliche Einladung erstellt (siehe Anhang), Die Angehörigen wurden von den Projektmitgliedern drei Wochen vor dem ausgesuchten Termin schriftlich und auch persönlich eingeladen. Anfängliche Zweifel, ob tatsächlich in jeder Einrichtung fünf Personen dafür gewonnen werden könnten, erschienen als unbegründet. In jedem Heim konnte ohne Schwierigkeiten die vereinbarte Zahl an Angehörigen für die Fokusgruppen gefunden werden. Kaffee und Kuchen oder Brötchen wurden in allen Institutionen als kleine Entschädigung und als Zeichen der Wertschätzung angeboten.

#### 3.4.3.7 Diskussion führen

Für das Gelingen von Fokusgruppen ist es wichtig, dass räumliche Ressourcen zur Verfügung stehen, die es ermöglichen, eine Umgebung zu schaffen, in der sich die Diskussionsteilnehmer wohl fühlen, ausreichend Platz vorhanden und eine ungestörte Gesprächsführung möglich ist.

Die Fokusgruppe wird von einem Moderator geleitet und kann eventuell von einem Assistenten unterstützt werden. Zu Dokumentationszwecken und zur anschließenden Auswertung muss die Diskussion mit Tonband oder mittels Videoaufnahmen aufgezeichnet werden.

Die Moderation der Fokusgruppen wurde von Frau Schneeberger übernommen. An den vereinbarten Terminen reiste sie in das jeweilige Bundesland an. Ungefähr eineinhalb Stunden vor dem eigentlichen Beginn der Diskussionsrunden erfolgte

ein „Briefing“ vor Ort durch die Pflegedirektion beziehungsweise die stellvertretende Pflegeleitung. Die Moderatorin wurde über die teilnehmenden Angehörigen und den/die dazugehörigen BewohnerInnen informiert. Wichtige Informationen für die Diskussion wurden der Moderatorin mitgeteilt, zum Beispiel der Verwandtschaftsgrad zum Bewohner und wer von den Angehörigen vor dem Heimeintritt zu Hause gepflegt hat. Auch wurden der Diskussionsleiterin die sozialstrukturellen übergeben. Abgefragt wurden Alter, Geschlecht und Verwandtschaftsgrad der TeilnehmerInnen.

Vor Beginn der Diskussionsrunden wurde der vorgesehene Raum nochmals auf entsprechende Erfordernisse kontrolliert und ein „Willkommens-Flipchart“ zur Begrüßung der Diskussionsmitglieder gestaltet. Nach dem Eintreffen aller Gäste wurde die Moderatorin vorgestellt. Danach wurde die Leitung der Diskussion an Frau Schneeberger übergeben.

Nach einer kurzen Vorstellung ihrer Person erklärte die Moderatorin den Ablauf der Fokusgruppe und holte sich von allen Beteiligten das Einverständnis für die Tonaufnahme ein. Den TeilnehmerInnen wurde versichert, mit den Informationen vertraulich umzugehen, und es wurde erklärt, dass die Auswertung anonymisiert erfolge. Die Diskussion wurde mittels eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Die Diskussionsleitung setzte mit dem Grundreiz den Beginn der eigentlichen Gesprächsrunde.

„Denken Sie an die Entscheidung zurück – Mein Angehöriger wird ab nun in einem Heim leben. Wie ist es Ihnen dabei ergangen?“

Die TeilnehmerInnen erschienen der Moderatorin zunächst etwas nervös und unsicher, obwohl der Ablauf eingangs abgesprochen worden war. Sie waren eher passive Gesprächsteilnehmer. Dies konnte in allen Gesprächsrunden beobachtet werden. Nach kurzer Zeit entwickelten sich dann aber rege Diskussionen. Die Schwierigkeit der Leitung bestand in dieser Phase darin, dass die Teilnehmer nacheinander sprachen. Oft entstanden Zwiegespräche zwischen den Mitgliedern der Fokusgruppe. Wieder alle zum aktuellen Thema zurückzuholen, war für die Moderatorin in gewissen Phasen eine große Herausforderung, und der erstellte Leitfaden diente dazu, den roten Faden nicht zu verlieren. Die Atmosphäre war in

allen Runden sehr empathisch, und die TeilnehmerInnen erweckten den Eindruck, dass sie sich mit Freude und Engagement in die Diskussion einbrachten und stolz waren, etwas zu diesem Projekt beitragen zu können.

Es gab jedoch in drei von vier Gruppen immer eine Person, die kaum Beiträge tätigte. In der Fokusgruppe in Tirol lieferte eine Teilnehmerin erst beim anschließenden, kurzen gemütlichen Zusammensein, nachdem das Tonband schon ausgeschaltet war, noch wichtige Aussagen. Diese wurden von der Moderatorin schriftlich festgehalten. In einer anderen Gesprächsrunde leistete eine Teilnehmerin keinen einzigen Beitrag. In der Literatur werden für einen solchen Fall unterschiedliche Vorgehensweisen beschrieben. Die Moderatorin entschloss sich für die Variante, keiner/keine der TeilnehmerInnen direkt anzusprechen, sondern eine abwartende Haltung einzunehmen. Es sollte sich niemand dazu verpflichtet fühlen, Aussagen zu tätigen.

In der Gruppendiskussion in Kärnten war ein Hausarzt Teilnehmer der Diskussionsrunde. Er konnte zwar als Betroffener und zugleich als Experte einige wichtige Beiträge liefern, doch beanspruchte er sehr viel Redezeit für sich, und die Moderatorin hatte den Eindruck, dass die restlichen DiskussionsteilnehmerInnen nicht ausreichend zu Wort kamen und auch Scheu hatten, eine andere Meinung als der Experte zu vertreten. Die Erkenntnis daraus lautet für die Projektgruppe, dass es bei der Zusammenstellung der Fokusgruppen nicht förderlich ist, ExpertInnen und Angehörige in einer Gruppe zusammenzufassen.

Die Diskussionsdauer lag zwischen 57 Minuten und einer Stunde und 38 Minuten.

#### 3.4.3.8 Dokumentieren und auswerten

Anhand der Tonbandbandaufzeichnungen wird ein Transkriptionsprotokoll erstellt. Hierbei ist zu beachten: Je früher mit der Anfertigung des Protokolls begonnen wird, desto besser sind die Erinnerungen an die Diskussionen, und Stimmungen während der Gespräche können noch besser nachvollzogen werden. Aus Datenschutzgründen müssen die Informationen jedoch anonymisiert dokumentiert werden. Innovative Vorschläge und deutliche Kritik sollen hervorgehoben und aussagekräftige wörtliche Zitate in das Protokoll aufgenommen werden.

Anschließend erfolgt die Interpretation der Ergebnisse (vgl. Göll et al. 2005, S. 20 f.).

Die Tonaufzeichnungen wurden von der Moderatorin selbst zeitnah in einem Transkriptionsprotokoll festgehalten. Dies war von enormer Wichtigkeit, denn nur die Moderatorin konnte auch die nonverbale Kommunikation und die Stimmungen in den einzelnen Fokusgruppen festhalten. Die große Schwierigkeit beim Transkribieren bestand darin, alle wichtigen Informationen einzufangen, wenn mehrere Diskussionsteilnehmer gleichzeitig sprachen. Dies bedurfte eines beträchtlichen Zeitaufwands. Ein besonderes Augenmerk wurde der Anonymität gewidmet. Die Teilnehmer wurden mit den Buchstaben A1 - A5 betitelt. Alle vier Transkriptionsprotokolle liegen bei der Moderatorin auf, ein Protokoll ist als Beispiel dem Anhang beigegeben.

Der nächste Schritt war die Interpretation. Jede Fokusgruppe wurde einzeln interpretiert. Diese Protokolle sind im Anhang nachzulesen.

#### 3.4.3.9 Ergebnisse zusammenführen und Schlussfolgerungen ziehen

Bei diesem Schritt wurden die Ergebnisse der verschiedenen Fokusgruppen zusammengeführt, miteinander verglichen sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Anschließend erfolgte die Ableitung von Erfolgsfaktoren Handlungsempfehlungen und Maßnahmen. Die Ergebnisse werden mit den PflegedirektorInnen der jeweiligen Heime besprochen und ihnen zur Verfügung gestellt.

## **4 EXPERTINNENBEFRAGUNG (STEFAN UNTERLECHNER)**

### **4.1 ExpertInnenbefragung**

Die Zielgruppe „ExpertInnen“ wurde in einer Projektsitzung definiert. Es sollten ExpertInnen aus der Pflege und Fachärzte befragt werden. Es stellte sich die Aufgabe, einen Pflegeexperten/eine Pflegeexpertin zu benennen. Nach einer kurzen Diskussion war klar, dass ein/eine PflegeexpertIn mindestens 10 Jahre mit einem an diagnostizierter Demenz erkrankten Menschen gearbeitet haben muss. Bei den Ärzten wurde der Fokus auf Neurologen und Psychiatern gelegt. Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch oder durch persönliche Anfrage.

In der weiteren Folge war es wichtig, die richtigen Fragen herauszufinden und zu definieren, um ein gutes Ergebnis erzielen zu können. Es war eine große Herausforderung, gezielte Fragen für das Thema zu finden. Die Projektgruppe einigte sich darauf, zuerst Kategorien zu erstellen, damit auch Maßnahmen abgeleitet werden konnten. Diese wurden mit dem Projektbereich „Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung“ abgestimmt. Es konnten drei aufeinander abgestimmte Kategorien erstellt werden, die für die Angehörigen-, MitarbeiterInnen- und ExpertInnenbefragung Gültigkeit hatten.

In der erfolgten ExpertInnenbefragung wurde der Blickwinkel nach außen und innen gerichtet, damit möglichst viele Informationen und Ideen gesammelt werden konnten. Damit der richtige Interviewleitfaden erstellt werden konnte, war die Wahl der Interviewform von großer Bedeutung.

#### **4.1.1 Auswahl der Zielgruppe**

Ein wichtiger Faktor für das Gelingen der Befragung lag darin, die richtigen ExpertInnen auf diesem Fachgebiet zu finden. Berufliche Netzwerke und Kontakte zu früheren KollegInnen machten es möglich, die richtigen Gesprächspartner zu identifizieren. Der Kontakt zu den einzelnen ExpertInnen wurde telefonisch hergestellt. In diesen Gesprächen war es wichtig, das Interesse für das Projekt zu wecken. Leider hatten einige für eine telefonische Erklärung wenig Zeit. Aufgrund dieser Erfahrung wurden die ExpertInnen per E-Mail kontaktiert, und diese hatten danach die Möglichkeit, das Projekt detailliert kennenzulernen und über den

zeitlichen Rahmen informiert zu werden. Bei der Auswahl der Zielgruppe war ein empathisches Vorgehen notwendig, um die ExpertInnen für das Projekt zu gewinnen. Leider sind nicht alle Pflegepersonen für etwas Neues offen. Einige KollegInnen waren nicht zu überzeugen, einen anderen Blickwinkel auf ihr Tun zu werfen. Eine beispielgebende Antwort war: *„Mensch, wieder einer mit so einem Blödsinn, da kommt ja doch nichts heraus. Nur verlorene Zeit“*.

Für das Interview stellten sich fünf PflegeexpertInnen zur Verfügung. Die Personengruppe setzte sich folgendermaßen zusammen: leitende Pflegepersonen mit einer Berufserfahrung von 20 bis 30 Jahren aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie, Pflegedienstleitungen, Heimleitungen und akademische ExpertInnen für Demenzstudien.

Leider war die Bereitschaft der Ärzte gering; für diese Berufsgruppe wäre nur eine Publikation von großer Bedeutung. Trotzdem konnten drei Ärzte für ein Interview gewonnen werden.

#### **4.1.2 Interview**

Definition nach Fisseni, H. J. (1990):

„Das Interview, auch mündliche Befragung, ist eine Methode zur Gewinnung von nützlichen Informationen im Gespräch, die weitgehend ohne technische Hilfsmittel auskommt und für vielfältige Zwecke einsetzbar ist. Es handelt sich um eine Informationsvermittlung durch Wechselrede zwischen mindestens zwei Personen, wobei der Informationsfluss primär vom Befragten geht. Verschiedene Formen von Interviews können je nach Fragestellung zum Einsatz kommen“ (<http://www2.hu-berlin.de7psychologie/guideas/popup.php?p=5&id=12&bid=&bpw=> [01.02.2013]).

##### **3.3.2.1 Strukturierte Interviews**

Dem Gesprächsführenden sind der Inhalt, die Formulierung und der Zeitpunkt der Fragen und dem Befragten manchmal auch die Antwortalternativen vorgegeben. Diese Interviewform ähnelt den formellen Fragebögen und kann auch schriftlich abgegeben werden. Der Aufwand zur Erstellung des Interviewleitfadens ist erheblich. Als Nachteil zu sehen ist, dass ein Nachfragen kaum möglich ist.

### 3.3.2.2 Unstrukturierte Interviews

Dem Gesprächsführenden bleiben der Inhalt, die Formulierung und die Reihenfolge der Fragen offen, ebenso die Antwortmöglichkeiten und die Auswertung. Der Vorteil eines solchen Interviews, auch „freies Gespräch“ genannt, liegt darin, Fragestellungen zu erkunden und eine Untersuchung vorzubereiten. Der Nachteil ist, dass durch die Unstrukturiertheit kaum zusammenfassbare und verallgemeinernde Ergebnisse zu erzielen sind.

### 3.3.2.3 Halbstrukturierte Interviews

Dies ist die gebräuchlichste Interviewform. Hierbei werden die Vorzüge der beiden erstgenannten Formen vereint und gleichzeitig die Nachteile vermieden sowie die anzusprechenden Themen festgelegt, wodurch man eine Sicherstellung erhält, dass kein wichtiger Bereich übersehen wird. Dem Interviewer wird bei der Formulierung der einzelnen Fragen sowie bei eventuell nötigen Zusatzfragen freie Hand gelassen. Daher hat er die Möglichkeit, sich auf seinen Probanden einzulassen und sich auf seine Gedanken einzustellen. Empfehlenswert ist, dass vor allem zu Beginn ein Teil der Fragen vorgegeben ist, was den Einstieg in das Thema erleichtert. Der Vorteil dieser Interviewform liegt darin, dass man einen größeren Blickwinkel nach innen und außen erhält (vgl. <http://www2.hu-berlin.de/psychologie/guideas/popup.php?p=5&id=12&bid=&bpw> [01.02.2013]).

## 4.1.3 Erstellung eines Leitfadens für ExpertInnen

Die Form des Interviews wurde anhand der bereits festgelegten und definierten Kategorien gestaltet. Gezielte Fragen wurden formuliert. Das halbstrukturierte Interview ist eine Befragungstechnik, welche die Möglichkeit eröffnet, Fragen zu stellen, die sehr vielfältige Informationen zulassen, und bei der durch aktives Nachfragen Themen vertieft behandelt werden können. Mit dieser Form des Interviews wurden sehr viele Informationen von den ExpertInnen erwartet. Es war vor allem wichtig, über das Forschungsthema des Projektes zu sprechen und eine lockere und angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, um möglichst tief greifende Informationen zu erlangen. Interessant war vor allem, ob sich aus den

einzelnen Interviews Maßnahmen ableiten lassen, die auch in der Praxis umsetzbar sind.

Zur Abstimmung der Fragen mit den Projektmitgliedern erfolgte ein permanenter Austausch per E-Mail. Es war notwendig, die Fragen immer wieder abzugleichen. Dieser Leitfaden für ExpertInnen wurde an Frau Mag. Maria Gamsjäger vom IBG gemailt. Bis zur Freigabe des Leitfadens für ExpertInnen erfolgten verschiedene Korrekturen. Auch wurde ein Pretest angedacht, um gegebenenfalls noch Korrekturen vornehmen zu können; dieser wurde in späterer Folge auch durchgeführt.

## **4.2 Durchführung**

### **4.2.1 Pretest**

Ein Interview zu führen, ist eine sehr große Herausforderung. Eine gute Vorbereitung ist dabei von Bedeutung. Bei der Durchführung der Interviews mit ExpertInnen in Bereich der Pflege und Neurologen und Psychiatern ist ein professionelles Auftreten sehr wichtig. Die Internetrecherchen bezüglich eines Pretests für Interviews führten zu keinem verwertbaren Ergebnis; daher wurden folgende Punkte, die für ein Interview von Bedeutung sind, überprüft:

- Sind die Fragen redundant?
- Gibt es schwer verständliche Fragen?
- Können sinnvolle Antworten gegeben werden?
- Interviewort
- Zeitmanagement
- Aufzeichnungsgerät
- Schriftliche Dokumentation
- Begrüßung
- Vorstellung des Projekts
- Ziel des Projektes
- Bedanken für die Gesprächsbereitschaft

Der Pretest soll zu folgenden Erkenntnissen führen beziehungsweise Antworten auf folgende offenen Fragen liefern:

- Ist das Interview halbstrukturiert?



- Sind eventuell Fragen abzuändern?
- Stört meine schriftliche Dokumentation während des Interviews?
- Ist die Sprache verständlich?
- Ist der zeitliche Rahmen ausreichend?
- Kann ich genügend Informationen erhalten?
- Ist das halbstrukturierte Interview für mich die richtige Methode?

Anhand der gewonnenen Ergebnisse ist es möglich, Korrekturen abzuleiten. Sollte es notwendig sein, kann noch ein Pretest durchgeführt werden, um den optimalen Leitfaden für das Interview zu erhalten. Der Pretest wurde mit einer Pflegeperson durchgeführt, die bereits einige Jahre in einem Wohnheim tätig ist. Dieses Heim verfügt über keine eigene Demenzstation. Trotzdem leben hier sehr viele BewohnerInnen mit einer diagnostizierten Demenz. Der Interviewpartner kennt dieses Spannungsfeld zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen sehr gut aus seinem Arbeitsalltag.

Die Durchführung des Pretests war eine gute Erfahrung. Bei der Auswahl des Interviewortes ist es vor allem wichtig, wirklich ungestört zu sein, denn ein Interview benötigt einige Konzentration, um den roten Faden nicht zu verlieren. Auch Kleinigkeiten können sehr wichtig sein und müssen berücksichtigt werden, da sie sich sonst störend auswirken können.

- Ersatzbatterien für das Aufnahmegerät.
- Etwas zum Trinken bereitstellen.
- Die Dauer des Interviews bekannt geben, um Hektik zu vermeiden.
- Einen Ersatzkugelschreiber bereithalten.
- Die Raumtemperatur nicht zu hoch einstellen.
- Permanente Störungen vermeiden.

Diese Punkte müssen bei der Terminvereinbarung unbedingt beachtet werden. Die Fragen mussten nicht mehr verändert werden, da sie alle sehr verständlich waren. Die gewählte Interviewform war die richtige, um an die gewünschten Informationen zu kommen. Man ist in vielen Bereichen offen und findet sehr wenige Einschränkungen vor. Der Zeitrahmen von eineinhalb Stunden schien

angemessen zu sein. Die Durchführung des Pretests war sehr wichtig, um die nötige Sicherheit zu erlangen und so auch bei den ExpertInnen gut auftreten zu können. Eine gute Vorbereitung ist wichtig, um konkrete Ergebnisse zu erzielen.

#### **4.2.2 Durchführung eines Interviews**

Die Terminvereinbarung erfolgte mit allen ExpertInnen telefonisch. Auf Wunsch der ExpertInnen wurde der Ort ihres Vertrauens gewählt.

Geplanter Ablauf des Interviews:

- Begrüßung und Vorstellung
- Bedanken für die Gesprächsbereitschaft
- Erläuterung des Anliegens
- Rahmenbedingungen festlegen
- ungestörtes Interview
- Aufzeichnungsgerät
- schriftliche Dokumentation
- Getränke
- Zeitmanagement festlegen
- Vertraulichkeit des Interviews
- allgemeine Fragen zum Spannungsabbau einbauen
- Interview durchführen
- Beenden des Interviews
- das Gefühl vermitteln, wie wichtig diese ExpertInnenmeinung war

Die Interviews mit den PflegeexpertInnen waren sehr positiv, die Begeisterung für das Thema war überraschend groß. Alle Interviews konnten sehr offen und kritisch geführt werden. Alle ExpertInnen baten, die Ergebnisse dieses Projekts zu erhalten. Die fertigen Ergebnisse werden den ExpertInnen zur Verfügung gestellt.

#### **4.2.3 ExpertInnenbefragung bei ÄrztInnen**

Ein Facharzt nahm sich die Zeit für ein Interview. Bei dieser Befragung konnten keine Erkenntnisse für das Projekt gewonnen werden. Dieser Arzt beschäftigte sich mehr mit der Methodik, als sich auf die Beantwortung der Fragen zu

konzentrieren. Aus seiner Sicht gab er nur Empfehlungen ab, wie man eine Befragung durchführen könnte, um gezielte Ergebnisse zu bekommen. Leider wich er bei der Beantwortung der Fragen immer wieder aus. Wäre seine Methode zum Einsatz gekommen und hätte er die Arbeit publizieren können, wäre er mit einer Befragung einverstanden gewesen. Die von ihm vorgeschlagene Befragung konnte einerseits aus zeitlichen Gründen nicht gemacht werden, andererseits ist es unsere Arbeit und unsere Methode. Für mich persönlich ist es schade, da man vor allem im Bereich Informationsaufklärung sehr interessante Ergebnisse erhalten hätte, die bei der Erstellung des Maßnahmenkatalogs hilfreich gewesen wären. Es wäre wünschenswert, vonseiten der Ärzte mehr Mitarbeit bei Pflegeprojekten zu bekommen, denn schließlich geht es um das Wohl des Patienten.

Der oben genannte Arzt versprach, Unterlagen darüber zur Verfügung zu stellen, welche Kriterien erfüllt werden müssten, um von einer diagnostizierten Demenz zu sprechen, doch auch nach mehrmaliger Rücksprache wurden diese nicht zugestellt.

Zwei Ärzte ließen sich durch ihre Sekretärin entschuldigen, da sie einen sehr wichtigen Termin wahrnehmen mussten. Ein neuerlicher Termin konnte nicht vereinbart werden, da diese Termine für das dann bereits zu weit fortgeschrittene Projekt zu spät gelegen wären. Fazit: Die Termine wurden zumindest ordnungsgemäß abgesagt.

### **4.3 Interpretation der Aussagen der PflegeexpertInnen**

#### **4.3.1 Informationswesen an die Angehörigen**

Die gestellten Fragen lauteten:

„Wie erfolgt die Informationsweitergabe an die Angehörigen bezüglich der Diagnose?“

Alle PflegeexpertInnen gaben bekannt, dass es im Bereich der Aufklärung über die Erkrankung und deren Verlauf zu wenige Informationen vonseiten der Ärzte gibt. Dadurch kommt es immer wieder zwischen Angehörigen und Mitarbei-

terInnen zu Konfliktsituationen, da die Angehörigen über die Erkrankung zu wenig wissen. Bei einem Verdacht auf Demenz wäre es wichtig, den Patienten/die Patientin an die Gedächtnisambulanz einer Spezialklinik zu überweisen, um dort die nötige Abklärung durchzuführen.

„Reaktionen über die Diagnoseübermittlung?“

Vier PflegeexpertInnen konnten darüber keine Angaben machen. Ein Pflegeexperte berichtete, dass es für die Angehörigen meist keine Überraschung ist, da sie wissen, dass etwas nicht stimmt. Sie bekommen die Bestätigung für ihre Vermutung. Trotzdem ist es für manche Angehörigen ein Schock, wenn sie die Diagnose übermittelt bekommen.

„Ist die Information ausreichend?“

Ein Pflegeexperte konnte darüber sagen, dass die Ärzte über die medikamentöse Therapie aufklären, es aber über Pflegeeinstufung und Hilfestellungen in der Pflege kaum eine Auskunft gibt.

„Kann man zu viel informieren?“

Alle PflegeexpertInnen konnten über diesen Punkt keine Information geben.

„Fordern die Angehörigen mehr Informationen ein?“

Hier kam es zu einer Aussage: *„Ist unterschiedlich. Oftmals mehr, dann wieder weniger.“*

„Haben die Angehörigen für diese Diagnose Verständnis?“

Hier kam es zu einer Aussage: *„Die Angehörigen bekommen die Bestätigung für ihr Vermutung. Trotzdem ist es für manche ein Schock. Es wird Realität.“*

#### **4.3.2 Unterstützung/Begleitung von Angehörigen**

„Gibt es Richtlinien für die Angehörigen?“

Drei PflegeexpertInnen haben keine Erkenntnisse, dass es Richtlinien für zu Hause, den Akutbereich, den Heimbereich oder die Unterbringung in einem Krankenhaus gibt. Ein Pflegeexperte berichtete, dass Richtlinien und Standards erarbeitet würden, um eine Entlastung zu erzielen. Beim Erstkontakt am Telefon durch den Angehörigen wird ein Termin vereinbart. Ein Pflegeexperte berichtet: *„Aktion 80plus*

– ist eine Aktion, wo alle Menschen, die diesen Altersabschnitt erreicht haben, einen Beratungsscheck erhalten. Bei Erhalt erfolgt eine persönliche Kontaktaufnahme mittels Telefon. Bei Wunsch wird ein Beratungstermin vereinbart. Aktion 90plus – erfolgt abermals das gleiche Prozedere wie oben beschrieben. Bei dieser Personengruppe ist der Zugang eher schwierig, da die Akzeptanz dafür fehlt. Personen mit 60plus sind bereits offener und informieren sich selber. Generell gilt eine Bring- und Holschuld.“

„Was wäre sinnvoll, um eine gute Begleitung der Angehörigen zu erzielen?“

Ein Experte berichtete: „Case- and Care-Management. Es erfolgt alles von der Zentrale aus. Es wird auch in Heime vermittelt, die unserer Organisation nicht angehören.“

Drei PflegeexpertInnen hatten dazu folgende Meinung. „Aufgrund des mobilen Dienstes, der zu Hause erfolgt, kann auch schon im Vorfeld erkannt werden, ob eine Heimeinweisung in absehbarer Zeit zu erfolgen hat. Hier könnte man Pionierarbeit mit den Angehörigen leisten.“

Vier PflegeexpertInnen vertreten die Meinung, „dass bereits im stationären Bereich (Krankenhaus) eine Heimanmeldung zu erfolgen hat, wenn man es absehen kann, dass der Patient nicht mehr alleine zu Hause leben kann, oder eine Betreuung zu Hause nicht mehr zumutbar ist. Eine Heimanmeldung kann nur seitens der Angehörigen oder der Sachwalterschaft erfolgen.“

Einem Pflegeexperten ist Folgendes wichtig: „Beim Erstgespräch erfolgt eine Vorstellung und an erster Stelle steht, den Angehörigen zuhören. Der Bedarf an einem Gespräch ist sehr hoch. In diesem Gespräch sollte dem Angehörigen die Schuld für die Einweisung des Bewohners in ein Heim genommen werden.“

„Sollen Vorinformationen über eine eventuelle Heimeinweisung gegeben werden?“

Ein Pflegeexperte vertritt die Meinung, dass es wichtig sei, sehr viele Informationen über den/die BewohnerInnen zu erhalten. Der Angehörige muss wertgeschätzt werden. Meist erfolgt die Heimeinweisung dann, wenn der Pflegenden selbst erschöpft ist oder immer wieder Stürze auftreten. Sie erfolgt häufig über den Hausarzt. Hier wäre es wichtig, dass in einem Heim eine

kompetente Stelle ist, die mit den Heiminterna vertraut ist. Zum Beispiel: Leitbild, Leitsätze, nach welchem Modell gepflegt wird, ob es genügend geschultes Personal gibt und so weiter.

Zwei PflegeexpertInnen berichteten, dass diese Vorinformation in Absprache mit den Angehörigen und dem Ärzteteam sowie dem Pflorgeteam im klinischen stationären Bereich durchgeführt werde. Die Hilfestellung für die Angehörigen erfolge über einen Sozialarbeiter. Dieser versuche, den Patienten in dessen Wohnort unterzubringen. Da meist eine Heimanmeldung fehle oder erst gemacht werden müsse, sei die Warteliste in den Heimen generell sehr hoch, und der Patient könne nicht sofort in einem Heim untergebracht werden. Hier versuche man, für den Patienten einen Kurzzeitpflegeplatz zu bekommen. Es gäbe zu wenig Heimplätze, um die Patienten außerhalb des Akutbereiches versorgen zu können. Daher käme es immer wieder zu Engpässen im stationären Bereich, und es könnten oftmals die Patienten von zu Hause oder den Heimen nicht aufgenommen werden.

Ein Pflegeexperte berichtete: *„Für viele Angehörige ist diese Informationsflut zu groß, um sie verarbeiten zu können. Dadurch geht einige Information, die natürlich wichtig wäre, verloren. Der Grund liegt darin, dass die Angehörigen oft unter Druck stehen, ihre zu betreuende Person in ein Heim einweisen zu müssen. Dabei muss es oft schnell gehen.“*

Folgende Punkte können in dieser Situation zur Überforderung führen:

- Verwaltung
- Finanzielles (Pension, Pflegegeld, Taschengeld)
- Ummelden
- Heimaufenthalt
- Heimgesetz
- Heimvertrag mit Bewohner

#### **4.3.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

„Wie empfinden Sie als Experte die Zusammenarbeit zwischen Heimmitarbeitern und Angehörigen? Können Sie das beurteilen?“

Zwei PflegeexpertInnen haben dazu folgende Meinung: *„Es ist immer wieder zu beobachten, dass Angehörige von Patienten sehr wenig oder gar nicht aufgeklärt werden. Dadurch erfolgt seitens der Angehörigen sehr großes Unverständnis und machen den Mitarbeitern Vorwürfe.“*

Zwei PflegeexpertInnen haben dazu folgende Meinung: *„Es herrscht zu wenig Transparenz seitens der Angehörigen bezüglich der Leistung der Pflegekräfte. Eine gemeinsame Planung mit den Angehörigen findet zu wenig statt. Die Ausbildung der Mitarbeiter ist oftmals nicht ausreichend. Seitens der Ärzteschaft erfolgt die Aufklärung über die Erkrankung und deren Verlauf zu wenig. Der wertschätzende Umgang gegenüber allen Beteiligten ist nicht immer gewährleistet.“*

Ein Pflegeexperte vertritt folgende Ansicht: *„Wir versuchen in unserem Unternehmen, die Angehörigen mit einzubeziehen. Es gibt Bewohner, die sich nicht trauen, den Mitarbeitern zu sagen, was sie gerne möchten, und sich stattdessen ihren Angehörigen anvertrauen. Dadurch gibt es ein Unverständnis seitens der Angehörigen, warum man nicht auf die Wünsche des Bewohners eingeht. Oft sind es Missverständnisse, die zu Konflikten führen. Diese könnten in einem Gespräch gelöst werden. Die Pflege sieht sich nach wie vor in erster Reihe und nicht in der zweiten Reihe. Sonst könnte sie viel objektiver Situationen beurteilen. Angehörige müssen an erster Stelle stehen, um die Vorlieben des Bewohners zu erfragen. Es ist wichtig, was der Bewohner in seinem derzeitigen Lebensabschnitt wirklich möchte? Ein Lebensabschnitt kann bereits abgeschlossen sein. Zum Beispiel: Er hat als Jugendlicher gerne diesen Musikstil gehört. Jetzt in seinem Alter hat er musikalisch ganz andere Vorlieben. Aus diesem Grund sind die Angehörigen sehr wichtig, um zu erfragen, was der Bewohner für Vorlieben hat.“*

Wie erfolgt die Schnittstelle bei Einweisung in ein Heim? Schnittstelle Anfang – Angehörige – Heimleitung – MitarbeiterInnen des Heimes; Schnittstelle Ende, aus der Sicht des Experten?“

Eine Pflegeexpertenmeinung zur Überweisung vom stationären Bereich in einem Heim: *„Bei uns erfolgt die Rücküberweisung in ein Heim. In einigen Heimen gibt es*

*keinen persönlichen Ansprechpartner, da man nur auf ein Band kommt, wie bei einer Handyhotline. Dies nimmt sehr viele Ressourcen in Anspruch, da man lange Wartezeiten in Kauf nehmen muss, bis man an die richtige Stelle im Heim gelangt.“*

Ein Pflegeexperte berichtete: *„Die Einweisung in eines unserer Heime erfolgt über eine eigene Zentrale. Diese beschäftigt sich ausschließlich mit allen bürokratischen Elementen. Hier gibt es eigene Richtlinien über die Heimeinzugsgestaltung.“*

Drei PflegeexpertInnen konnten darüber keine Angaben machen.

„Welche sind die Probleme, die immer wieder auftreten?“

Bei diesem Interpretationspunkt wird eine allgemeine Aufzählung aller fünf Interviews gegeben.

- Wenn BewohnerInnen in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssen, erhält das Heim aufgrund des Datenschutzes keine Informationen über den/die BewohnerIn. So ist man auf die Angehörigen angewiesen, um über den/die BewohnerIn Informationen zu erhalten.
  - Wie geht es ihm?
  - Liegt er im Sterben?
  - Erfolgte eine weitere Transferierung?

Dies ist auch in Bezug zu einer neuen Einstufung wichtig, damit dem Amtsarzt mitgeteilt werden kann, wo sich die BewohnerInnen zurzeit befinden.

- Die Rücküberweisung vom Krankenhaus in das Heim ist leider oft mangelhaft. BewohnerInnen kommen in einem schlechten Allgemeinzustand und mit einer mangelhaften Dokumentation. Die Angehörigen werden nicht über die Rücküberweisung in das Heim informiert.
- Bemängelt wird, dass die Angehörigen
  - zu wenig Information über den Krankheitsverlauf besitzen,
  - zu wenig Informationen über Verschlechterungen erhalten,
  - das Heimgesetz nicht kennen.



- Angehörige benötigen oft mehr Betreuung und Zuwendung als ihre zu betreuende Person selbst. Häufig kommt es zu Gewissenskonflikten, wenn sie die Leistungen nicht selbst erbringen können oder wollen und Fremdhilfe beanspruchen. In dieser Gegebenheit wurzelt Unzufriedenheit. Diese zeigt sich, indem nichts passt, was in einem Heim geschieht. Es bedarf viel psychologischen Gespürs, mit dieser Tatsache umzugehen. Es bedeutet auch, dass in der Pflege mehr ausgehalten werden muss als es sonst im Umgang im Alltag üblich ist.
- Viele PatientInnen, die zu Hause gepflegt werden, werden entweder von den Töchtern oder Schwiegertöchtern gepflegt. Die restlichen Angehörigen halten sich da eher zurück. Wenn es aber dann zu einer Einweisung kommt, mischen sich auch jene Angehörigen ein, die mit der häuslichen Pflege nichts zu tun gehabt haben. Dadurch kommt es immer wieder zu Streitereien zwischen den Angehörigen. Diese sind für die PatientInnen nicht förderlich. Die Angehörigen wollen immer wieder einzeln Auskunft über ihre Angehörigen.
- Es gibt teilweise mangelnde Deutschkenntnisse beim Personal.

„Welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es?“

Bei diesem Interpretationspunkt wird eine allgemeine Aufzählung aller fünf Interviews gegeben:

- Aufklärung seitens der Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser. Diagnose, Verlauf, Pflegehilfsmittel, Pflegegeld usw.
- mehr psychiatrisches geschultes Personal
- Fort- und Weiterbildungen sollten verpflichtend sein
- mehr Zusammenarbeit mit der Gerontopsychiatrie vor Ort

Eine Aussage: *„Es wurde immer wieder in bestimmten Abständen ein Bewohner von der gleichen Institution auf der Gerontopsychiatrie aufgenommen, wegen aggressiven Verhalten. Es wurde in der beigeführten Pflegedokumentation nachgeforscht, warum es immer wieder zu diesen Aggressionen kommt. Dabei wurde festgestellt, dass es immer wieder bei der gleichen Pflegeperson auftritt. Es wurde mit dem Institut rückgesprochen, die*

*dies auch sehr positiv angenommen haben. Hierbei stellte sich heraus, dass es sich um eine sprachliche Barriere handelte. Die Pflegeperson hatte mangelnde Deutschkenntnisse. Maßnahme durch das Institut: Es wurde der betroffenen Pflegeperson ein Deutschkurs finanziert.“*

Es ist wichtig, den Auslöser der Aggression zu erforschen. Wenn der/die BewohnerIn aggressiv ist, sollte versucht werden, den Auslöser zu eruieren. Oft ist es nur eine Kleinigkeit, die den/die BewohnerIn aggressiv macht. Mit den richtigen Maßnahmen kann man das verhindern. Zum Beispiel: Wenn BewohnerInnen nicht am Morgen duschen wollen, sondern es am Abend gewöhnt sind. Die Pflege sollte aus der zweiten Reihe denken.

- Angehörige sollten informiert werden, wenn der/die BewohnerIn in ein Krankenhaus muss. Hier wäre eine Aufklärung durch das Heim notwendig, damit die Angehörigen verstehen, warum eine Einweisung in ein Krankenhaus notwendig geworden ist. Angehörige sollten das Heim informieren, wie es den BewohnerInnen während des Krankenhausaufenthaltes geht. Informationskette!
- Vorträge in der Öffentlichkeit durchführen. Zum Beispiel bei Vereinen, um den Mitmenschen die Angst vor einem Heim zu nehmen. Was wird in einem Heim angeboten? Heimgesetz, Einblick in ein Heim, Organisation, Aktivitäten.
- Angehörige, BewohnerInnen und MitarbeiterInnen sollten an einem gemeinsamen Ziel arbeiten.
- Den Angehörigen, die Schuld oder Vorwürfe, dass sie ihren Angehörigen in ein Heim einweisen mussten, in einem Gespräch nehmen.
- Gemeinsame Feste mit Angehörigen, BewohnerInnen und MitarbeiterInnen begehen.

#### **4.3.4 Ideen zur Erleichterung**

Bei diesem Interpretationspunkt wird eine allgemeine Aufzählung aller fünf Interviews gegeben:

- Die Biografie der BewohnerInnen ist im Vorfeld zu erfragen. Dadurch können sich die MitarbeiterInnen besser auf den/die zukünftige BewohnerIn

einstellen. Die Gewohnheiten der BewohnerInnen sind sehr wichtig, um unnötige Spannungsfelder bei der stationären Pflege zu vermeiden.

Eine Aussage dazu: *„Ein hoher Bundeswehrbeamte hat einen Befehlston und ist gewohnt, mit Herr Leutnant angesprochen zu werden, und seine umliegenden Personen müssen ihm gehorchen.“*

Wenn man hier im Vorfeld die Biografie kennt, kann man sich als Pflegeperson darauf einstellen.

Eine Aussage: *„Ein Bewohner ist sein ganzes Leben gewöhnt, mit „Sie“ angesprochen zu werden. Wenn man im stationären Bereich „du“ zu dem Bewohner sagt, kommt es immer wieder vor, dass es zu Aggressionen seitens des Bewohners kommen kann.“*

- Lebensabschnitte sind ein wesentlicher Teil, um den/die BewohnerIn zu verstehen. Es kann ein Lebensabschnitt abgeschlossen sein, und ein neuer hat begonnen. Zum Beispiel: Er hat in seinen jungen Jahren gerne Pop-Musik gehört. In seinem jetzigen Lebensabschnitt gefällt ihm aber die klassische Musik. Daher sind die Angehörigen sehr wichtig, um das Interesse des derzeitigen Lebensabschnitts zu erfragen.
- Standards und Richtlinien sollte ein jedes Unternehmen für sich gestalten, damit diese auch gelebt werden können. Zum Beispiel: Wie erfolgt der Heimeinzug? Jeder/jede MitarbeiterIn sollte darüber Bescheid wissen.
- Eine Heimeinweisungsbroschüre, in der die wichtigsten Eckdaten zu finden sind: Gesetze, Heimvertrag, Pflegegeld, Taschengeld, Ansprechpersonen vor Ort, Kontaktadressen.
- Wichtig ist, dass in der Pflegedokumentation vermerkt ist, wann die Angehörigen informiert werden möchten. Eine behutsame, schrittweise Information über den Krankheitsverlauf an die Angehörigen und MitarbeiterInnen muss gewährleistet sein. Veränderungen jeglicher Art an den BewohnerInnen sollten den Angehörigen gemeldet werden. Damit sind sie informiert, und es könnten Konflikte vermindert werden.
- Offene, ehrliche Kommunikation mit den Angehörigen: kritikfähig, konfliktfähig, lösungsorientiert, offen sein. Wichtig ist, dass man auch Fehler eingesteht und man diese reflektiert.

- Enger mit dem extramoralen Bereich zusammenarbeiten, um zu erfahren, ob eine Heimeinweisung bevorsteht. Dadurch könnte man mit den Angehörigen früher Kontakt aufnehmen, um den Heimeinzug gut planen zu können.
- Vor Einweisung in das jeweilige Heim sollte eine vollständige Aufklärung über Verwaltung, Finanzielles, Ummelden, Heimaufenthaltsgesetz, Heimvertrag mit den BewohnerInnen, Pflegegeld, Taschengeld erfolgen.
- Einen genauen Zeitplan für die Aufnahme definieren, damit man auch genügend Zeit für den Einzug findet.
- Angehörigennachmittage oder -abende installieren, bei denen sich die Angehörigen austauschen können.
- Allen PflegexpertInnen wäre es sehr wichtig, dass nach dem Beispiel der „Nacht der Museen“ mehr „Tage der offenen Heime“ stattfinden würden. Die Angehörigen sollten sich mit den zukünftigen BewohnerInnen ein Heim anschauen, um ihnen die Angst zu nehmen. Hier wäre wieder Öffentlichkeitsarbeit von Bedeutung, da die Angehörigen nur sehr wenig darüber Bescheid wissen.
- Vorträge für ehrenamtliche MitarbeiterInnen abhalten, damit das Verständnis und der Umgang mit einer diagnostizierten Demenz erleichtert werden.

#### **4.3.5 Maßnahmen**

- Standards und Richtlinien erarbeiten, die auf das Leitbild des Heimes abgestimmt sind, damit diese auch gelebt werden können. Zum Beispiel: Wie erfolgt der Heimeinzug?
- Eine Heimeinweisungsbroschüre, in der die wichtigsten Eckdaten zu finden sind: Gesetze, Heimvertrag, Pflegegeld, Taschengeld, Ansprechpersonen vor Ort, Kontaktadressen.
- Deutschkurse verpflichtend für MitarbeiterInnen, die zu wenige Deutschkenntnisse besitzen.
- Kommunikations- und Konfliktseminare.

- Fort- und Weiterbildungen bei Demenzerkrankung; diese kann auch ein externer Vortragender in einem Heim durchführen, damit eine größere Zielgruppe in kurzer Zeit erreicht werden kann. Hier können auch die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen miteinbezogen werden.
- Vermerken, wie der Informationsfluss bei Veränderungen bei dem/der BewohnerIn jeweils zu erfolgen hat.
- Bei der Aufnahme im Erstgespräch Angehörige und BewohnerInnen bei der Erstellung des Pflegeprozess miteinbeziehen; an gemeinsamen Zielen arbeiten. Hier kann auch die Biografie der beteiligten Personen eruiert werden.
- Zweimal jährlich einen „Tag der offenen Heime“ durchführen.
- Gemeinsame Feste mit Angehörigen, BewohnerInnen und MitarbeiterInnen durchführen.
- Kontakt mit einer Gerontopsychiatrie vor Ort aufnehmen, ob oder wie eine gute Zusammenarbeit möglich wäre. Bei den auf einer Gerontopsychiatrie vorhandenen ExpertInnen könnte man Tipps einholen.

#### **4.4 Resümee und Schlussfolgerung**

Am Beginn des Projektes sammelte die gesamte Gruppe mittels „Nordic Talking“ Ideen. Aus zahlreichen Vorschlägen wurden zwei Projektideen ausgewählt. Danach galt es, sich für eines der Projekte zu entscheiden. Wichtig dabei war, sich mit dessen Inhalt identifizieren zu können. Ich empfand es als Herausforderung, einerseits ein so großes Projekt durchzuführen und andererseits mit mehreren Personen daran zu arbeiten. Zudem war es auch aus geografischer Sicht nicht ganz einfach, da sich die Projektmitglieder auf Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Tirol verteilten. Es kamen sehr viele Ideen auf, aber bald wurde den Projektmitgliedern bewusst, dass man sich durch den vorgegebenen zeitlichen Rahmen auf einige Punkte zu beschränken hatte. Trotzdem blieb die Zusammenarbeit eine logistische Herausforderung. Im Zuge der Seminarblöcke kam es zu persönlichen Treffen der Projektmitglieder. Wir mussten immer wieder unsere Mittagspausen und freien Seminarblöcke verwenden um an unserem Projekt weiterzuarbeiten. Aufgrund der geografischen Zerstreuung wäre es sehr

schwierig gewesen ein Treffen außerhalb der Seminarblöcke zu organisieren. Die Projektleiterin motivierte die Gruppe stets aufs Neue und sorgte dafür, dass auch der Spaß nicht zu kurz kam. Die Projektgruppe erwies sich als homogen und zeigte einen guten Zusammenhalt. Aus vielen Einzelteilen ein gesamtes Werk entstehen zu lassen, war eine große Herausforderung.

Meine Arbeitspakete bestanden aus den Selbsthilfegruppen, den ExpertInnenbefragungen und der Definition der „diagnostizierten Demenz“.

Eine für mich interessante Erkenntnis war das Fehlen von Selbsthilfegruppen für Angehörige, die auch aktiv Arbeit leisten, wenn die zu betreuende Person im stationären Bereich lebt. Die Nachfrage vonseiten der Angehörigen, an einer Selbsthilfegruppe teilzunehmen, ist in diesem Fall vermindert. Das liegt wohl vielleicht daran, dass die Angehörigen nach den belastenden Jahren, in denen zu Hause gepflegt wurde, wieder in den „normalen“ Alltag zurückkehren. Die Angehörigen wissen ihre Betreuten in professionellen Händen, und so nimmt der Bedarf an einer Selbsthilfegruppe ab. Die PflegeexpertInnenbefragung war persönlich eine große Bereicherung. Mit einem so offenen und ehrlichen Umgang mit diesem Thema habe ich nicht gerechnet. In gewissen Bereichen spürte man Hilflosigkeit, und die Aufklärung vonseiten der Ärzte ist mangelhaft. Für alle Befragten war das Ergebnis des durchgeführten Projektes sehr wichtig. Im Gegensatz zur Befragung der PflegeexpertInnen war die der Ärzte sehr enttäuschend. Die Ärzte kamen keinen Schritt entgegen. Vielleicht war ihnen bewusst, dass die Aufklärung das Maß aller Dinge ist und dass es in diesem Bereich Mängel gibt.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass das Projekt sehr interessant war. In den Bereichen „Recherche“ und „Interview“ konnte viel dazugelernt werden. Als spannend erwies sich das Zusammenführen der einzeln erarbeiteten Daten zu einem Gesamtwerk. Das Projekt stellte sich als sehr zeitintensiv heraus und kostete uns, wie bereits oben erwähnt, während des Seminars viele Pausen. Dadurch ging natürlich Kraft für das Seminar als solches verloren. Faszinierend war jedoch, was in einer vorgegeben Zeit geschafft werden kann, wenn man an einem gemeinsamen Strang zieht.

Der „Eventtag“ wird noch ein Highlight werden. An diesem Tag wird den Gästen das Projekt vorgestellt. Ich bin sehr gespannt, wie die Gäste reagieren werden. Ist das Projekt verständlich aufbereitet und interessant?

Zum Schluss möchte ich mich bei Mag. Adelheid Bruckmüller, Mag. Maria Gamsjäger, der Projektleiterin Katarina Bedlan und allen Projektmitgliedern recht herzlich für die gute Zusammenarbeit bedanken.

## **5 PERSPEKTIVEN DER ANGEHÖRIGENARBEIT**

### **5.1 Die Angehörigen (Hermine Schneeberger)**

#### **5.1.1 Definition „Angehöriger“**

Im Allgemeinen werden als Angehörige Personen bezeichnet, die in einem besonderen rechtlichen oder soziologischen Verhältnis zueinander stehen. Der Begriff ist weiter als der der Familie und schließt auch im Sinne von dazugehören Personen ein, die in das Lebensumfeld der betreffenden Menschen gehören (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Angeh%C3%B6riger> [4.2.2013]).

Der Begriff „Angehörige“ kann letztlich mit dem Begriff „zur Familie gehörend“ gleichgesetzt werden. Angehörige sind Personen, mit denen sich der/die Pflegebedürftige verbunden fühlt und zu denen er/sie Vertrauen hat.

Aus der Sicht der Pflege werden zumeist Familienmitglieder, also EhepartnerInnen, LebensgefährtenInnen und Kinder als Angehörige bezeichnet. Sie stellen, speziell bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind, in der Phase des Heimeintrittes die HauptansprechpartnerInnen und oft die einzige Informationsquelle dar.

##### **5.1.1.1 Definition „Angehörigenarbeit“**

Die Angehörigenarbeit ist mehr als die zufällige Begegnung mit Angehörigen; sie ist ein Begriff für Arbeit an, für und mit Angehörigen und steuert die Begegnung zwischen MitarbeiterInnen in Pflegeeinrichtungen und Angehörigen (vgl. Daneke 2010, S. 99).

##### **5.1.1.2 Typisierung von Angehörigen**

Im Jahr 2000 wurde im Zusammenhang mit dem Forschungsverbund *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung* (gefördert durch das deutsche Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) eine empirische Studie vorgelegt, die auf einer Repräsentativbefragung in Pflegeeinrichtungen basiert. Daraus lassen sich in Bezug zur Angehörigenarbeit verschiedene Erkenntnisse ableiten.



Der Studie zufolge lassen sich Angehörige nach typischen Kooperationsstilen in vier Gruppen einteilen. Angehörige sind keine homogene Gruppe. Sie bringen unterschiedliche Fähigkeiten und eine unterschiedliche Bereitschaft zur Beteiligung mit.

- „Delegierende Angehörige“: Sie sind oftmals infolge nicht ausreichend abgeklärter Vorstellungen oder Einschätzungen mit einem latenten oder offenen Konflikt zum Heim behaftet. Zu dieser Gruppe ist etwa jeder vierte Angehörige zu rechnen.
- „Aktiv pflegende Angehörige“: Sie ermöglichen zum einen durch ihre häufige Anwesenheit zusätzliche Orientierung und Unterstützung für Angehörige, zum anderen können sie aber Menschen sein, die die Pflege und Verantwortung nicht abgeben können. Dazu ist etwa jeder achte Angehörige zu rechnen.
- „Psychisch stabilisierende Angehörige“: Die gegenseitigen Erwartungen werden von den Angehörigen mit dem Heim abgestimmt. Die Integration des/der BewohnerIn gelingt mit ihnen am besten. Jeder dritte Angehörige ist hier dazuzurechnen.
- „Distanzierte Angehörige“: Sie konzentrieren sich auf primär auf hauswirtschaftliche Aufgaben und haben eher ein gespanntes Verhältnis zum Bewohner/zur Bewohnerin.

Bei dieser Kategorisierung handelt es sich um eine analytische Trennung. Die Autoren der Studie heben hervor, dass die Grenzen dazwischen fließend seien und die Zugehörigkeit zu verschiedenen Typen im Prozess der Integration des Bewohners ins Heim wechseln könne (vgl. Schmidt 2005, S. 22).

#### 5.1.1.3 Interpretation der Fokusgruppen

Im Rahmen des Projektes „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ wurden, wie bereits erwähnt, vier Gruppendiskussionen mit Angehörigen durchgeführt und anschließend ausgewertet.

„Mein Angehöriger wird ab jetzt beziehungsweise muss ab jetzt in einem Heim betreut werden.“ Diese Entscheidung ist für viele Angehörige nicht leicht und bringt häufig äquivalente Emotionen zutage. Einerseits relativiert sich die Belastung, die durch die bisherige Pflegesituation zu Hause gegeben war, andererseits stellt sich aber auch das Gefühl ein, trotz aller Bemühungen schlussendlich doch gescheitert zu sein.

Daher befinden sich Angehörige oft in einer emotional sehr belastenden Situation, die durch verschiedene Faktoren hervorgerufen wird:

- Sie sind unsicher, ob sie die richtige Wahl der stationären Einrichtung getroffen haben und die Beschäftigten im Heim ihre Aufgabe angemessen ausführen.
- Für Angehörige ist es oft schwer, die Verantwortung von einem Tag auf den anderen weitgehend abgeben zu müssen.
- Zudem erfahren die Angehörigen die eigenen persönlichen Grenzen. Dass der Heimeinzug doch nicht zu verhindern war, wird der eigenen Unzulänglichkeit zugeschrieben (vgl. Schmidt 2005, S. 3).

Diese oder ähnliche Erfahrungen hat die Mehrheit der TeilnehmerInnen der Diskussionsrunden angegeben. Fast alle beschreiben herausfordernde Situationen vor dem Einzug ins Alten- und Pflegeheim. Oftmals gab es ganz konkrete Schlüsselerebnisse, die für die Angehörigen ausschlaggebend waren, eine Entscheidung für eine stationäre Pflege treffen, wie zum Beispiel Suchaktionen durch die Polizei inklusive Hubschrauber, ein gefährliches Umfeld auf einem Bauernhof bis zum Burn-out einer/eines pflegenden Angehörigen.

Dennoch war es für die meisten der Befragten eine emotional schwierige Situation. Eine Teilnehmerin einer Fokusgruppe sagte dazu aus:

*„Einen alten Menschen, der immer auf einem Hof gelebt hat, in ein Heim zu verpflanzen, hat mir fast das Herz gebrochen“ (TK 4, A2, S. 3).*

Eine andere Teilnehmerin gab an, dass für sie „das ins Heim bringen“ schwieriger war als der Tod des Angehörigen.

Es lässt sich auch eine Abhängigkeit davon erkennen, ob die Angehörigen im gleichen Haushalt gelebt und selbst die Pflege verrichtet oder ob die Angehörigen keine Betreuungsarbeit geleistet haben. Nur wenige Teilnehmer haben die an Demenz erkrankten Angehörigen nicht zu Hause betreut und mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit nur die Auswahl der Altenpflegeeinrichtung getroffen. Diese sagten aus, keinerlei emotionale Belastungen verspürt zu haben, da die Betreuungssituation bereits im Vorfeld geklärt wurde oder rationale Gründe ausschlaggebend waren.

Ein häufig genannter Grund für die Entscheidung für ein Heim war die Unvereinbarkeit der Betreuung, die die Pflegebedürftigen gebraucht hätten, mit der Berufstätigkeit der Pflegenden. Die ständige Angst um die Angehörigen zu Hause wurde als sehr belastend empfunden. Eine Diskussionsteilnehmerin sagte aus :*„Ich bin dankbar, dass ich wieder arbeiten gehen kann, ohne dass mir ein Magengeschwür aufgeht“* (TK 1, A3, S. 4).

Gleich mehrere Personen gaben an, dass sie das Gefühl des Versagens hatten, es zu Hause nicht geschafft zu haben. Sie konnten sich nur zögerlich mit der neuen Betreuungssituation abfinden, und es fiel ihnen schwer, die Verantwortung abzugeben. Die Frage, ob sich der/die pflegebedürftige Angehörige in der neuen Umgebung zurechtfinden und wohlfühlen würde, wurde als große Belastung empfunden.

Zusätzlich wird speziell in der ländlichen Gegend auch noch ein gesellschaftlicher Druck auf Angehörige ausgeübt, die sich für eine institutionelle Pflege eines Verwandten entscheiden, denn eine Betreuung in einem Altenheim von pflegebedürftigen Angehörigen wird immer noch als ein „Abschieben“ angesehen. Ein Teilnehmer tätigte dazu folgende Aussage: *„Außerdem war da auch noch das schlechte Gewissen, wir haben´s nicht geschafft und die Mama abgeschoben“* (TK 4 A1, S. 2).

Als besonders hilfreich gab die Mehrzahl der Angehörigen die besondere Freundlichkeit und Menschlichkeit der MitarbeiterInnen an. Die Ausstattung der Heime war für die DiskussionsteilnehmerInnen nur von sekundärer Bedeutung. *„Ich habe mir vorher einige Heime angeschaut, aber wie ich hier hereingekommen*

*bin, da hab ich gespürt, hier sind Menschen. Es muss nicht das Modernste sein, sondern es muss Herz darinnen sein“ (TK-1, A3, S. 5).*

Die Zweisprachigkeit des Personals in der Betreuungseinrichtung in Kärnten, wo viele Bewohner Slowenisch als Muttersprache haben, wird als sehr positiv und als etwas Besonderes hervorgehoben. In der Einzugsphase wurde dies von den Angehörigen als sehr hilfreich empfunden, weil sie sich darauf verlassen konnten, dass ihre pflegebedürftigen Angehörigen auch gut verstanden wurden.

Interessant zu diesem Thema wird künftig der Umgang mit Angehörigen und BewohnerInnen mit Migrationshintergrund sein, die die deutsche Sprache nicht beherrschen und unterschiedliche kulturelle Hintergründe aufweisen.

Die Grundlage einer guten Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den pflegenden Personen ist eine gute gegenseitige Information.

Über die Biografiearbeit wurden von den DiskussionsteilnehmerInnen sehr unterschiedliche Aussagen getätigt. Auffallend ist, dass nur in einem Heim eine Biografie von aller BewohnerInnen geschrieben wird. In den anderen Heimen scheint dies nicht durchgängig gemacht zu werden beziehungsweise ist es den TeilnehmerInnen nicht bekannt. Das Wissen der PflegemitarbeiterInnen über den/die BewohnerIn wird oft als ein „Zufallsprodukt“ gesehen. Von welchen Faktoren es abhängig ist, ob und wann eine Biografie geschrieben wird, konnte in den Diskussionsrunden nicht eruiert werden. Das Gespräch mit dem/der angehörigen BewohnerIn und im Bedarfsfall mit einer Bezugsperson wurde allerdings von allen als sehr wichtig bezeichnet und sogar als Fehler, wenn dies nicht erfolge. Dieses Gespräch wird von den DiskussionsteilnehmerInnen als Qualitätsmerkmal für die Pflege und Betreuung ihres Angehörigen betrachtet. Auch der Zeitpunkt, wann das Gespräch erfolgt, ist von Bedeutung. Wünschenswert wäre es laut den Angaben der Befragten schon vor dem Heimeintritt beziehungsweise in den ersten Tagen danach. Für die Zusammenarbeit von Pflegenden und Angehörigen ist es eine gute Chance, einander kennenzulernen und eine Vertrauensbasis für die künftige Zusammenarbeit zu schaffen. Viele Angehörige empfinden es als Erleichterung, wenn sie das Gefühl

haben, dass aufgrund des Wissens aus der Biografie auf die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Angehörigen entsprechend eingegangen werden kann.

Die Einbeziehung der Pflegeerfahrung der Angehörigen wird in allen Pflegeeinrichtungen als Ressource gesehen. Alle GesprächsteilnehmerInnen, die ihre Angehörigen zu Hause betreut haben, gaben an, dass ihre Erfahrungen in der institutionellen Pflege soweit es möglich ist, miteinbezogen werden.

Die Zufriedenheit mit der Pflegequalität ist für die Befragten ebenfalls ein wichtiger Faktor in der Angehörigenarbeit. Wenn das nötige Vertrauen in die Pflegepersonen vorhanden ist, entstehen auch weniger Konflikte zwischen den Pflegenden und den Angehörigen.

Mit der aktuellen Pflegesituation und der Pflegequalität waren die Fokusgruppenmitglieder durchwegs sehr zufrieden, zumindest was die Grundpflege betraf. In Bezug auf die Beschäftigungstherapie wäre in einigen Heimen noch mehr gewünscht, von den Angehörigen wurden jedoch auch die knappen zeitlichen Ressourcen der Pflegenden diesbezüglich angesprochen; auch wurde der Einsatz neuer Berufsgruppen, wie zum Beispiel Animatoren, diskutiert. Nur in einer Einrichtung war man mit dem Angebot der Seniorenbetreuung rundum zufrieden.

Durchwegs sehr zufrieden zeigten sich die Befragten mit der Essensversorgung in den Heimen. In jeder Einrichtung wird täglich frisch gekocht, und die Speisen werden so ausgewählt, dass sie den BewohnerInnen bekannt sind und daran Erinnerungen an früher geknüpft werden können. Es werde in diesem Belang sehr auf die Bedürfnisse und Vorlieben der BewohnerInnen eingegangen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass dies einen deutlichen Unterschied zu den Ergebnissen der MUG-Studien aufweist. In diesen wird beschrieben, dass an erster Stelle der Konflikte primär die Qualität der Pflege und das persönliche Verhalten von MitarbeiterInnen und Angehörigen genannt wird. Die soziale Betreuung und die Qualität des Essens rangieren im Mittelfeld (vgl. Daneke 2010, S. 178).

#### 5.1.1.3.1 *Information*

Die Information über die Erkrankung und die Qualität der Information wird von den Diskussionsteilnehmern sehr unterschiedlich wahrgenommen.

Ein Großteil der TeilnehmerInnen sieht in der knappen Zeitressource der ÄrztInnen und in vollen Wartezimmern die Ursache über die oft mangelnde Information, äußerte aber auch Verständnis für die Situation der Hausärzte. Zudem kennt der Arzt/die Ärztin den Patienten oft kaum, und wenn, dann meist nur in einer Momentaufnahme. Dies empfinden die Diskussionsteilnehmer als zu wenig für die Diagnosestellung einer Demenz.

Oft herrsche auch ein salopper Umgang mit den Symptomen, Vergesslichkeit würde als normal abgetan, und die Angehörigen fühlten sich mit ihren Ängsten nicht ernst genommen.

Wurde ein/eine heimangehörige BewohnerIn zu einem Neurologen überwiesen, dann war die Qualität der Information besser; allerdings ist es notwendig, aktiv Fragen zu stellen und die Beantwortung sehr konsequent einzufordern. Das Internet und der Austausch mit anderen Angehörigen wird von vielen Betroffenen als Informationsquelle genutzt.

In der Literatur wird beschrieben, dass die wichtigste Grundlage für die Behandlung von Demenz die Diagnosestellung durch den Arzt ist. Angehörige von Menschen mit einer Demenzerkrankung sind bei mangelnder Aufklärung über die Diagnose verunsichert. Wird die Aufklärung sorgfältig gemacht, kann es eine Erleichterung für die Angehörigen sein, dass die Veränderungen, die mit ihrer zu pflegenden Person vor sich gehen, ein Teil der Erkrankung sind. Eine Entscheidung, ob der Erkrankte über die Diagnose informiert werden soll oder nicht, sollte individuell und dem Demenzstadium angepasst erfolgen. Er sollte verstehen können, was die Diagnose bedeutet (vgl. Machreich 2009, S. 4).

Eine gute Information könnte auch dazu beitragen, dass die Angehörigen die oft massiven persönlichen Veränderungen des pflegebedürftigen Familienmitglieds besser verstehen, darauf entsprechend reagieren können und mit der veränderten Situation umzugehen wissen.

Die Information über die Alltagsgestaltung der BewohnerInnen wurde im Großen und Ganzen von den TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion als ausreichend befunden. Aktives Nachfragen ist ab und zu notwendig, um zu den individuell gewünschten Informationen zu kommen; dies ist aber nach den Erfahrungen der Angehörigen immer gut möglich.

In der Fachliteratur beschriebene Informationsabende für Alten- und Pflegeheime, die ein- bis zweimal jährlich mit Vorträgen der Heimleitungen über Neuerungen, beispielsweise Änderungen beim Pflegegeld oder Pflege Themen, stattfinden, kamen in den Fokusgruppen nie ins Gespräch. Hier wurde ganz eindeutig die Möglichkeit der individuellen Information bevorzugt (vgl. Daneke 2010, S. 139).

#### 5.1.1.3.2 Zusammenarbeit mit den Pflegenden

Die Zusammenarbeit mit den Pflegenden wurde durchwegs als gut und sehr positiv empfunden. Große Zufriedenheit haben die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen hinsichtlich der Freundlichkeit und der sozialen Kompetenz der Pflegenden geäußert. Die Kommunikation zwischen den BewohnerInnen, den Angehörigen und den MitarbeiterInnen der Pflege wird als sehr empathisch empfunden, und die Angehörigen fühlen sich wohl und willkommen. Nur ab und zu leide die Qualität der Kommunikation an den knappen zeitlichen Ressourcen des Pflegepersonals.

Immer eine kompetente Ansprechperson vor Ort zu haben, wurde in den Diskussionen von den TeilnehmerInnen als sehr wichtig beschrieben, wobei nicht eindeutig daraus hervorging, ob dies immer ein und dieselbe Person sein sollte; es wurde lediglich von einer „kompetenten Person“ gesprochen.

Von mehreren FokusgruppenteilnehmerInnen wurde sehr positiv erwähnt, dass sie immer das Gefühl hätten, willkommen zu sein. Durch ihre häufige Anwesenheit bei ihren pflegebedürftigen Angehörigen würde ihnen von den MitarbeiterInnen das Gefühl der Zugehörigkeit vermittelt. *„Wenn ich zu meiner Frau komm, fühl ich mich immer wohl. Es reden alle mit mir. Irgendwie ist die Station meine zweite Heimat geworden“* (TK 4, A4, S. 6).

Inwieweit sich die Angehörigen in die Alltagsgestaltung einbringen, ist verschieden. Auffallend ist die Gemeinsamkeit, dass sich die aktive Beteiligung auf Besuche, Beschäftigung, Spazierfahrten und mehr, also auf Aufgaben psychosozialer Betreuung einschränken lässt, wobei eine Teilnehmerin betonte, dass es für sie selbstverständlich sei, sich aktiv einzubringen, und dies vom Heim auch unterstützt und gefördert würde. Für die Angehörigen ist es wichtig, jederzeit und wie es ihr individueller Zeitplan erlaubt ins Heim kommen zu können, und dass es ein Kann und kein Muss ist.

Dies deckt sich mit einer Studie aus Salzburg, die beschreibt, dass sich die Angehörigen stärker an der sozialen Betreuung beteiligen als an Aufgaben, welche die Pflege betreffen, wobei es sich dabei mehr um die Hilfestellung beim Essen oder bei der Bewegung handelt als bei der Körperpflege. Angehörige befürchten in diesem Zusammenhang Einschränkungen in der individuellen Zeitplanung sowie Ekelgefühle bei der Körperpflege, wenn sie sich vermehrt einbringen. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in dieser Studie die meisten Befragten eine Reduktion der Heimentgelte befürworteten, während die anderen die Mitwirkung als Beitrag für das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Angehörigen sehen und dafür nur Dank und Anerkennung erwarteten (vgl. Engels/Pfeuffer 2007, S. 10).

Für die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussion, die sich aktiv einbringen, ist es eine Selbstverständlichkeit, dass sie Leistungen für ihre Angehörigen erbringen. Das Thema „Beitragsminderung für das Heim“ wurde nie angesprochen.

Als sehr nett und wichtig werden von den GesprächsteilnehmerInnen die verschiedenen Feste, die in den Heimen gefeiert werden, erwähnt. Besonders hervorgehoben wurden hier die Geburtstagsfeste.

Reibungspunkte oder Konflikte zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit den Angehörigen haben sich sehr wenige herausgestellt; sie konnten bei ihrem Auftreten durch Gespräche geklärt werden.

In der Studie des Forschungsprojektes „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“ (MUG IV) heißt es, dass die



befragten Angehörigen und HeimmitarbeiterInnen das gegenseitige Verständnis generell als gut bezeichnet haben. Allerdings gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Angehörigentypen. 54 % der aktiv pflegenden und 37 % der psychisch stabilisierenden Angehörigen fühlten sich gut einbezogen. Bei den flankierend Unterstützenden fühlten sich nur 26 % gut einbezogen. Über ernsthafte Konflikte berichteten der Studie nach nur 10 % (vgl. Daneke 2010, S. 138).

#### *5.1.1.3.3 Was könnte die Zusammenarbeit verbessern?*

Die meisten hier angeführten Vorschläge betreffen Verbesserungen für die Beschäftigungs- und Betreuungsmaßnahmen. Sie sollen in erster Linie als Anregung verstanden werden, die aktuelle Situation in den Einrichtungen zu überdenken und gegebenenfalls zu adaptieren, wenn die Möglichkeit dazu besteht. Die zahlreichen Vorschläge weisen jedoch darauf hin, dass die befragten Personen engagiert sind und ihre Ideen die Lebensqualität der BewohnerInnen steigern könnten. Anzuraten ist, die Vorschläge der FokusgruppenteilnehmerInnen ernst zu nehmen, denn so kann eine zusätzliche Steigerung der Zufriedenheit der Angehörigen erreicht werden.

Zum Thema „Angehörigenabende“ hatten die TeilnehmerInnen verschiedene Meinungen, die bundesländerweise sehr different sind. Angehörigenabende finden teilweise schon statt. In Niederösterreich wird das vorhandene Angebot jedoch kaum genutzt; dafür würde man in Oberösterreich die Einführung eines solchen Instruments begrüßen. In Tirol ist man mit dem vorhandenen Angebot zufrieden und es wird gut genutzt, in Kärnten wird überlegt, Angehörigenabende zu gestalten.

### **5.1.2 Erfolgsfaktoren für eine professionelle Angehörigenarbeit**

#### **5.1.2.1 Regelmäßige Information**

Ein Fundament für eine professionelle Angehörigenarbeit und eine gute Zusammenarbeit zwischen PflegemitarbeiterInnen und Angehörigen ist eine umfassende Information der Angehörigen über Angelegenheiten des Heimes, über die Situation der MitarbeiterInnen (zum Beispiel Informationen über

Personalengpässe) und vor allem über die aktuelle Befindlichkeit der angehörig Person, da diese aufgrund ihrer Erkrankung selbst meist nur mehr wenige Informationen geben kann. Die Formen dieser Informationen sollten besonders vielfältig sein, um möglichst viele Angehörige zu erreichen, und sie sollten in regelmäßig wiederkehrenden Abständen erfolgen.

Formelle Möglichkeiten hierfür sind:

- Anschlagtafeln im Haus
- Informationsbriefe
- Hauszeitung

Wesentliche Informationen, insbesondere wenn es sich um individuelle Angelegenheiten der BewohnerInnen geht, werden in Einzelgesprächen erfolgen müssen. Eine gute wechselseitige Information ist der Ausgangspunkt für das gegenseitige Verständnis der unterschiedlichen Perspektiven und Interessen. Konflikte können so frühzeitig erkannt oder gar verhindert werden. Ganz besonders wichtig in Bezug auf BewohnerInnen mit Demenz ist eine fachliche Information über das Krankheitsbild des/der Angehörigen.

#### 5.1.2.2 Kommunikation

Eine empathische Kommunikation zwischen den Angehörigen und den MitarbeiterInnen ist ein wichtiger Teil einer gelungenen Angehörigenarbeit. Es sollte eine Gesprächskultur herrschen, in der auch Konflikte von beiden Seiten direkt angesprochen werden können und eine entsprechende Lösung im Sinne des/der BewohnerIn gefunden werden kann. Wichtig ist es, auch die Dinge zeitnah anzusprechen, um den Handlungsbedarf schnell zu erkennen und auch etwaige Missverständnisse zu klären.

#### 5.1.2.3 Feste Ansprechpartner

Ein kompetenter Ansprechpartner ist den Angehörigen wichtig. Nur dadurch kann garantiert werden, dass die Anliegen der Angehörigen gehört und entsprechend behandelt werden; daher ist es wichtig, dass diese Ansprechperson auch über eine gewisse Handlungskompetenz verfügt.

#### 5.1.2.4 Verstärkte Einbindung in das Alltagsleben

Wenn Angehörige stärker in das Alltagsleben miteinbezogen werden, kann ein besseres Verständnis für verschiedene Pflegesituationen, für das Verhalten ihrer pflegebedürftigen Angehörigen sowie für die Handlungen der MitarbeiterInnen erzielt werden. Zudem können die Rahmenbedingungen, die in den Pflegeeinrichtungen herrschen, besser gesehen und verstanden werden.

#### 5.1.2.5 Biografiearbeit

Ein biografisch orientierter Betreuungsansatz ist für die Angehörigen ein Qualitätsmerkmal für eine optimale Pflege und ausschlaggebend für eine gute Integration der Bewohnerin/des Bewohners, speziell wenn eine demenzielle Erkrankung vorliegt und der/die BewohnerIn selbst nur mehr wenig Informationen über die Vergangenheit geben kann. Die Angehörigen sind die Kenner des biografischen Werdegangs, kennen prägende Ereignisse und können mit ihrem Wissen dazu beitragen, dass Gewohnheiten, Verhaltensweisen in speziellen Situationen, Vorlieben und Abneigungen, Freuden und Ängste der BewohnerInnen besser verstanden werden. Zu berücksichtigen ist aber, dass dabei sehr persönliche Dinge aus der Sicht eines Dritten geschildert werden, die der/die Betroffene selbst unter Umständen anders darstellen würde.

#### 5.1.2.6 Zeitliche Ressourcen

Gelebte Angehörigenarbeit braucht Zeitressourcen – einerseits von den MitarbeiterInnen, aber auch vonseiten der Angehörigen. Ein Qualitätskriterium hierfür ist, ob sich die Pflegepersonen ausreichend Zeit für persönliche Gespräche und die Anliegen der Angehörigen ernst nehmen. Wenn sich eine Einrichtung für eine professionelle Angehörigenarbeit entscheidet, müssen diese Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

### **5.1.3 Maßnahmen für eine professionelle Angehörigenarbeit**

Eine entscheidende Grundvoraussetzung für eine professionelle Angehörigenarbeit ist die Schaffung organisatorischer Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen einer

stationären Pflegeeinrichtung und den Angehörigen von demenzkranken BewohnerInnen stattfinden kann.

Ein zentraler Ausgangspunkt für die Angehörigenarbeit ist eine positive Beeinflussung der Lebensqualität und des Wohlbefindens des/der HeimbewohnerIn durch die Angehörigen.

In den befragten Heimen ist die Angehörigenarbeit ein verbreitetes und wichtiges Thema, bleibt aber vorerst im informellen Bereich und ist nicht standardisiert. Dies wird in der Mehrheit der Alten- und Pflegeheime noch so gehandhabt. Nur rund in einem Viertel der Einrichtungen gibt es ein in schriftlicher Form vorliegendes Konzept. Dort aber, wo Angehörigenarbeit systematisch betrieben wird, haben sich positive Effekte eingestellt:

- Die Angehörigen werden aktiver.
- Die Integration der BewohnerInnen gelingt erfolgreicher.
- Das soziale Klima in den Wohngruppen verbessert sich (vgl. Schmidt 2005, S. 22).

Bei den Überlegungen der Initiierung einer standardisierten Angehörigenarbeit in der stationären Betreuung von Menschen mit Demenz muss ein großes Augenmerk auf die Tatsache gelegt werden, dass die Belastungen der Angehörigen im Verlauf der Demenzerkrankung deutlich zunehmen werden, da der/die Erkrankte den Angehörigen immer weiter „entrückt“. Einerseits muss es ein Anliegen der professionellen Angehörigenarbeit sein, Verständnis für die krankheitsbedingten Veränderungen vermitteln zu können und Schwierigkeiten in der Beziehungs- und Alltagsgestaltung überwinden zu helfen, andererseits sind die Angehörigen die wichtigste Informationsquelle zu Biografie, Eigenheiten und Gewohnheiten des an Demenz erkrankten Menschen, welche genutzt werden muss, um eine individuelle Pflege und Betreuung zu planen (vgl. Schmidt 2005, S. 33).

Eine Angehörigenarbeit nach Standard würde bedeuten:

- Ob ein gutes oder schlechtes oder nicht vorhandenes Verhältnis zu den Angehörigen besteht, ist nicht dem Zufall überlassen.

- Für ein konstruktives Verhältnis müssen entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden.
- Es müssen allgemein gültige Verhaltensmaßnahmen aufgestellt und befolgt werden.
- Ein bewusstes Planen und Handeln ist vonnöten.
- Das theoretische Hintergrundwissen muss in die Praxis eingebaut werden (vgl. Daneke 2010, S. 100).

Eine so verstandene Angehörigenarbeit ist das Gegenteil von zufälliger und ungeplanter Angehörigenbegegnung. Nach einem Standard zu arbeiten heißt auch, geplant und vorausschauend, vorbereitet, organisiert und strukturiert zu arbeiten. Eine solche Arbeit beinhaltet ebenso Wertvorstellungen der MitarbeiterInnen bezüglich der Pflegearbeit. Standards sind schriftlich festgelegt und für alle einsehbar. Das Arbeiten nach vorgegebenen Richtlinien beziehungsweise deren individuelle Anpassung für jede Einrichtung ist kein Selbstzweck, sondern soll Vorteile für alle Beteiligten bringen (vgl. Danke 2010, S 101).

„Diese Vorteile sind:

- Steigerung der Pflege- und Betreuungsqualität
- Vereinheitlichung und Vereinfachung der Arbeit
- Kontinuität der Arbeit
- Selbstbewusstsein der Beteiligten durch Handlungssicherheit: ein Standard gibt spezifische Information zu Alltagproblemen
- Nachweisbarkeit geleisteter Arbeit mit finanzieller und rechtlicher Sicherheit
- Reduzierung der Arbeitsbelastung durch durchdachtes und gezieltes Arbeiten
- effektives und effizientes Arbeiten durch gezielten Einsatz von Mitteln und Techniken
- Unterstützung der Gesamtleistungen einer Einrichtung innerhalb der Qualitätssicherung“ (Daneke 2010, S. 101).

Standards werden vorgegeben oder müssen von jeder Einrichtung selbst entwickelt werden, da jede Einrichtung unterschiedliche Strukturen und Rahmenbedingungen aufweist.

Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sind lediglich Empfehlungen, die aus den Ergebnissen der geführten Fokusgruppen abgeleitet werden konnten.

#### 5.1.3.1 Das Erstgespräch

Die Angehörigenarbeit fängt mit der ersten Anfrage nach einem Heimplatz an; dabei umfasst sie insbesondere die Informationsweitergabe. Die Kommunikation und der Umgang mit den Angehörigen sollten bewusst gestaltet werden. Die Erwartungen und Wünsche von Angehörigen an eine Institution und die Leistungen, die eine Pflegeeinrichtung erbringen kann, sollten im Vorfeld abgeklärt werden, um spätere Missverständnisse in der Betreuungssituation zu vermeiden oder zu minimieren. Die Voraussetzung dafür ist ein persönliches Gespräch mit den Angehörigen und den zukünftigen BewohnerInnen, falls dies noch möglich ist. Empfehlenswert hierfür ist ein Besuch in der gewünschten Einrichtung, um sich vor Ort ein Bild machen zu können. Hilfreich könnte dabei eine Informationsmappe oder eine Broschüre mit sämtlichen Informationen über eine Einrichtung sein.

#### 5.1.3.2 Pflege auf Probe

Die befragten Pflegeheime könnten sich auch die Möglichkeit einer „Pflege auf Probe“ von potentiellen Interessenten überlegen. Diese Form wird in Deutschland in einigen Bundesländern bereits angeboten. Die BewohnerInnen können das Heimleben kennenlernen, und das Wissen, jederzeit wieder gehen zu können, nimmt Ängste. Für Angehörige würde dies ebenfalls eine Entlastung bieten, da dies das Einverständnis für eine institutionelle Betreuung der Pflegebedürftigen positiv beeinflussen könnte.

#### 5.1.3.3 Das Eintrittsgespräch

Das Eintrittsgespräch sollte sehr zeitnah nach dem Heimeinzug – oder wenn der Einzug noch planbar ist – schon vor dem Einzug einer Bewohnerin/eines Bewohners gemeinsam mit den Angehörigen stattfinden. Dieses Eintrittsgespräch

ist geradezu von essenzieller Wichtigkeit, da es für alle weiteren Begegnungen die Grundlage für die künftige Zusammenarbeit aller Beteiligten schafft. Wenn es gelingt, hier eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, ist es leichter, bei späteren Problemen und Konflikten konstruktiv miteinander zu arbeiten, denn „verständene Angehörige sind verständnisvolle Angehörige.“ (Daneke 2010, S. 24). Dieses Erstgespräch sollte den Angehörigen und den BewohnerInnen Sicherheit vermitteln. Das beinhaltet auch, dass die Angehörigen erfahren, wer von den MitarbeiterInnen wofür zuständig ist sowie wo und wann diese zu erreichen sind.

Als ein wichtiger Bestandteil in diesem Gespräch wird nach den Ergebnissen der Fokusgruppen die Biografiearbeit betrachtet. „Wer die Biographie Demenzkranker kennt, kann die mit dem Verhalten verknüpften Bedürfnissignale besser entschlüsseln und im Umgang mit dem Kranken berücksichtigen“ (<http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/4/biograph.html> [03.03.2013]).

- Die Biografie ist oftmals der Schlüssel zu den noch vorhandenen Fähigkeiten. Diese gilt es bewusst zu fordern, um sie noch möglichst lange aufrechtzuerhalten.
- Mit dem Demenzkranken über Erlebnisse aus seinem Leben zu reden, hilft ihm dabei, seine allmählich untergehende Identität und Persönlichkeit („die letzten Erinnerunginseln“) länger zu bewahren.
- Eine erfolgreiche Biografiearbeit gibt dem Kranken Sicherheit und stärkt sein Selbstvertrauen, was ihm dabei hilft, schwierige Situationen besser zu bewältigen.

(vgl. <http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/4/biograph.html> [03.03.2013]).

Hilfreich für ein Gespräch ist ein standardisierter Fragebogen oder Leitfaden; außerdem sollte es zwischen der Heimleitung, der Pflegeleitung, dem Angehörigen und dem/der BewohnerIn stattfinden. „In Erst- und Aufnahmegesprächen geht es neben dem Austausch von Sachinformationen um die ersten Schritte zu einer vertrauensvollen Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und Kunden“ (Daneke 2010, S. 60).

#### 5.1.3.4 Regelmäßige Informationen

Angehörige möchten regelmäßige Informationen. Die Möglichkeiten dafür sollten sehr individuell und vielfältig sein, da Besuche der Angehörigen je nach deren Zeitplan in einem sehr großzügigen Zeitraum über den Tag verteilt stattfinden.

Feste Sprechzeiten vonseiten der Einrichtung sind demnach eher ungünstig. Häufig ergibt sich auch der Gesprächsbedarf spontan. Diesem Bedarf können feste Beratungszeiten kaum genügen. Dies stellt jedoch für das Management einer Einrichtung eine große Herausforderung dar, da die personellen Ressourcen es oft nicht zulassen, über den Tag verteilt immer kompetente Ansprechpersonen im Dienst zu haben. Eine Möglichkeit und ein Kompromiss wären hier individuelle Terminvereinbarungen zu Verlaufsgesprächen zwischen Angehörigen und Pflegepersonen. Diese Gespräche sollten in einem Raum stattfinden, in dem ein ungestörtes Gespräch möglich und genügend Zeit vorhanden ist, um sich den Anliegen der Angehörigen widmen zu können.

Angehörigenabende sind ein Teil organisierter Kommunikation und Information von Angehörigen. Sie sollten nicht zur Besprechung individueller Pflege- und Betreuungsproblemen dienen, sondern für Angehörige ein Forum sein, sich untereinander auszutauschen, die besondere Lebenswelt Heim besser kennenzulernen und auch fachliche Informationen über das Krankheitsbild, wie zum Beispiel der Demenz, erlangen zu können, um Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Angehörigen sowie Pflegehandlungen besser verstehen zu können. Angehörigenabende sollten als Service für die Angehörigen angeboten werden, aber es sollte für sie keinerlei Verpflichtung daraus entstehen.

In der Literatur wird empfohlen, Angehörigenabende durch eine externe Person moderieren zu lassen, speziell wenn Konflikte das Thema sind, da MitarbeiterInnen einer Einrichtung zugleich auch Konfliktparteien sind und die nötige Distanz vermissen lassen könnten. Durch verschiedene Moderationsmethoden sollten Angehörige stärker in den Ablauf einer Veranstaltung miteinbezogen werden und so besser ihre Themen zur Sprache bringen können (vgl. Schmidt 2005, S. 37).



Kritische Angehörige müssen auch als Potenzial für eine Einrichtung gesehen werden. Sie sind meist engagiert und haben Einblick in eine Einrichtung, sind aber noch nicht „betriebsblind“ (vgl. Daneke 2010, S. 168).

#### 5.1.3.5 Ziele einer guten Information für Angehörige

- Eine gute Aufklärung über wichtige Angelegenheiten.
- Das Verhältnis zwischen BewohnerInnen und Angehörige. kann positiv beeinflusst werden.
- Durch den Wegfall von „Reibungen“ kommt es zu einer Steigerung der Arbeitserleichterung und der MitarbeiterInnenzufriedenheit.
- Der Informationsaustausch zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen wird gefördert.
- Die Beruhigung eines oftmals angespannten Verhältnisses zu den Angehörigen wird gefördert.
- Es wird ein Beitrag zu einem guten Ruf einer Einrichtung geleistet.
- Das frühzeitige Erkennen sowie das Auffangen und das Bearbeiten von Kritik und Beschwerden werden erleichtert (vgl. Daneke 2010, S. 141).

#### 5.1.3.6 Verstärkte Einbindung in das Alltagsleben

Ein weiteres Instrument für eine gelungene Angehörigenarbeit ist die Ausrichtung verschiedener Feste, wie zum Beispiel Geburtstagsfeiern und Aktivitäten im Jahreskreis (Adventfeiern, Weihnachtsfest, Fasching). Wichtig dabei sind spezielle Rahmenbedingungen, die solche Veranstaltungen zu einer Bereicherung für alle Beteiligten werden lassen.

Das Fest muss rechtzeitig angekündigt werden, damit es für Angehörige planbar ist. Die Einladungen müssen zwei bis drei Wochen vorher verschickt werden, um so auch Angehörige zu erreichen, die nur seltener zu Besuch kommen. Gleichzeitig empfehlen sich auch Aushänge im Heim.

Der Termin (Tag und Uhrzeit) sowie der Ort und die Dauer der Veranstaltung sind wichtig. Für alle Festivitäten sollten entsprechende räumliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Generell sollte eine Atmosphäre geschaffen werden, die den

Angehörigen das Gefühl des Willkommenseins vermittelt. Denken könnte man hier auch an die Einrichtung einer Spielecke, denn der Besuch von Kindern beziehungsweise Enkeln könnte durch solche Maßnahmen gefördert werden.

Das Miteinbeziehen der Laienerfahrung der Angehörigen oder auch die gemeinsame Planung der Pflege steigert einerseits die Transparenz der Pflegetätigkeiten und der notwendigen Maßnahmen, andererseits kann dadurch auch die Bereitschaft zur Mitverantwortung gesteigert werden. Es kann den Angehörigen das Gefühl vermittelt werden, immer noch eine wichtige Rolle und Funktion in der Betreuung einzunehmen.

#### 5.1.3.7 Angehörigenarbeit als Teil der Qualitätssicherung

Die Angehörigenarbeit ist als „vorausschauende Beschwerdeprävention“ ein wesentlicher Teil des Beschwerdemanagements einer Einrichtung. Dieses sollte möglichst frühzeitig beginnen, bevor sich eine Verbitterung aufgrund vermeintlich negativer Meinungen und nicht optimal laufender Vorgänge bei den Angehörigen und den MitarbeiterInnen festsetzt. Wenn Misstrauen erst einmal aufgebaut ist, kostet es viel Zeit und Energie und persönliche Gespräche, das Vertrauen wieder herzustellen. Negative Auswirkungen auf den Ruf einer Einrichtung, wenn das offene Gespräch nicht gesucht wird, sind nicht zu unterschätzen (vgl. Daneke 2010, S. 142).

Neben regelmäßigen Befragungen könnte auch ein Postkasten für anonyme Anregungen und Beschwerden angebracht werden.

#### 5.1.4 Resümee und Schlussbemerkung

In Anbetracht des steigenden Pflegebedarfs und des Anstiegs von Menschen mit diagnostizierter Demenz, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung betreut werden müssen, wird es künftig eine Herausforderung sein, den BewohnerInnen ein menschenwürdiges Altern zu gewährleisten. Eine ganz wesentliche Rolle in der ganzheitlichen Pflege und Betreuung kommt der Angehörigenarbeit zu.

Wie bereits angeführt, ist die Angehörigenarbeit eine Arbeit an, für und mit den Angehörigen, jedoch immer im Sinne der BewohnerInnen in den Alten- und

Pflegeeinrichtungen. Die Angehörigen leisten für den jeweiligen Pflegegebedürftigen einen wichtigen Beitrag zur Betreuungs- und Lebensqualität.

Aus den Ergebnissen der Fokusgruppen ging hervor, dass ein großer Teil der Angehörigen mit der derzeitigen Situation sehr zufrieden ist. Ein großes Verbesserungspotenzial liegt jedoch sicherlich in der Erstellung standarisierter Konzepte, die auf die jeweiligen Einrichtungen angepasst sind. Es ist Sache der Führung, die nötigen Rahmenbedingungen für einen strukturierten Angehörigenprozess zu schaffen.

Nur so kann gewährleistet werden, dass der Eintritt eines/einer BewohnerIn in ein Heim für alle Beteiligten so wenig wie möglich belastend ist und dem Pflegebedürftigen sowie den Angehörigen ein gutes Ankommen in der Pflegeeinrichtung ermöglicht wird. Das gemeinsame Ziel für Angehörige und PflegemitarbeiterInnen sollte es sein, dass sich der/die BewohnerIn in der neuen Umgebung zurecht findet, um den letzten Lebensabschnitt in Würde verbringen zu können.

Das Thema „Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ war für mich anfangs eine große Herausforderung, da dies für mich, da ich aus dem Krankenhausbereich komme, ziemliches Neuland war. Die Menschen mit Demenz nehmen wohl auch in der stationären Krankenhausbetreuung zu, doch in einem anderen Kontext im Vergleich zu einer Heimbetreuung.

Mein Teil dieses Projektes war, die Angehörigen in Fokusgruppen zu verschiedenen Themen zu befragen. Die Umsetzung dieser Forschungsmethode war für mich nicht nur sehr herausfordernd, sondern auch eine sehr spannende, lehrreiche und interessante Erfahrung. Es konnten die eigenen Kommunikationskompetenzen erweitert werden und es bestand die Möglichkeit, mich in der Leitung von Gruppendiskussionen als Moderatorin zu erproben. Wichtig dabei waren die sorgfältige Planung und Vorbereitung der Runden, um eine gute Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Sehr bereichernd wurde auch das Kennenlernen der verschiedenen Einrichtungen und der Angehörigen empfunden, die sehr engagiert und begeistert mitgearbeitet haben. Insgesamt war dieser Teil

des Projektes wegen der vielen Reisen in die Bundesländer sehr zeitintensiv, aber möchte diese Erfahrungen nicht missen.

Mit den berührenden Worten von Frau Helga Rohra, einer Demenzaktivistin aus München, möchte ich meine Ausführungen beenden.

*Wenn ich einmal dement werde, ... soll mein Leben einfach und überschaubar sein. Es soll so sein, dass ich jeden Tag das Gleiche mache, jeden Tag zur gleichen Zeit.*

*Wenn ich einmal dement werde, ... musst du ruhig zu mir sprechen, damit ich keine Angst bekomme. Du sollst mir erklären, was du tust.*

*Wenn ich einmal dement werde, ... kann ich vielleicht nicht mehr mit Messer und Gabel essen, aber bestimmt sehr gut mit den Fingern.*

*Wenn ich einmal dement werde, ... bin ich ganz leicht zu beruhigen – nicht mit Worten, sondern indem du ganz ruhig neben mir sitzt und meine Hand hältst.*

*Wenn ich einmal dement werde, denke daran, dass ich nicht alles verstehe. Aber mein Herz fühlt ... Und vergiss nicht: Mein Herz wird nie dement.*

## **5.2 MitarbeiterInnen und Führungskräfte (Anna Mair)**

### **5.2.1 Auswertung**

#### **Ablauf**

Im Rahmen der Ausbildung zum Pflegemanagement möchten sich die VerfasserInnen dem Thema „Angehörigenbetreuung in Langzeiteinrichtungen“ auch aus der Perspektive der MitarbeiterInnen widmen, denn die Betreuung der Angehörigen darf in einer Pflegeeinrichtung keine lästige Nebenaufgabe sein, sondern es muss deren großes Potenzial an Erfahrungen und Zeitressourcen genutzt werden. Die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal und den Angehörigen wurde in den Langzeitpflegeeinrichtungen immer wieder thematisiert. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass es immer wieder zu Reibungspunkten zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen kommt. Somit bedarf es einer genauen Betrachtung, um aufzuzeigen, ob die Angehörigenarbeit im Heimalltag

aus der Sicht der MitarbeiterInnen eine positive oder negative Auswirkung mit sich bringt.

Ebenso wie bei der Angehörigendiskussionsgruppe wird bei der Erhebung der MitarbeiterInnen die Forschungsmethode der Gruppendiskussion angewandt. „Die Gruppendiskussion ist ein Gespräch mehrerer TeilnehmerInnen zu einem Thema, das der Diskussionsleiter benennt, und dient dazu, Informationen zu sammeln“ (Hirth/Ziegler 2005/2006, S. 4).

Die Projektgruppe wählte die Form der Gruppendiskussion, um die Einstellungen, Wünsche, Konfliktsituationen und Verbesserungsvorschläge der MitarbeiterInnen zu erfahren. Beschlossen wurde, die Gruppendiskussionen mit einer TeilnehmerInnenzahl von etwa fünf Personen durchzuführen. Diese Anzahl erschien als ausreichend, da es um eine emotionale und vielfältige Auseinandersetzung zum Thema „Angehörigenarbeit“ ging. Die DiskussionsleiterInnen erhielten mit dem Instrument der Gruppendiskussion mit lediglich fünf TeilnehmerInnen die Möglichkeit, sich mit jedem/jeder ExpertIn der Gruppe eingehend auseinanderzusetzen.

### **Vorbereitung**

In der zweiten Projektsitzung wurde im Vorfeld von den Projektmitgliedern geklärt, wo und in welchem Pflegeheim die Diskussion stattfinden sollte. Man kam überein, dass die Moderation von den Führungskräften der Projektgruppe in ihren jeweiligen Bundesländern durchgeführt werden sollte. Die Durchführungserlaubnis wurde von der jeweiligen Heimleitung eingeholt. Da niemand genau wusste, wie der Ablauf einer Gruppendiskussion vonstattenging, wurde eingehend mit der Literaturrecherche über Gruppendiskussionsverfahren begonnen.

Nach intensiver Recherche wurde bei der nächsten Projektsitzung entschieden, dass die TeilnehmerInnen der Fokusgruppen und die MitarbeiterInnen aus den jeweiligen vier Pflegeheimen befragt werden sollten, die auch an der Angehörigengruppendiskussion teilnahmen. Es wurde jeweils ein Pflegeheim aus Kärnten, Niederösterreich, Tirol und Oberösterreich ausgewählt. Bewusst wurde bei der Zusammensetzung der Gruppe darauf geachtet, dass die MitarbeiterInnen eine große Bandbreite unterschiedlicher Erfahrungen und Meinungen einbringen

konnten. Als wichtig wurde erachtet, dass alle Teilnehmenden die Möglichkeit nutzen konnten, sich ungehemmt zum Thema „Angehörigenbetreuung“ zu äußern.

Ferner wurde bei der Gruppenzusammensetzung darauf geachtet, dass aus allen vier Pflegeheimen fünf vollzeitäquivalente MitarbeiterInnen daran teilnahmen, die bereits eine langjährige Erfahrung im Umgang mit Angehörigen aufweisen konnten. Es wurden jeweils zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und drei PflegehelferInnen, die ein großes Interesse an der Angehörigenarbeit zeigten, ausgewählt. Die MitarbeiterInnen wurden persönlich gebeten und zusätzlich noch schriftlich eingeladen, an der Diskussionsrunde teilzunehmen.

Die Dauer einer Diskussionsrunde wurde mit circa einer Stunde festgelegt, und jede Diskussionsleiterin hatte für einen Raum mit gemütlicher Atmosphäre zu sorgen. Vor Beginn war von den TeilnehmerInnen eine Aufzeichnungserlaubnis einzuholen. Die Diskussion der Gruppe wurde mittels Diktafon aufgezeichnet. Zusätzlich zum Visualisieren der Schlüsselfragen sollte ein Flipchart verwendet oder direkt von einer zusätzlichen Person protokolliert werden.

Nach Durchführung aller Diskussionsrunden mit den MitarbeiterInnen wurden die Gesprächsrunden durch Transkription der jeweiligen Moderatorin verschriftlicht und von einem Projektmitglied ausgewertet und zusammengeführt. Nachdem sich das Projektteam, besonders aber die vier Moderatorinnen eingehend mit den Vor- und Nachteilen der Gruppendiskussion auseinandergesetzt hatten, wurde bei der nächsten Projektsitzung mit der Planung und Erstellung des Diskussionsleitfadens begonnen.

### **Durchführung**

Die Erstellung des Diskussionsleitfadens für die PflegemitarbeiterInnen erfolgte bei der Projektsitzung. Als Erstes wurden schwerpunktmäßig die Diskussionsblöcke bestimmt:

- Informationswesen
- Unterstützung und Hilfe
- Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen

Der Grundreiz für den Diskussionsleitfaden der MitarbeiterInnen wurde im Team wie folgt erarbeitet: „Wie sieht für euch das ideale Miteinander zwischen Angehörigen und Pflege aus?“

Der Grundreiz soll die MitarbeiterInnen in die Diskussion einstimmen und dazu beitragen, dass ein freies Gespräch möglich wurde. Der Moderator/die Moderatorin sollte sich so wenig wie möglich einbringen. In der letzten Phase wurden noch Fragen angesprochen, die während der Diskussion noch offen geblieben waren. Danach wurden allgemeine Fragen formuliert und um Zusatzfragen und Stichworte ergänzt. Das Nichtziel der Gruppendiskussion wurde wie folgt festgelegt:

- Keine Diskussion über einzelne Angehörige in der Organisation.
- Keine Bewertung der PflegemitarbeiterInnen im Umgang mit Angehörigen.

Nachdem alle Themenfelder des Projektes abdeckt waren, wurde im Pflegeheim in Tirol mit dem fertiggestellten Gruppendiskussionsleitfaden ein Pretest für die MitarbeiterInnen durchgeführt. Der Leitfaden (siehe Anhang) wurde mit einer Mitarbeiterin des Hauses durchgegangen, und es wurde geprüft, ob die im Leitfaden formulierten Fragen verständlich, plausibel und klar formuliert waren, ohne bereits die Antwortmöglichkeiten einzugrenzen. Da es keiner weiteren Veränderung und Anpassung bedurfte, konnten die vier Gruppendiskussionen der MitarbeiterInnen in den einzelnen Bundesländern durchgeführt werden.

Das Gruppendiskussionsverfahren wurde nach Mayring in sechs Bereiche gegliedert:

1. Formulierung der Fragestellung und Ableitung von Grundreiz und Reizargumenten für die Diskussion
2. Gruppenbildung
3. Darbietung des Grundreizes
4. Freie Diskussion
5. Einführen der weiteren Reizargumente durch den/die DiskussionsleiterIn
6. Metadiskussion zur Bewertung der Diskussion (Hirth/Ziegler 2005/2006, S.10).

## **Auswertung**

Die Auswertung und Interpretation aller Diskussionsrunden der MitarbeiterInnen erfolgte in folgender Kategorisierung:

- Informationswesen
- Unterstützung und Hilfe/Begleitung
- Zusammenarbeit
- Ideen und Verbesserungsvorschläge

### 5.2.1.1 Interpretation der Gruppendiskussion „MitarbeiterInnen“, TK1, Tirol

Die Gruppendiskussion fand mit vier Mitarbeiterinnen und einem Mitarbeiter des Hauses statt. Alle verfügten über eine mehr als zehnjährige Erfahrung in der Angehörigenarbeit. Da sich die MitarbeiterInnen gut kannten, kam bereits von Beginn an eine entspannte, angenehme Atmosphäre auf. In der Eröffnungsphase wurde den TeilnehmerInnen die Projektarbeit „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ durch die Moderatorin, Pflegedienstleiterin Anna Mair, kurz vorgestellt.

Es wurde dabei die absolute Diskretion und Anonymisierung bei der Transkription betont und auf den Ablauf sowie die wichtigsten Vorgaben der Gruppendiskussion wie folgt hingewiesen.

- Das Gespräch selbst soll innerhalb der Gruppe stattfinden.
- Die Moderatorin lenkt das Gespräch entsprechend des Leitfadens, beteiligt sich aber so wenig wie möglich an der Diskussion.
- Jede Person soll zu Wort kommen dürfen.
- Die TeilnehmerInnen sollen sich einigermaßen ausgewogen an der Diskussion beteiligen.

Am Flipchart wurden die Diskussionsblöcke dargestellt; von der Moderatorin wurden während der Diskussion die wichtigsten Informationen in kurzen Worten schriftlich abgebildet. Die Aufzeichnung erfolgte mit einem vorher getesteten Diktafon; zusätzlich protokollierte die Sekretärin des Hauses die wichtigsten



Diskussionspunkte. Die Dauer wurde mit ungefähr einer Stunde festgelegt. Ein gemütliches Beisammensein mit einem kleinen Imbiss bildete den Abschluss.

Die Diskussionsrunde wurde mit einer leicht zu beantwortenden Frage nach dem Grundreiz begonnen. Es erfolgte eine offene, lebhaft kommunikative Diskussion. Die MitarbeiterInnen kehrten immer wieder auf das zentrale Thema „Angehörigenbetreuung“ zurück und ließen jede(n) Einzelne(n) zu Wort kommen und ausreden. Nur kurz wurde über einzelne Angehörige in der eigenen Organisation diskutiert. Teilweise kam eine emotionale Stimmung auf, die aber volles Verständnis bei den ArbeitskollegInnen hervorrief. Im Laufe der Diskussion ergaben sich immer wieder Situationen, in denen gelacht wurde, was wiederum sehr zur Auflockerung der Stimmung beitrug.

Die Ergebnisse der Diskussion im Tiroler Pflegeheim werden nun zusammenfassend dargestellt und interpretiert.

#### 5.2.1.1.1 Informationswesen

In der Gruppe wurde aus der Erfahrung berichtet, dass Angehörige nicht gut bis schlecht über den Verlauf einer Alzheimerdemenz aufgeklärt sind oder diese nicht wahrhaben wollen. Es soll den Angehörigen von den Ärzten aufgezeigt werden, wie der Verlauf einer Alzheimerdemenz aussieht, und darauf hingewiesen werden, was noch kommen kann beziehungsweise welcher Verlauf in Zukunft noch zu erwarten ist.

Man ist der Meinung, dass Familienangehörige in der Anfangsphase der Diagnose „Alzheimerdemenz“ noch mehr wahrnehmen können als in der Ausnahmesituation eines Heimeinzuges. Als wichtig empfand man auch, dass die Aufklärung der Angehörigen über die medizinische Diagnose von Ärzten durchgeführt wird, auch wenn von MitarbeiterInnen gegenüber den Ärzten Hemmschwellen von Angehörigen beobachtet werden. Man empfand, dass PflegemitarbeiterInnen nicht unbedingt die richtigen Ansprechpartner für Erst- und Aufklärungsgespräche sein sollten, sondern erst bei krankheitsbedingten Verhaltensveränderungen und pflegerischem Verlauf der Erkrankung. Die Aussage einer Mitarbeiterin war: *„Das hätte ich mit dem gemeint, dass man gleich einmal sagt, was noch passieren*

*kann. Wenn es dann passiert, haben die Angehörigen nicht das Gefühl, wir haben alles falsch gemacht, sondern das ist einfach der Verlauf der Krankheit. Ja, sagst du es später, hören sie dich nicht mehr, dann ist es zu spät. Das ist dann schade (TK1, MA 5, S. 7).*

Als Ansprechpartner beim Erstgespräch wünschen sich alle teilnehmenden MitarbeiterInnen, dass die Heimleitung und die Pflegedienstleitung ausführlicher über das Leitbild und die zu erwartenden Betreuungsmöglichkeiten informieren, da oft seitens der Angehörigen zu hohe Erwartungshaltungen in die Betreuung und Beschäftigung ihrer Angehörigen bestehen, die mit den vorgegebenen zeitlichen Ressourcen nicht erfüllt werden können.

Des Weiteren sollte beim Heimeinzug von den MitarbeiterInnen verstärkt darauf geachtet werden, dass man bei der Heimaufnahme eines/einer BewohnerIn viel an Informationen über Lebensgewohnheiten und Rituale erhält, denn, wie eine Mitarbeiterin so treffend sagte, *„dann laft`s, wias laft“*, denn wenn in den Stationsablauf die Routine eingekehrt ist, fragt man nicht mehr so viel nach. Man nimmt sich dann leider oft nicht mehr die Zeit, um eine genaue Biografiearbeit von dem/der BewohnerIn und seinen Angehörigen zu erheben (TK1, MA1, S. 13). Pflegende müssen die Lebensgeschichte des Bewohners kennen, um notwendige Orientierungshilfen im Alltag geben zu können.

Alle MitarbeiterInnen sind der Ansicht, dass die stationäre Pflegeversorgung oft von den Medien und vom Umfeld negativ bewertet wird, zumal derzeit das Leistungsangebot der sozialen Dienste forciert wird, um den zu Betreuenden einen möglichst langen Aufenthalt zu Hause zu ermöglichen. Schon der Spruch *„Kimmst ins Heim oder musst ins Heim oder kannst nimmer daheim sein“* sagt viel aus, und Angehörige werden dadurch stark verunsichert. Die familiären Strukturen haben sich jedoch verändert; Familienangehörige und Verwandte leben häufig weit von dem/der zu Betreuenden entfernt oder die Berufstätigkeit der Angehörigen lässt keine Zeit für die häusliche Betreuung und Pflege.

Eine bessere gegenseitige Absprache unter den Familienangehörigen wäre sehr hilfreich, denn oftmals besteht kein Einklang in der Pflege und Betreuung ihres

Angehörigen. Ein Gespräch zwischen Arzt, MitarbeiterInnen und Angehörigen über die gegenseitige Erwartungshaltung könnte dies verbessern.

#### *5.2.1.1.2 Unterstützung und Hilfe/Begleitung*

Die Diagnose „Demenz“ bedeutet für viele Angehörige oft Abschied nehmen in kleinen Raten. Die Versorgung zu Hause kann schließlich nicht mehr gewährleistet werden, und ein Heimplatz wird erforderlich. In der ersten Phase des Heimeinzuges und in der letzten Palliativphase des/der BewohnerIn benötigen Angehörige viel Zeit an Gesprächen und Begleitung. Dies wird von den MitarbeiterInnen als sehr zeitintensiv beschrieben. Aber gerade in der ersten Phase des Heimeinzuges sollten die Angehörigen gut informiert und ihnen nicht das Gefühl gegeben werden, dass sie lästig sind, sondern dass die Tür jederzeit für sie offen ist.

Das Pflegepersonal sieht sich oftmals überfordert, denn Gespräche mit Angehörigen können extrem zeitaufwendig sein und beanspruchen zusätzliche Arbeitszeit. Eine Mitarbeiterin fühlt sich als Seelsorger angesprochen; viel „Mist“ würde bei ihr abgeladen, auch von anderen Kollegen (TK1, MA 3, S. 13).

Die MitarbeiterInnen sehen sich oft in der Zwickmühle zwischen den Angehörigen und sind der Meinung, dass es vermehrt einer Schulung für PflegemitarbeiterInnen im Umgang mit Angehörigen bedarf. Dringend benötigte Gespräche mit Angehörigen dürfen nicht aufschoben, sondern kurze Entlastungsgespräche müssen sofort durchgeführt werden. Ferner wurde festgestellt, dass es keine eigenen AnsprechpartnerInnen und Zuständige für Angehörige demenzerkrankter BewohnerInnen im Heim gibt.

Da es seit Kurzem eine Selbsthilfegruppe für Angehörige von an Demenz Erkrankten im Tiroler Unterland gibt, sollte das Pflegepersonal die Angehörigen auf dieses Angebot hinweisen, weil der gegenseitige Austausch unter den Angehörigen ebenfalls als sehr wichtig betrachtet wurde.

Gemäß den MitarbeiterInnen benötigen Angehörige regelmäßig Unterstützung und Hilfe im Umgang mit ihren Erkrankten, denn sie sind oftmals überfordert, besonders wenn sie von diesen nicht mehr erkannt werden. Da ist dann ein Entlastungs-

gespräch wichtig, um ihnen zu erläutern, dass dies zur krankheitsbedingten Veränderung einer Alzheimerdemenz gehört. Eine Mitarbeiterin berichtet aus ihrer persönlichen Erfahrung: „... *Mir ist es auch nicht anders ergangen, wie ich feststellen musste, dass mich meine Mutter nicht mehr erkennt, da hilft alles Fachwissen nichts, es trifft dich voll auf der emotionalen Ebene!* ... *Ja, am Anfang hat man Hemmungen, auch wenn du dich damit abgefunden hast, ist es nach wie vor hart! Du kannst zuschauen, bis zum bitteren Ende, wo dich der Mensch wirklich nicht mehr erkennt. Was dann so schwierig ist ...*“ (TK1, MA 1, S. 9).

Eine weiterer Mitarbeiterin aus der Gruppe berichtete: „... *Es bleiben einfach sonst zu viele Fragezeichen für die Angehörigen wenn keiner da ist, der sie informiert. Wo du einfach siehst, deine Eltern verändern sich, du aber auch nicht so genau weißt Wie? Warum? Wieso? Man hat Hemmungen, du traust dich vielleicht nicht nachzufragen und bist dann mit deiner Not und Ängsten alleine*“ (TK1 MA 2, S. 9).

Gerade in dieser Phase berichten die MitarbeiterInnen, dass sich die Angehörigen ihnen gegenüber schämen, wenn sich ihre Demenzkranken ihren MitbewohnerInnen und den Pflegenden gegenüber anders verhalten als angebracht. Da sollte man zeitnahe reagieren und ein Gespräch führen. Als selbst betroffene Angehörige einer an Demenz erkrankten Mutter brachte eine Gruppenteilnehmerin folgende eigene Erfahrung zum Thema ein: „... *Ich bin selber Betroffene einer demenzkranken Mutter gewesen, ich denke mir oft, dass es eigentlich eine der schlimmsten Krankheiten ist, weil es ein Abschiednehmen ist. Sie ist physisch da und es ist ein so arger Prozess wenn ich denke, wie schlecht es mir dabei gegangen ist. Und ich weiß aber auch, wie wichtig es ist, wenn es dir schlecht geht und du dich bei dem Pflegepersonal ausweinen kannst. Das tut schon gut, das kann man das nur spontan machen* (TK1, MA4, S. 9).

In der Gruppe ist man sich einig, dass Angehörige immer wieder Entlastungsgespräche benötigen, auch wenn diese viel Zeit erfordern und es im normalen Stationsablauf oftmals schwierig ist, sie ausreichend gut zu begleiten und zu betreuen. Die MitarbeiterInnen diskutierten, ob es im Pflorgeteam überhaupt erwünscht ist, dass sie im Tagesablauf von Angehörigen unterstützt werden. Eine Mitarbeiterin empfand gewisse Ängste, dass dann Planstellen auf den Stationen

reduziert würden. Diese Ängste wurden von den anderen PflegemitarbeiterInnen nicht geteilt.

Von einem geringen Teil der Angehörigen werden die MitarbeiterInnen in den Essenszeiten und an den Nachmittagen unterstützt. Bei der Körperpflege fanden sie, dass dies ein bisschen eigenartig wäre und die Angehörigen dies auch nicht möchten.

Als belastend empfand eine Mitarbeiterin Angehörige, die den ganzen Tag im Heim anwesend seien, oft mehr Betreuung benötigten als die Bewohner selber und bei denen man froh wäre, wenn sie die Station wieder verlassen, weil sie eine solche Unruhe in die Station brächten und dies auch dem/der BewohnerIn nicht gut täte.

Ob man Angehörige als belastend empfindet, hängt auch sehr vom Empfinden von Sympathie oder Antipathie zwischen den Angehörigen und den MitarbeiterInnen ab. Besonders schwierige Angehörige werden vom Pflegepersonal als lästig und störend empfunden. Angehörige, die ihr häusliches Umfeld und ihre sozialen Kontakte wieder neu gestalten müssen, verbringen viel Zeit bei ihren Angehörigen in der Pflegeeinrichtung. Kors & Seunke brachten diese zugespitzte Lage der Angehörigen auf den Punkt: „In gewisser Weise nimmt das Pflegeheim nicht nur den Bewohner, sondern auch seine Familie mit auf“ (zit. nach Schmidt 2005, S. 4).

Eine Mitarbeiterin fand, dass Pflegekräfte professionell sind und ihre Arbeit zwar als Beruf sehen, aber nicht emotionslos sind. Sie meinte: *„Wir sehen es nicht als Angehörige, weil wenn ich Angehöriger bin, sehe ich es mit viel mehr Emotionen, sie wollen manchmal sicher oft nicht so gescheit sein, wie sie uns vorkommen. ... Sie sehen es einfach aus einer anderen Perspektive und sind manchmal einfach hilflos und da reagiert man oft empfindlicher“* (TK1, MA 1, S. 17).

Die Diskussionsrunde fand, ihre KollegenInnen würden es als sehr hilfreich ansehen, würden mehr Fortbildungsmaßnahmen zum Thema „Angehörigenarbeit“ in der Einrichtung angeboten. Besonders wichtig wären Tipps, wie man schwierige Gespräche führt, denn es bleibt immer die Frage: „Wie weit bin ich professionell

und wie weit bin ich privat?“ Als hilfreich und als Unterstützung für die Angehörigen sehen die MitarbeiterInnen, wenn auch Fortbildungsmaßnahmen für Angehörige im Haus stattfinden, um besser mit dem Krankheitsverlauf der Demenz umgehen zu können.

Des Weiteren wünschen sich die MitarbeiterInnen mehr Unterstützung von der Heimleitung durch die Vorgabe einer klaren Struktur, denn es stellen sich immer wieder die Fragen: „Was dürfen Angehörige tun? Was möchten sie tun? Inwieweit möchte ich überhaupt, dass sie mitarbeiten? Wo setze ich die Grenze? Wer setzt mit mir die Grenze?“

#### 5.2.1.1.3 Zusammenarbeit: Angehörige – MitarbeiterInnen

Als besonders wichtig empfand die Gruppe, dass Angehörige Vertrauen zu den Pflegenden aufbauen. Dazu gehört auch, dass das Pflegepersonal bedingungslos ehrlich ist. Dies erfordert viele Gespräche und bedeutet einen hohen Zeitaufwand, für den im normalen Tagesablauf zu wenig Raum bemessen wird. MitarbeiterInnen sollen verstärkt auf Angehörige zugehen und sie als wertvoll ansehen, denn ein gutes Miteinander erleichtert die Zusammenarbeit zunehmend.

Ein(e) MitarbeiterIn befand: *„Besonders bei der Aufnahme, da geht es alles viel zu schnell! Die kommen da herein und alles ist neu. Ich meine es allgemein. Da müsste die Zusammenarbeit besser geplant werden. Ich weiß nicht, vielleicht sollen sie auch mit uns reden wenn etwas nicht passt. Oder Sie haben auch keine Bezugsperson bei uns“* (TK1, MA2, S. 4).

Ein eigener/eine eigene AnsprechpartnerIn, speziell für Angehörige von demenzerkrankten BewohnerInnen auf den Stationen, der sie genau über Sicherheitsmaßnahmen aufklärt, wäre von Vorteil. Zum Beispiel waren die Erkrankten zu Hause noch ganz mobil und benötigen jetzt eine Sturzmatte und eventuell Bettseitenteile und so weiter.

Die MitarbeiterInnen geben an, dass die meisten Konfliktsituationen mit Angehörigen in der Anfangsphase des Heimeinzuges entstehen, bis das nötige Vertrauen in die Pflege aufgebaut wird, bedingt wohl auch durch die Überforderung mit der neuen Situation und Angst und Misstrauen gegenüber den

Pflegepersonen. In dieser Phase legen sie ihre gesteigerte Aufmerksamkeit auf die Pflege ihres Angehörigen im Pflegeheim, und MitarbeiterInnen müssen lernen, mit dieser Situation umzugehen.

Deshalb ist es in dieser Situation gut, wenn am Anfang zu den Angehörigen gesagt wird: *„Ihr habt`s recht, dass ihr uns das Vertrauen gebt, eure Eltern sind gut versorgt. Ihr habt recht, eure Eltern werden von uns gut versorgt“* (TK1, MA2, S. 22).

Konfliktsituationen entstehen im Heim oftmals im Kontakt zwischen Angehörigen und den MitarbeiterInnen. Folgerichtig ist an eine erfolgreiche, Konflikte verhindernde oder mindernde Angehörigenarbeit immer die Erwartung geknüpft, dass sie zu „mehr Wissen, weniger Streit“ führt (vgl. Schmidt 2005, S. 24).

Konfliktsituationen können auch dadurch entstehen, empfindet eine Pflegemitarbeiterin, *„dass sie mit uns einen näheren Umgang haben und mehr Zeit verbringen als mit den eigenen Angehörigen. Oft sind sie zu ihnen nicht so freundlich, manchmal sind sie da ein bisschen eifersüchtig. Das man ihnen dann das Gefühl gibt, dass das normal ist, und betont, wie schön es ist, dass sie so viel zu Besuch kommen und die Situation dadurch ein bisschen entschärft wird“* (TK1, MA 5, S. 24).

Dass Angehörige eine Unterstützung sind, können die MitarbeiterInnen täglich erleben. Da diese meistens viel über die Lebensgeschichte des/der BewohnerIn wissen, könnte bei einer guten Zusammenarbeit die Mithilfe der Angehörigen bei der Alltagsgestaltung das Pflegepersonal besonders in den Nachmittagsstunden entlasten.

Es wurde diskutiert, dass das Pflegepersonal mehr auf die Angehörigen zugehen sollte, um sie so zu motivieren, sich mehr mit ihren Angehörigen zu beschäftigen, und aufzuzeigen, über welche Ressourcen ihre dementen Angehörigen noch verfügen und welche Beschäftigungsmöglichkeiten noch gegeben sind.

Besonders belastend für Angehörige sehen PflegemitarbeiterInnen jene Stadien der Demenz, in denen es oft nicht mehr möglich ist, mit den dementen Bewohnern zu kommunizieren. Da sollte darauf geachtet werden, dass Angehörige darin

bestärkt werden, wie wertvoll ihre Besuche für ihren Angehörigen sind. Auch wenn sie einfach nur da sind, weil ihr Angehöriger jedenfalls die Stimmung noch aufnimmt, sei sie positiv wie negativ.

Des Weiteren empfand man, dass Angehörige mehr in den Pflegeprozess und besonders in die Biografiearbeit des Bewohners einbezogen werden sollten, da eine reaktivierende Pflege nur nach Interpretation der Biografie möglich ist.

Nach Angehörigenbesuchen beobachteten alle Diskussionsmitglieder, dass besonders BewohnerInnen mit starkem Bewegungsdrang, die sich in der laufenden und suchenden Phase befinden, unruhiger werden, wenn ihre Angehörigen wieder das Haus verlassen. Man empfand, dass Angehörige bei Besuchen öfters den Stress auf die BewohnerInnen übertragen, besonders in der Phase der Verabschiedung. Es sollte wie, ein Mitarbeiter feststellte, eine individuelle Verabschiedung geben, weil ja die Betreuung demenzerkrankter BewohnerInnen auch sehr individuell ist (TK1, MA1, S. 21).

Eine Pflegemitarbeiterin beobachtete, dass die Verabschiedung für viele Angehörige meist wichtiger sei als für den Bewohner. Gespräche über den früheren Haushalt der BewohnerInnen sorgen bei diesen oft für Unruhe, besonders nachmittags, weil sie dann das Gefühl haben, sie müssten unbedingt nach Hause. Wenn BewohnerInnen regelmäßig Besuche erhalten, können sie besser damit umgehen, als wenn sie fast nie einen erhalten.

#### *5.2.1.1.4 Ideen und Verbesserungsvorschläge*

Von den MitarbeiterInnen werden mehr zeitliche Ressourcen für die Betreuung der Angehörigen und eigene AnsprechpartnerInnen für Angehörige auf den Stationen gefordert. Es sollte auch vermehrt mit Folder auf Selbsthilfegruppen oder Kontaktadressen für Angehörige demenzerkrankter BewohnerInnen hingewiesen werden. Auch wäre es sehr hilfreich, wenn in gewissen zeitlichen Abständen Informationsgespräche mit den Angehörigen stattfinden, um so zu erfahren, wie weit Angehörige in die Betreuung von HeimbewohnerInnen miteinbezogen werden wollen.



Das Vorstellen des Angehörigenbegleitbuches bei Angehörigenstammtischen und Selbsthilfegruppen empfand man ebenfalls als wertvoll. In diesem könnte man die schönsten Momente mit dem demenzkranken Angehörigen und seine eigenen Gedanken und Gefühle niederschreiben und mit schönen Fotos ausgestalten.

Fortbildungsmaßnahmen im Kommunikationswesen und über Demenz für Angehörige und MitarbeiterInnen erachtet man als dringend notwendig, um ein besseres Miteinander und eine gegenseitige Wertschätzung zu erreichen.

#### 5.2.1.2 Interpretation der Gruppendiskussion „MitarbeiterInnen“, TK2, Kärnten

Nach einer kurzen Vorstellung des Gruppenprojektes zum Thema „Professionelle Angehörigenarbeit“ übernahm Sr. Valentina Rupnik die Diskussionsrunde.

Von den fünf teilnehmenden MitarbeiterInnen waren zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und eine Pflegehelferin slowenischer Herkunft. Das Gespräch wurde zweisprachig geführt. Die MitarbeiterInnen waren sehr motiviert und bereit, an der Diskussion teilzunehmen. Während der Gesprächsrunde wurden immer wieder Fallbeispiele aus der eigenen Einrichtung angesprochen. Die Niederschrift der Diskussion gestaltete sich als sehr schwierig, da es während der Diskussion öfters um Inhalte und Fragen, die nicht zur Diskussion standen, ging, oder weil mehrere MitarbeiterInnen gleichzeitig sprachen und sich ins Wort fielen. Aus der Kärntner Gruppendiskussion werden nur die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert, da es sonst den Umfang der Arbeit sprengen würde.

##### 5.2.1.2.1 Informationswesen

Die MitarbeiterInnen fanden es wichtig, beim Eintritt in ein Pflegeheim die Angehörigen bereits in der ersten Phase miteinzubeziehen, um von ihnen entsprechende Informationen über Biografie, Lebensgewohnheiten und Lebenseinstellungen des/der zu Pflegenden zu erfahren. In der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden ist es wichtig, durch Kommunikation die Bedürfnisse von BewohnerInnen, Angehörigen und MitarbeiterInnen zu berücksichtigen, wahrzunehmen und zufriedenzustellen.

In der Biografiearbeit beziehungsweise im Biografieerhebungsprozess ist es bedeutsam, die Angehörigen einzubeziehen, insbesondere in Fällen, in denen die BewohnerInnen selbst aufgrund der Erkrankung eine Mitteilungsschwierigkeit aufweisen und sich nicht mehr artikulieren können. In diesen Fällen ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen sehr hilfreich und stellt eine Erleichterung für die MitarbeiterInnen dar.

Genauso ist es Aufgabe der MitarbeiterInnen herauszufinden, ob die Angehörigen bereit sind, Informationen weiterzugeben. Es ist wichtig, dass, wenn seitens der Bewohner keine oder nur geringe Information zu erhalten sind, ein vermehrter Kontakt zu den Angehörigen gesucht wird.

#### *5.2.1.2.2 Unterstützung und Hilfe/Begleitung*

Einige Angehörige der BewohnerInnen des Heimes inkludieren beziehungsweise leben sich sehr in den Alltag sowie den Tagesablauf der BewohnerInnen ein. Es gibt Angehörige, die sehr offen sind und ihre Familienangehörigen aktiv unterstützen. Dies empfinden die MitarbeiterInnen als sehr hilfreich. Diese Angehörigen sind bereit mitzuarbeiten und scheuen sich nicht, bei Unklarheiten um Rat zu fragen.

Andererseits gibt es Angehörige, die sehr passiv sind und hauptsächlich Forderungen an die MitarbeiterInnen stellen. Sie sind zumindest nur Beobachter und Kritiker.

In der Zusammenarbeit mit Angehörigen sollte man definieren, wo und wie sie ihre verwandten Heimbewohner unterstützen können, wie zum Beispiel Hilfestellung beim Essen oder bei der Körperpflege, wenn diese vonseiten der BewohnerInnen sowie der Angehörigen erwünscht wird, regelmäßige Besuche, Gespräche, Spaziergänge und so weiter.

Im Pflegeheim in Kärnten ist zu beobachten, dass die HeimbewohnerInnen wenig Besuch von ihren Angehörigen bekommen. Dafür gibt es mehrere Gründe: Einige BewohnerInnen haben keine Angehörigen mehr und fühlen sich dadurch sehr einsam. Andere Angehörige distanzieren sich von den eigenen Eltern, weil sie mit der Situation überfordert sind und nicht zurechtkommen. Es wäre notwendig,

gerade diese Angehörigen stärker zu informieren und über den Verlauf und die Symptome einer Demenzerkrankung aufzuklären, um ihnen so die Angst und die Unsicherheit zu nehmen. Sie sollen dazu motiviert werden, die Vorteile der Beziehungspflege zu sehen, um sie zu regelmäßigen Besuchen und Kontakten mit HeimbewohnerInnen zu animieren. Angehörige, die regelmäßig auf Besuch kommen, sind sehr offen und können meistens leichter mit der Erkrankung umgehen.

Bei fortgeschrittener Demenz haben Angehörige das Gefühl, dass sie von ihren Eltern nicht mehr erkannt oder wahrgenommen werden, weshalb sie sich von ihnen distanzieren. Dies löst wiederum Berührungsängste aus und erzeugt Stresssituationen. Diese Probleme kommen immer wieder vor. Eine Möglichkeit, dem entgegenzuwirken, könnte das Anbot sogenannter Angehörigenabende sein, an denen die Informationsweitergabe erfolgen könnte. Inhaltlich könnten Themen wie altersbedingte Erkrankungen, insbesondere Demenz, zur Sprache gebracht werden.

Besonders wichtig ist es, dass Angehörige informiert und aufgeklärt werden sollen, um Ängste abzubauen und besser mit dieser Situation umgehen zu können. Genauso sollte die Bedeutung der Besuche für Familienangehörige betont werden. HeimbewohnerInnen, besonders Eltern, erwarten, dass die Angehörigen kommen. Sie wünschen sich deren Nähe und Anwesenheit.

#### *5.2.1.2.3 Zusammenarbeit: Angehörige – MitarbeiterInnen*

Es wäre wichtig, den Aufnahmeprozess im Heim zu verbessern. Ein erster Schritt wäre die erste Kontaktaufnahme mit Angehörigen bezüglich eines Informationsaustausches vor dem Heimeintritt. Den MitarbeiterInnen muss bewusst sein, dass sie AnsprechpartnerInnen für Angehörige sind. Wenn Angehörige ins Haus kommen, sollten sie angesprochen werden und sich willkommen fühlen.

Die Angehörigen erwarten von den Pflegenden, dass sie Zeit für sie haben. Oft ist es schwer, dieser berechtigten Forderung nachzukommen, weil die MitarbeiterInnen selber häufig unter Zeitdruck leiden. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass

die Zeit, die den Angehörigen gewidmet wird, Vertrauen erzeugt und wichtig ist, um notwendige Informationen über die HeimbewohnerInnen zu erhalten.

Das Miteinander und die Zusammenarbeit mit Angehörigen und BewohnerInnen setzt eine gelungene Kommunikation voraus. Eine große Rolle spielt dabei auch die Bereitwilligkeit der Angehörigen hierzu. Einige sind sehr wohl bereit zusammenzuarbeiten, andere wiederum haben die Meinung, dass Angehörige, nachdem sie ins Pflegeheim gebracht worden sind, zwar regelmäßig von ihnen besucht werden, jedoch sonst keine weiteren Verpflichtungen mehr einzugehen sind. Aufgabe der MitarbeiterInnen ist es nun, gerade diese Angehörigen zu motivieren und sie stärker in den Heimalltag einzubinden.

Einige Angehörige sind beim Heimeintritt ihrer Familienangehörigen sehr verzweifelt, besorgt und haben oft Schuldgefühle. Der Eintritt in ein Pflegeheim kann bei den Betroffenen und den Angehörigen schmerzliche Gefühle und Ängste auslösen. Fragen wie „Werden sich die Eltern in dieser Einrichtung zurechtfinden?“ plagen die Angehörigen. In diesen Fällen besteht die Aufgabe der MitarbeiterInnen zuerst darin zu trösten und Mut zuzusprechen. Die Kommunikation ist hier das wichtigste Instrument, um diese Zweifel und Ängste ernst zu nehmen und zu reduzieren, um zu signalisieren, dass im gemeinsamen Bemühen ein für alle annehmbarer Weg gefunden werden kann.

Kommt es bei Besuchen und Begegnungen mit Angehörigen zu Konflikten, sollte man sachlich und freundlich bleiben. Diese Haltung ist ein Zeichen von Professionalität.

#### *5.2.1.2.4 Ideen und Verbesserungsvorschläge*

Die Fortbildungsmaßnahmen im Pflegeheim in Kärnten sollten in Richtung Kommunikation und Informationsvermittlung gehen. Regelmäßige Angehörigenabende mit verschiedenen Vorträgen und der Möglichkeit, sich mit den MitarbeiterInnen über die Familienangehörigen auszutauschen, könnten zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Die Heimleitung sollte sich deshalb zum Wissensaustausch mit Einrichtungen in Verbindung setzen, die die Angehörigenarbeit bereits eingeführt haben und einige Erfahrungen damit besitzen.

In weiterer Folge könnten die gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen eines Vortrages vorgestellt werden. Diese Informationen und Erfahrungen wiederum könnten dazu dienen, verschiedene Vorschläge für die Angehörigenarbeit im eigenen Heim auszuarbeiten und zu organisieren.

Unter professioneller Angehörigenarbeit verstehen die MitarbeiterInnen das ständige „Dranbleiben“, „offen sein“ und den Angehörigen zuhören zu können. Im aktiven Gespräch mit den Angehörigen bekommt man Informationen, die hilfreich sind und die Betreuung demenzkranker BewohnerInnen unterstützen können. Diese Gespräche geben Auskunft über Wünsche, Bedürfnisse, Ängste und Probleme der Angehörigen. So kann auch eruiert werden, wie weit Angehörige in die Betreuung von Heimbewohnern miteinbezogen werden können und möchten.

Der/die zu Pflegende mit seinen/ihren Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten muss auch in der Angehörigenarbeit im Vordergrund stehen, denn es geht um sein oder ihr Wohl.

#### 5.2.1.3 Interpretation der Gruppendiskussion „MitarbeiterInnen“, TK3, Oberösterreich

Nach einer kurzen Vorstellung durch die Pflegedirektorin übernahm Frau Hermine Schneeberger die Leitung der Diskussionsrunde.

Die teilnehmenden MitarbeiterInnen verfügten über eine langjährige Erfahrung zum Thema „Angehörigenarbeit“ und waren sehr interessiert und motiviert. Als schwierig erwies sich in dieser Diskussion, dass die MitarbeiterInnen immer wieder über BewohnerInnen und Angehörige des Hauses diskutierten und dadurch von der Moderatorin immer wieder zum Thema zurückgeführt werden mussten. Die Ergebnisse der Gruppendiskussion aus Oberösterreich werden wie folgt zusammengeführt und interpretiert.

##### 5.2.1.3.1 *Informationswesen*

Für ein ideales Miteinander zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen wird davon ausgegangen, dass man bei der Heimaufnahme vonseiten der Angehörigen genügend Vorinformationen über die Lebensgeschichte und Lebensgewohnheiten

des/der HeimbewohnerIn erhält, weil Menschen mit Demenz im Moment des Heimeinzuges oftmals bereits nicht mehr in der Lage sind, ihre Gewohnheiten und Wünsche zu kommunizieren. Für eine gute Pflege und Betreuung ist es wichtig zu wissen, wie die pflegende Person aufgewachsen ist, wodurch sie geprägt wurde und welche schönsten und welche schlimmsten Begebenheiten erlebt wurden. Die Lebensgeschichte ist notwendig, um den zu Pflegenden/die zu Pflegende würdevoll und auch professionell betreuen zu können.

Wie man in der Gesprächsrunde feststellte, wird es immer schwieriger, von den Angehörigen Informationen zu erhalten. Manche Angehörige wissen alles über den zu Pflegenden/die zu Pflegende, weil sie den Angehörigen zu Hause selbst betreut oder mit ihnen gelebt haben. Andere wissen jedoch wegen fehlender Bindung zueinander nur sehr wenig. Aus dem Umgang zwischen den BewohnerInnen und ihren Angehörigen kann rasch geschlossen werden, wie das Verhältnis zueinander vorher war, ob die Angehörigen besorgt oder ob sie froh sind, dass ihre Angehörigen zur eigenen Entlastung nun im Heim leben.

Angehörige werden in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz von den MitarbeiterInnen als wichtigster vertrauter Bezugspunkt gesehen. Um eine gute Zusammenarbeit zu sichern, muss ein guter Informationsfluss zwischen der Hauptpflegeperson des/der BewohnerIn vor dem Heimeinzug und den MitarbeiterInnen stattfinden, um so noch die zur Verfügung stehenden Ressourcen des/der Erkrankten besser nutzen zu können.

#### *5.2.1.3.2 Unterstützung und Hilfe/Begleitung*

Die Diskussionsrunde war der Meinung, dass ihre Pflegeeinrichtung bestrebt sein sollte, Angehörige in den Heimalltag einzubinden und sie dadurch zur Unterstützung und Hilfe zu motivieren.

Weitgehend wurde bemerkt, dass Angehörige mit dem Fortschreiten der Demzenerkrankung des zu Pflegenden/der zu Pflegenden immer mehr an ihre Grenzen geraten, besonders wenn die Kommunikation kaum mehr gegeben ist. In dieser Situation sollten die MitarbeiterInnen den Angehörigen besondere Hilfestellung anbieten, damit diese besser mit der Situation umgehen können. Eine

Mitarbeiterin berichtet: „... dass eine Angehörige ihrer Mutter sogar den Kasten mit einer Kette zugesperrt hat, weil sie es nicht aushält, dass die Mama die von ihr ganz penibel zusammengelegte Wäsche immer herum räumt, dabei hätte die Mutter viel Freude, wenn sie in ihrer „Wohnung“ a bisserl umräumen kann. Aber mit ihrer Tochter kann man darüber nicht reden, da hat sie kein Verständnis“ (TK3, A1, S. 3).

Eine Überforderung der Angehörigen im Umgang mit ihren demenzerkrankten Angehörigen bestätigen die MitarbeiterInnen wie folgt: „Und manchmal spielt die Vorgeschichte eine große Rolle, wenn sie damit nicht umgehen können, dass sie die Pflege daheim nicht geschafft haben und sie immer noch ein schlechtes Gewissen haben“ (TK3, A2, S. 3).

Einerseits sind Angehörige erfreut, in der Betreuung zu Hause entlastet zu sein, andererseits haben sie das Gefühl, trotz aller Bemühungen versagt zu haben. Dadurch befinden sie sich in einer emotional sehr belastenden Situation. Ihre Reaktion auf das Heim spiegelt sich in ihrer Emotionalität wider (vgl. Schmidt 2005, S. 3). Die MitarbeiterInnen berichten, dass in der Folge die Angehörigen ihre gesteigerte Aufmerksamkeit auf das Befinden ihres erkrankten Angehörigen und auf die Qualität seiner Pflege und Begleitung richten (vgl. Schmidt 2005, S. 3).

Eine Supervision empfinden die PflegemitarbeiterInnen als nicht notwendig, weil sie sich gegenseitig gut unterstützen und vieles von der Seele reden können, was sie belastet. „Eine Supervision ist bei uns, wenn wir uns im Sozialraum auch einmal „ausspeiben“ können. Da meine ich aber jetzt nicht schimpfen über einen Angehörigen sondern mir das einfach einmal von der Seele reden. Dazu brauche ich keine Supervision“ (TK3, A1, S. 4).

Als hilfreich werden externe und interne Fortbildungsmaßnahmen mit einem Angehörigen- oder Demenzexperten gesehen, bei dem man sich Tipps und Tricks holen kann. Dabei lernt man, wie in ganz bestimmten Situationen mit dementen BewohnerInnen und ihren Angehörigen umgegangen werden soll. Bei externen Fortbildungen erfolgt zudem ein befruchtender Wissensaustausch mit Pflegepersonen aus anderen Organisationen.

### 5.2.1.3.3 Zusammenarbeit: Angehörige – MitarbeiterInnen

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen empfinden die MitarbeiterInnen im oberösterreichischen Pflegeheim als meist angenehm. Sie fühlen sich von vielen Angehörigen wertgeschätzt. Nur einige Angehörige finden, dass die jeweilige Pflegeperson nicht genug qualifiziert sei und würden ihr deshalb weniger Vertrauen entgegen bringen.

Angehörige als zusätzliche Belastung empfinden die PflegemitarbeiterInnen nur, wenn sich zum Beispiel die Familienangehörigen untereinander nicht verstehen oder sich BewohnerInnen nach Angehörigenbesuchen aggressiv und unruhig verhalten. Ansonsten besteht eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen im Haus.

Als unterstützend in der täglichen Betreuung sehen die PflegemitarbeiterInnen Angehörige in der Beschäftigung, zum Beispiel bei Spazierfahrten oder bei der Kommunikation. In der Grundpflege übernehmen Angehörige keine Pflegetätigkeiten, da die persönliche Überforderung ja oft der Grund für die Heimaufnahme war. Als besonders unterstützend sehen viele MitarbeiterInnen, dass Angehörige zu den Essenszeiten ins Pflegeheim kommen und dem Pflegepersonal dabei Hilfestellung geben.

Um eine professionelle Angehörigenarbeit zu gewährleisten, wünschen sich die DiskussionsteilnehmerInnen beiderseits eine gute Gesprächsbasis. Dadurch fällt es den Angehörigen leichter, auch von sich aus auf das Pflegepersonal zuzugehen und sich mehr in den Heimalltag einzubringen. Eine Mitarbeiterin sagt: *„... Mir ist ein gutes Verhältnis mit Angehörigen wichtig. Sie sollen mir gleich sagen, wenn sie glauben, dass was nicht passt, dann kann man darüber reden und oft sind es eh nur Missverständnisse“* (TK3, A3, S. 6).

Von den Angehörigen als Laienprofis profitieren die PflegemitarbeiterInnen ebenfalls, da man von diesen wichtige Informationen über den Pflegling erhält, ohne die eine bewohnerzentrierte Betreuung fast nicht denkbar ist, denn je mehr man über den/die einzelne BewohnerIn weiß, desto besser kann auf sie individuell eingegangen werden. Angehörige soll auch zu verstehen gegeben werden, dass



manche Wünsche in der Einrichtung aufgrund der Rahmenbedingungen nicht erfüllt werden können.

Die meisten Konfliktsituationen erleben PflegemitarbeiterInnen bei der reaktierenden Pflege. So ist es für manche Angehörige schwer verständlich, dass man ihren zu betreuenden Angehörigen zum Beispiel nicht gleich beim Essen unterstützt, sondern ihn motiviert, das Essen selbst zu sich zu nehmen, auch wenn er dafür viel Zeit benötigt. Um das Verständnis der Angehörigen dafür zu gewinnen, sind Aufklärungsgespräche zur Pflegephilosophie der Einrichtung notwendig.

Konflikte können auch dadurch entstehen, wenn BewohnerInnen etwas verlieren oder verlegen, wie zum Beispiel Geld oder eine Zahnprothese. Auch hier sind Gespräche mit den Angehörigen erforderlich, um ihr Verständnis für diese leider nicht selten vorkommenden Situationen zu wecken.

Nach Angehörigenbesuchen erleben die MitarbeiterInnen die BewohnerInnen sehr unterschiedlich: „... *Manche Angehörige wissen gar nicht, was sie mit dem Bewohner tun sollen, wenn`s schon so dement sind. Nach fünf Minuten sind`s „ganz aus dem Häuschen“, weil`s der Besuch aufgekratzt hat. Oft auch sehr müde, weil`s so anstrengend war, oder aggressiv, wenn die Tochter ihre Mama die ganze Zeit herumkommandiert: Mama, du musst essen, wasch dir die Hände nach dem Klo, und die Bewohnerin versteht überhaupt nicht mehr, was los ist“* (TK3, A1, S. 7).

#### 5.2.1.3.4 Ideen und Verbesserungsvorschläge

Von großer Bedeutung erschien den MitarbeiterInnen aus Oberösterreich, dass Fortbildungsmaßnahmen in Kommunikation und Validation angeboten werden. Gewünscht werden nicht Fortbildungen über den Demenzverlauf, sondern Handlungsanweisungen, wie man mit bestimmten kritischen Situationen besser umgeht.

#### 5.2.1.4 Interpretation der Gruppendiskussion „MitarbeiterInnen“, TK4, Niederösterreich

Die Gruppendiskussion in Niederösterreich fand bei den beteiligten MitarbeiterInnen reges Interesse. Als Diskussionsleiterin begrüßte Frau Katarina

Bedlan die Pflegefachkräfte. Es nahmen zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern mit slowakischer Muttersprache und drei PflegehelferInnen, alle in einem Vollbeschäftigungsausmaß tätig, daran teil. Die Gruppendiskussion wurde zweisprachig geführt. In dieser Gruppe fand ein reger Meinungs austausch statt. Im Verlauf der Diskussion mussten die PflegemitarbeiterInnen von der Moderatorin immer wieder zum Thema zurückgeführt werden, da öfters über einzelne BewohnerInnen und Angehörige gesprochen wurde. Die Ergebnisse der Gruppendiskussion werden wie folgt interpretiert und zusammengeführt:

#### *5.2.1.4.1 Informationswesen*

Das ideale Miteinander zwischen den Angehörigen und dem Pflegepersonal sehen die PflegemitarbeiterInnen am besten durch gegenseitige Wertschätzung und Respekt gewährleistet. Sie wünschen sich mehr Verständnis und Unterstützung von den Angehörigen.

Der Informationsfluss zwischen den Angehörigen und den Pflegenden findet nicht ausreichend statt. Informationen über die Lebensgeschichte erhält man nur, wenn man sich die Zeit nimmt, Fragen zu stellen und zuzuhören. Sehr viele Angehörige wissen nur wenig über ihre zu pflegenden Angehörigen, weil sie nicht mit ihnen im Haushalt gelebt haben.

#### *5.2.1.4.2 Unterstützung und Hilfe/Begleitung*

Im Tagesablauf finden sich die MitarbeiterInnen durch die Angehörigen wenig unterstützt, weil die meisten Angehörigen berufstätig sind und oder zu wenig zu Besuch kommen. Nach Aussage der MitarbeiterInnen bekommen BewohnerInnen in ihrer Pflegeeinrichtung auch deswegen wenig Besuch von Angehörigen, weil viele BewohnerInnen keine nahen Angehörigen im Umfeld haben. Nur ein geringer Teil der Angehörigen ist sehr engagiert.

Alle TeilnehmerInnen der Fokusgruppe erkennen eine Überforderung der Angehörigen im Umgang mit ihren demenzerkrankten Familienmitgliedern. Eine langjährige Mitarbeiterin meinte: „... *Viele kommen mit dem Jetztzustand nicht zurecht und verstehen nicht, warum die Mama oder Papa anders ist, zum Beispiel weil sie das nie so gemacht haben. Das Verständnis für diese Krankheit ist oft*

*nicht vorhanden, Angehörige wissen oft den Verlauf dieses Krankheitsbildes nicht“* (TK4, A3, S. 3).

Die MitarbeiterInnen sehen sich vom Leitungsteam durch das Angebot von Fortbildungsmaßnahmen und Supervision sowie auch vom Palliativteam ihrer Organisation sehr gut unterstützt. Alle sind bestrebt, an weiteren Fortbildungen teilzunehmen, um ihr Wissen zu erweitern.

#### *5.2.1.4.3 Zusammenarbeit: Angehörige – MitarbeiterInnen*

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen erleben die MitarbeiterInnen sehr individuell. Teilweise interessant, angenehm, manchmal aber auch sehr intensiv und anstrengend. Man ist der Meinung, dass man auf Angehörige zugehen und schauen sollte, wo sie dem Pflegepersonal als zusätzliche Ressourcen behilflich sein können. Dies erfordert aber wiederum mehr Kommunikation und Zeit. Angehörige werden dann zur Belastung, wenn man sich keine Zeit nimmt, wenn Fragen nicht ausreichend beantwortet werden und sie nicht in die Betreuung miteinbezogen werden. Für eine gute Zusammenarbeit benötigt man einen Betreuungsstandard, um die Angehörigen von Anfang an in die Betreuung miteinbeziehen zu können, falls dies gewünscht ist.

Interessant ist die Aussage zweier MitarbeiterInnen, dass sie von den „Laienprofis“ nicht profitieren. Die anderen drei MitarbeiterInnen sehen Angehörige als wichtige Ressource, weil Angehörige meist diejenigen sind, von denen die BewohnerInnen jahrelang gepflegt wurden und somit das Pflegepersonal am besten über die Gewohnheiten, den gewohnten Tagesablauf und Vorlieben der BewohnerInnen informieren können.

Aus Erfahrung berichten die MitarbeiterInnen, dass es immer wieder bei der Essensverabreichung und bei Zahnprothesenproblemen zu Konflikten kommt, weil den Angehörigen oftmals das Verständnis dafür fehle. Ferner ist zu beobachten, dass es auch aufgrund der hohen Erwartungshaltung und des nicht genau kommunizierten Leistungsangebotes im Heimalltag immer wieder zu Konflikten zwischen MitarbeiterInnen und Angehörigen kommt, vor allem dann, wenn die Professionalität in der Kommunikation fehlt.

In der Praxis erleben Pflegekräfte die BewohnerInnen nach einem Angehörigenbesuch sehr unterschiedlich, weil es immer auf die Situation und die Tagesverfassung der BewohnerInnen und Angehörigen ankommt. Die an Demenz erkrankten BewohnerInnen fühlen sich oftmals nach Angehörigenbesuchen traurig, nachdenklich und zum Teil auch unruhig und aggressiv.

#### *5.2.1.4.4 Ideen und Verbesserungsvorschläge*

Um eine bessere Zusammenarbeit zu gewährleisten, wünschen sich die MitarbeiterInnen immer wieder ein Schulungsangebot, um ein professionelles Kommunizieren mit Angehörigen verinnerlichen zu können. Auch Fortbildungsangebote für Angehörige über Demenz wären wünschenswert. Zum Informationsaustausch sollten mindestens einmal monatlich Angehörigenabende angeboten werden.

#### *5.2.1.5 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse aus den Gruppendiskussionen*

Als Resultat der Gruppendiskussionen in allen vier Heimen kann festgehalten werden, dass zum Thema „Informationswesen“ durchgehend der Wunsch bestand, dass Heimaufnahmen geplant und strukturiert (nach Konzept) erfolgen sollten. Erste Aufnahmegespräche mit der Heim- und Pflegedienstleitung sollten bezüglich Unterkunft, Pflege und anderen Versorgungsleistungen informieren und aufzeigen, welche pflegerischen Leistungen erbracht werden können. Dabei können die psychische Belastung der Angehörigen größtmöglich reduziert und Ängste abgebaut sowie Vertrauen geschaffen werden.

Da die Angehörigenarbeit grundsätzlich ein interdisziplinäres Vorgehen erfordert und alle Berufsgruppen und Bereiche in einem Pflegeheim einbezogen werden müssen, bedarf es einer guten Zusammenarbeit aller Beteiligten und klarer Vorgaben. Es bedarf einer organisierten Kommunikation und Information zwischen den Angehörigen demenzkranker BewohnerInnen und der gesamten Pflegeeinrichtung, um die gegenseitige Erwartungshaltung abklären zu können. Das Bemühen, Angehörige in den Pflegeprozess miteinzubeziehen, stand bei allen Diskussionsrunden im Vordergrund.

Des Weiteren zeigt sich, dass der Biografiearbeit ein vermehrtes Interesse gelten sollte. Einige Angehörige empfinden laut Angehörigendiskussion, dass die Pflege nur per Zufall vieles über den/die BewohnerIn erfährt. Die Biografiearbeit ist auch nach erstmaliger Erstellung kein abgeschlossener Prozess, sondern bedarf ständiger Ergänzungen und Erweiterungen, um alle wichtigen Informationen aus der Lebensgeschichte und die noch vorhandenen Ressourcen der BewohnerInnen in den Pflegealltag einbeziehen zu können. Damit kann in weiterer Folge eine bessere qualitative und effizientere Betreuung erfolgen.

Um eine professionelle Pflege zu gewährleisten, bedarf es der Einbeziehung der „Laienprofis“ in die Pflege. In aktiven Gesprächen mit den Angehörigen kann man Informationen über Wünsche, Bedürfnisse, Ängste und Probleme der Angehörigen erfahren und herausfinden, wie weit diese in die Betreuung von HeimbewohnerInnen miteinbezogen werden können und wollen. Aufseiten der MitarbeiterInnen wird es eher skeptisch gesehen, Angehörige in die Grundpflege einzubeziehen. Angehörige könnten sich besser in der psychosozialen Betreuung, wie zum Beispiel beim Vorlesen oder bei der Unterhaltung, in den Heimalltag einbringen.

Um eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu gewährleisten, bedarf es ständiger Fortbildungen. Das Pflegepersonal äußert selbst Wissensbedarf vor allem in Bezug auf Kommunikation und Umgang mit Konfliktsituationen. Für Angehörige wären Angehörigenabende und aufseiten der MitarbeiterInnen Fortbildungsmaßnahmen über den Verlauf einer Alzheimerdemenz hilfreich, was zu einem besseren Verständnis und zu mehr Vertrauen und weniger Überforderung beitragen könnte.

Vom Pflegepersonal wird die Forderung nach einer engen Zusammenarbeit zum Wohle der BewohnerInnen mit den Angehörigen erhoben. Man sollte aufeinander zugehen und miteinander sprechen und die Angehörigen mehr in die Pflege miteinbeziehen, damit sie sich besser auf kognitive Defizite und die sich verändernde Persönlichkeit ihres Angehörigen einstellen können. Gleichzeitig erachten Angehörige und MitarbeiterInnen eine eigene Bezugsperson auf den einzelnen Stationen und spezielle Beratungsangebote als hilfreich.

Konfliktsituationen treten meist in der Anfangsphase des Heimeinzuges auf, wenn Angehörige nicht ausreichende Informationen über Pflegehandlungen erhalten oder MitarbeiterInnen sich bei Konflikten nicht sachlich fundiert und freundlich verhalten; deshalb sollte der Informationsfluss zwischen den Angehörigen und der Pflegeeinrichtung besonders beim Heimeintritt verbessert werden. Auch müsse darauf geachtet werden, dass Angehörige ausreichend Hilfestellung erhalten, um sich mit ihren pflegebedürftigen Angehörigen angemessen beschäftigen zu können.

Im Heimalltag müssen mehr Zeitressourcen für die wechselseitige Kommunikation geschaffen werden. Wie sich in der Praxis zeigt, ist es für die MitarbeiterInnen immer wieder herausfordernd, neben der alltäglichen Zeit für die Pflege der BewohnerInnen auch Zeit für Angehörigengespräche zu finden. Ein maßgeblicher Wunsch ist gemäß der Angehörigendiskussionsrunden und jenen der MitarbeiterInnen, die Aktivierung und Ergotherapie in den Heimen besser auszubauen und zur zusätzlichen Unterstützung ehrenamtliche HelferInnen in der Beschäftigungstherapie anzuwerben.

Aus der Erfahrung wurde berichtet, dass sich BewohnerInnen nach Angehörigenbesuchen meist unruhig verhalten. Man empfand, dass es auf die Tagesverfassung und die innere Ausgeglichenheit der BewohnerInnen, aber auch der Angehörigen ankommt.

## **5.2.2 Erfolgsfaktoren aus der MitarbeiterInnenperspektive**

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass sich aus den einzelnen Gruppengesprächen folgende Erfolgsfaktoren aus der Perspektive der MitarbeiterInnen ergeben:

### **5.2.2.1 Erfolgsfaktor „Kommunikation“**

Als Schlüsselfaktor für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit den Angehörigen wurde von allen MitarbeiterInnen der vier Gruppendiskussionen die Kommunikation genannt. Zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen ist es wichtig, durch eine faire Kommunikation Vertrauen, Transparenz und Akzeptanz zu bewirken und dabei kommunikative Bedürfnisse des Angehörigen zu erkennen.

Nach Watzlawick lautet das Grundgesetz der Kommunikation: „Man kann nicht nicht kommunizieren, denn jede Kommunikation (nicht nur mit Worten) ist Verhalten und genauso wie man sich nicht nicht Verhalten kann, kann man nicht nicht kommunizieren.“ <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html> [18.03.2013]

Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und Beziehungsaspekt, wobei letzterer den ersten bestimmt. Durch Gestik, Mimik und Tonfall des Sprechens werden im Angesprochenen verschiedene Reaktionen ausgelöst. Wenn eine negative Beziehung auf der Inhaltsebene ausgetragen wird, kann dies eine gestörte Kommunikation zur Folge haben (vgl. ebd.).

Da Angehörige keine homogene Gruppe sind, braucht es großes Einfühlungsvermögen und große Beobachtungsgabe der MitarbeiterInnen, um miteinander zu kommunizieren, ohne zu bewerten.

Es lassen sich vier Gruppen differenzieren

- „Delegierende Angehörige“ mit oftmals latentem oder offenem Konflikt zum Heim infolge nicht abgeklärter Vorstellungen und Einschätzungen. Da laut Literaturrecherche jeder vierte Angehörige dazu zu zählen ist, bedeutet das, dass man beim Erstgespräch die Wünsche und Erwartungen der Angehörigen anspricht und ehrlich aufzeigt, welche Leistungen in der Institution erbracht werden können, da die Angehörigen sonst zu Beobachtern und Kritikern werden und es immer wieder zu Konfliktsituationen mit den MitarbeiterInnen kommt.
- „Aktiv pflegende Angehörige“, die zum einen durch ihre häufige Anwesenheit zusätzliche Orientierung und Unterstützung ermöglichen, zum anderen aber die Pflege und Verantwortung nicht abzugeben imstande sind (circa jeder achte Angehörige). Diese Angehörigen sollen nicht in die Besucherrolle gedrängt werden, sondern eine vertrauensvolle offene Atmosphäre zu den MitarbeiterInnen aufbauen, um die neue Situation annehmen zu können.
- „Psychisch stabilisierende Angehörige“, bei denen die gegenseitigen Erwartungen mit dem Heim meist abgestimmt sind und die Integration der BewohnerInnen am besten gelingt (circa jeder dritte Angehörige). Diese Angehörigen

leben sich gut in den Heimaltag ein und sind sehr offen. Es kommt zu weniger Konflikten zwischen ihnen und den MitarbeiterInnen.

- „Distanzierte Angehörige“, die sich primär auf hauswirtschaftliche Zusatzaufgaben konzentrieren und ein eher gespanntes Verhältnis zum/zur BewohnerIn haben (circa jeder dritte Angehörige). Diese Angehörigen sind mit der Situation überfordert und gehen meistens keine weiteren Verpflichtungen ein; dadurch ist es für die MitarbeiterInnen schwierig, sie in den Heimaltag einzubinden (vgl. Schmidt 2005, S. 22).

Kommunikationsdefizite zwischen den MitarbeiterInnen und den Angehörigen führen häufig zu Konfliktsituationen; deshalb sollte in den Pflegeheimen eine offene Kommunikationskultur gelebt werden. Konfliktgespräche sollen von den MitarbeiterInnen in Gelassenheit und Souveränität geführt werden, wobei der Wunsch nach einer tragfähigen Lösung berücksichtigt werden soll. Durch Schulung aller im Haus beschäftigten MitarbeiterInnen soll ein gemeinsamer Konsens gefunden werden.

Um bei Angehörigen Mitwirkungsbereitschaft anregen zu können, müssen die MitarbeiterInnen vermehrt auf diese zugehen. Dafür benötigen sie aber mehr Zeit, Geduld und ein empathisches Wahrnehmen für die Kommunikation.

#### 5.2.2.2 Erfolgsfaktoren „Information“

Als Ausgangspunkt einer professionellen Angehörigenarbeit bedarf es bereits von Anfang an beim Heimeinzug einer organisierten Information und Kommunikation zwischen den Angehörigen und der Pflegeeinrichtung, um dem/der BewohnerIn eine individuelle und wertschätzende Betreuung zu ermöglichen.

In den befragten Heimen wünschen sich PflegemitarbeiterInnen die notwendigen vorgegebenen Strukturen und ein gegenseitiges Verständnis der KollegenInnen für die zeitintensive, kontinuierliche Begleitung der Angehörigen. Die MitarbeiterInnen möchten geplant, strukturiert und vorausschauend arbeiten und wenn nötig sofort Informations- oder Entlastungsgespräche mit den Angehörigen durchführen können. Wie schon in der Literatur beschrieben, ist die standardisierte



Angehörigenarbeit das Gegenteil von einer zufälligen, ungeplanten Angehörigenbegegnung (vgl. Schmidt 20005, S. 25).

#### 5.2.2.3 Erfolgsfaktor „Erinnerungsarbeit“ (Biografie)

Aus der Erfahrung der MitarbeiterInnen kann gesagt werden, dass die gesprächs- und aktivitätsorientierte Biografiearbeit ein wichtiger Bestandteil in der Betreuung und Aktivierung vieler pflegebedürftiger Menschen ist. Besonders an Demenz erkrankte BewohnerInnen fühlen sich von der Umwelt überfordert und ziehen sich zurück. Um dem entgegenzuwirken muss man Angehörige von Anfang an verstärkt in die Biografiearbeit miteinbeziehen, um die Beschäftigung des/der BewohnerIn sinnvoll und anregend gestalten zu können. Angehörige werden von MitarbeiterInnen als aktiver Bestandteil des Lebens für den/die BewohnerIn gesehen.

#### 5.2.2.4 Erfolgsfaktor „MitarbeiterInnen als AnsprechpartnerInnen“

Aus der Sicht der MitarbeiterInnen möchten die Angehörigen von heute informiert sein, haben Fragen und wollen die Betreuung ihrer dementen Angehörigen mitgestalten. Dies bedeutet, Angehörige miteinzubeziehen und kompetent zu begleiten. Wie auch in den Angehörigendiskussionsrunden festgestellt wurde, erleben die Angehörigen die MitarbeiterInnen zum großen Teil als freundlich und zuvorkommend. Genauso wie die Angehörigen wünschen sich auch die Pflege-mitarbeiterInnen eigene zuständige AnsprechpartnerInnen in den Pflegeeinrichtungen, die über einen entsprechenden Erfahrungs- und Handlungsspielraum verfügen. Sie müssen den Angehörigen bekannt und bei Bedarf erreichbar sein. Pflegende spielen dabei eine Schlüsselrolle zwischen den BewohnerInnen und den Angehörigen. Des Weiteren benötigen die MitarbeiterInnen empathische Führungskräfte als direkte AnsprechpartnerInnen in allen beruflichen Belangen.

#### 5.2.2.5 Erfolgsfaktor „Sozial- und Fachkompetenz“

Die Pflege und Betreuung der an Demenz erkrankten BewohnerInnen und deren Angehörigen stellt spezifische Anforderungen an die Sozial- und Fachkompetenz der Pflegekräfte. Demente Menschen haben spezielle Bedürfnisse und benötigen eine umfangreiche Betreuung. Das fordernde Arbeitsfeld führt bei den Pflege-

kräften zu hohen physischen und psychischen Belastungen. Um lange mit an Demenz Erkrankten arbeiten zu können, benötigt man besondere Soft Skills (weiche Fähigkeiten), zum Beispiel persönliche Eigenschaften und spezielle Fähigkeiten wie Empathie, Kommunikationsfähigkeit und Belastungsfähigkeit. Gleichzeitig sollen Fachkenntnisse und fachspezifische Fertigkeiten zum Thema „Demenz“ vorhanden sein.

Die MitarbeiterInnen erwarten ein vielfältiges Aufgabengebiet, das weit über die klassische Pflege hinausgeht. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie die Beratung und Unterstützung der zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen nehmen einen breiten Raum ein. Organisatorische und administrative Aufgaben, wie Pflegeplanung, Pflegevisiten und Dokumentation, benötigen zunehmend mehr Zeit.

Menschen mit Demenz reagieren nach Prof. Erwin Böhm, Begründer des psychobiografischen Pflegemodells, positiv auf Redewendungen und den Dialekt ihrer Herkunftsfamilie. Deshalb sollte man versuchen, Personal aus der Region zu beschäftigen.

Wie anhand der Erfahrungen in der Diskussionsrunde festgestellt wurde, benötigen Pflegeeinrichtungen in Österreich zunehmend mehr Pflegepersonen mit Migrationshintergrund. Das Zusammentreffen von Migrationshintergrund und Demenz stellt Angehörige und Pflegeeinrichtungen vor erhebliche Probleme. So ist die Altersdemenz meist von einem „ethnischen“ Rückzug des Erkrankten begleitet, bei dem er sich stark an seiner Herkunft und seinen Erfahrungen aus früheren Lebensjahren orientiert. Bei BewohnerInnen mit Migrationshintergrund kann es passieren, dass die in der Fremde erlernte, nicht emotionsgebundene Zweitsprache nicht mehr beherrscht wird (vgl. Haasen 2000, S. 22). Die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den BewohnerInnen ist dadurch sehr erschwert. Der Anteil der BewohnerInnen mit Migrationshintergrund ist derzeit noch unbedeutend, wird jedoch auch wegen der generell gestiegenen Mobilität weiter steigen.

#### 5.2.2.6 Erfolgsfaktor „Zeitressourcen“

Die Ressource „Arbeitszeit“ ist begrenzt und soll für demente Bewohner und ihre Angehörigen möglichst nutzbringend eingesetzt werden. Für die PflegemitarbeiterInnen ist es immer wieder eine große Herausforderung, die Erwartungshaltung der Angehörigen und BewohnerInnen zu erfüllen, da die Personalmessungen in den Pflegeeinrichtungen nach Pflegeminuten der BewohnerInnen nur in begrenztem Ausmaß vorhanden sind. Die Erwartungen der Angehörigen an die Qualität der Pflege und der Beschäftigungsangebote steigen zunehmend, ohne dass jedoch der Personalschlüssel verbessert wird.

#### 5.2.3 Maßnahmen aus der Sicht der MitarbeiterInnen

Nachstehend werden aus den Erfolgsfaktoren abgeleitete Maßnahmen beispielhaft in Stichworten angeführt:

##### 5.2.3.1 Kommunikative Maßnahmen der professionellen Angehörigenarbeit aus der Sicht der MitarbeiterInnen

- Kommunikationsschulungen aller MitarbeiterInnen im Haus (Pflege und Funktionspersonal).
- Supervisionen, Coaching, begleitende Psychotherapie.
- Schulungen in der Stärkung des Selbstwertes und des Selbstvertrauens. Je stärker die MitarbeiterInnen darin geschult sind, umso weniger machen ihnen Kränkungen oder negative Reaktionen etwas aus.
- Ständiger Informationsfluss zwischen den einzelnen MitarbeiterInnen und den Angehörigen. Zum Beispiel Teamsitzungen, Fallbesprechungen und so weiter.

Nachstehend beispielhaft eine Möglichkeit der Kommunikationsschulung für MitarbeiterInnen:

Die gewaltfreie Kommunikation ist eine Art des Umgangs miteinander, die den Kommunikationsfluss erleichtert und der im Austausch von Informationen und im friedlichen Lösen von Konflikten notwendig ist. Der Fokus liegt dabei auf Werten und Bedürfnissen, die alle Menschen gemeinsam haben: Ehrlich ausdrücken, wie ich bin, ohne zu beschuldigen oder kritisieren; empathisch aufnehmen, wie du bist, ohne Beschuldigungen oder Kritik zu hören (vgl. Rosenberg 2007, S. 1).

Durch die gewaltfreie Kommunikation nach Dr. Marshall Rosenberg besteht die Möglichkeit, dass die berufliche Zufriedenheit der MitarbeiterInnen gesteigert werden kann, weil diese hauptsächlich von den guten Beziehungen zu den BewohnerInnen, Angehörigen und KollegInnen abhängt. Durch eine professionelle, empathische Kommunikation der MitarbeiterInnen kann es zu weniger ungelösten Konflikten im Team und mit den Angehörigen kommen. Die Arbeitszufriedenheit wird dadurch gesteigert, und es kommt zu einer längeren Personaltreue und MitarbeiterInnenproduktivität, denn zufriedene MitarbeiterInnen sind nach Kaplan und Norton die Voraussetzung für die Produktivitätssteigerung, Qualität, Reaktionsfähigkeit eines Unternehmens und seinen Kundenservice. Die MitarbeiterInnenzufriedenheit wird so zur Basis für die Kundenzufriedenheit (vgl. Scherman/Volcic 2010, S. 123 f.).

#### 5.2.3.2 Informative Maßnahmen der professionellen Angehörigenarbeit aus der Sicht der MitarbeiterInnen

- Einbinden der MitarbeiterInnen in die Konzeptentwicklung für die Angehörigenarbeit.
- Das Erstgespräch bei der Aufnahme soll mit möglichst vielen nahen Familienangehörigen vom Arzt und von der Heimleitung geführt werden.
- Abklärung der Erwartungshaltung bei Versorgungsleistungen durch Angehörige und das Pflegepersonal.
- Gemeinsame Ziele von Angehörigen, Heimleitung und Pflege für den Heimaufenthalt vereinbaren.
- Die MitarbeiterInnen sollen Angehörige anhalten, das soziale Umfeld des/der BewohnerIn zu reorganisieren, sonst gehen viele Kontakte des häuslichen Umfeldes verloren.
- Vorträge, praktische und theoretische Wissensvermittlung für Angehörige über den Krankheitsverlauf einer Demenz.
- Angehörige mit in den Pflegeprozess einbeziehen – in die Pflegevisite und besonders in die Biografiearbeit.
- Zwei Mal jährlich Durchführung eines Informationsabends mit Hausärzten, Pflegepersonal, Heimleitung und Angehörigen.

- Angehörigenstammtisch, Angehörigenabende, Selbsthilfegruppen.
- Den Angehörigen eine Heimzeitung nach Hause zusenden.
- Infomappe im Wohnbereich.
- Alle zwei Jahre eine MitarbeiterInnen- und Angehörigenbefragung durchführen.
- Entlassungsgespräche mit Angehörigen führen.

#### 5.2.3.3 Biografische Maßnahmen der professionellen Angehörigenarbeit von MitarbeiterInnen

- PflegemitarbeiterInnen sollen die Angehörigen beim Heimeinzug dazu motivieren, Lieblingsgegenstände der BewohnerInnen von zu Hause auszusuchen, zum Beispiel Fotoalben, Bilder, Liedersammlung, Filme und so weiter.
- Die MitarbeiterInnen gestalten gemeinsam mit den Angehörigen und dem/der jeweiligen BewohnerIn ein Familienstammbuch oder ein Erinnerungsbuch.
- Beginn der Informationssammlung mit Biografiebogen, aber erst dann, wenn sich der/die BewohnerIn und seine/ihre Angehörige an die Umgebung gewöhnt haben und nicht mehr so aufgeregt und gestresst sind.
- Eine eigene Bezugspflegekraft für die einzelnen BewohnerInnen und deren Angehörige festlegen, um Vertrauen aufzubauen.
- Eine Biografie muss kontinuierlich geführt werden. Die Verantwortlichkeit der ausführenden Bezugspflegekraft für die Biografiearbeit festlegen.

#### 5.2.3.4 Maßnahmen für AnsprechpartnerInnen der professionellen Angehörigenarbeit aus der Sicht der MitarbeiterInnen

- Führungskräfte als erste direkte AnsprechpartnerInnen für MitarbeiterInnen und Angehörige in allen pflegerischen und beruflichen Belangen.
- Bereits bei Heimaufnahme professionelle Begleitung durch Angehörigenbeauftragte, die mit den speziellen Anforderungen bei Demenz vertraut sind.
- Persönliches Vorstellen aller MitarbeiterInnen der Station.

- Aktives Nachfragen der MitarbeiterInnen in regelmäßigen Abständen über Bedürfnisse und Wünsche der Angehörigen.
- Alle sechs Monate regelmäßige Besprechungstermine mit Angehörigen vereinbaren, um über den Verlauf der Erkrankung ihrer zu pflegenden Familienmitglieder zu informieren.
- Bezugspflege in kleinen Teams mit möglichst wenig Wechsel, um ein gutes Vertrauensverhältnis zu den BewohnerInnen und Angehörigen aufzubauen.
- Konstanz bei den betreuenden Personen.
- In Einzel- und Teambesprechungen können Angehörige Konflikte thematisieren und gemeinsame Lösungsvorschläge suchen.
- Beschwerdemanagement und Beratungsstelle in der Einrichtung.

#### 5.2.3.5 Maßnahmen der professionellen Angehörigenarbeit für die Fach- und Sozialkompetenz der MitarbeiterInnen

- Auswahl der MitarbeiterInnen für an Demenz erkrankte BewohnerInnen und Angehörige nach speziellen Kompetenzen: Sozialkompetenz, persönliche Kompetenz, fachliche Kompetenzen, methodische Kompetenzen und Lernkompetenz.
- Die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals von an Demenz erkrankten Menschen ist ein wichtiger Bestandteil des beruflich-fachlich-kompetenten Handelns.
- Neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohle des Betroffenen umsetzen.
- PflegemitarbeiterInnen mit Milieusprache beschäftigen.
- PflegemitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund beschäftigen.

#### 5.2.3.6 Maßnahmen für Zeitressourcen für die professionelle Angehörigenarbeit

- Nutzung des Potenzials der Angehörigen im Heim
- Überdenken und Optimierung der Organisationsabläufe und Personalplanung in der Einrichtung
- Ehrenamtliche und ergotherapeutische Tätigkeiten im Heim ausbauen

#### **5.2.4 Erfolgsfaktoren „Führungskräfte“**

Führungskräfte haben eine Schlüsselfunktion. Sie sind für die Personalentwicklung und Planung sowie die strategische Ausrichtung der Pflegeeinrichtung zuständig. Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der BewohnerInnen, der Angehörigen und MitarbeiterInnen ist bei der Planung von besonderer Bedeutung, weil nur so eine Zufriedenheit aller Beteiligten bewirkt werden kann. Führungspersonen sind die treibenden Kräfte, die das Angehörigenprojekt starten und umzusetzen können. Sie müssen beispielgebend für die MitarbeiterInnen den Angehörigen als Partner und Kunden betrachten. Führungskräfte sollen bei öffentlichen Veranstaltungen präsent und auch kompetente Ansprechpartner sein, zum Beispiel bei Vorträgen zu Gesundheitsthemen und anderem mehr.

Die Angehörigenarbeit beschäftigt sich intensiv mit der Aufbau- und Ablauforganisation. Es müssen die personellen, finanziellen, strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die für eine erfolgreiche Umsetzung in den Pflegeeinrichtungen nötig sind. Eine bedarfsgerechte Personalplanung sichert hierbei den Rahmen für die Umsetzung von Pflege und Betreuungskonzepten. Um eine effiziente Angehörigenarbeit leisten zu können, ist es erforderlich, dass von den Langzeitpflegeeinrichtungen Qualifizierungsmaßnahmen, Zeitressourcen und die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

#### **5.2.5 Maßnahmen der Führungskräfte**

Beispielhaft werden die nachstehenden Maßnahmen angeführt:

- Die Aufgabe der Leitungskräfte ist es, den/die MitarbeiterIn in allen beruflichen Belangen zu unterstützen.
- Nur bei entsprechenden Rahmenbedingungen können die sozialen und fachlichen Kompetenzen der MitarbeiterInnen im Team weiterentwickelt werden.
- Die MitarbeiterInnen müssen bei Beschwerdeanlässen vonseiten der Führungskräfte eine wohlwollende positive Grundhaltung erfahren. Beschwerden sind in sachlicher Form umgehend mit den MitarbeiterInnen in einer wertschätzenden Atmosphäre zu besprechen.

- Führungskräfte sollen erste direkte AnsprechpartnerInnen für Angehörige sein. Damit kann viel Freiraum für das Pflegepersonal in der Angehörigenarbeit geschaffen werden, da bei Erstgesprächen vor dem Heimeintritt schon viele Fragen und Unsicherheiten geklärt werden können.
- Überzeugte Führungskräfte binden ihre MitarbeiterInnen in die Zukunftsplanung für den eigenen Stationsbereich ein. Dadurch steigen die Mitgestaltungsmöglichkeiten des Pflegepersonals und Veränderungsprozesse können erfolgreicher und mit geringeren Widerständen umgesetzt werden.
- Führungskräfte müssen ein Vorbild für ihre MitarbeiterInnen sein. Sie sind auch verantwortlich, dass in der Pflegeeinrichtung Offenheit und eine konstruktive Diskussionskultur gewährleistet werden.
- Durch eine kooperative Führung und den ständigen Informationsfluss können Entscheidungen besser und schneller und vor allem mit langfristigem Erfolg getroffen werden. An die MitarbeiterInnen erfolgt eine kontinuierliche Rückmeldung über den Stand der Dinge.
- Führungskräfte müssen das Angehörigenkonzept aktiv fördern und unterstützen.
- Eine effektive und gute Vorbereitung ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Gelingen der Angehörigenarbeit.
- Der Zeitpunkt der Einführung neuer Dinge ist zu überdenken.
- Klare Rahmenbedingungen mit einerseits realistischer Darstellung des Mehraufwandes und andererseits einer Beschreibung des Gewinnes für die MitarbeiterInnen und der Langzeiteinrichtung sind von Vorteil.
- Vorbild sein durch die persönliche Präsenz der Führungskraft.
- Für eine gute Betriebsatmosphäre sorgen.
- Aktive Gesundheitsprävention in den Einrichtungen, wie zum Beispiel Yoga und anderes, durchführen.
- Zeitressourcen zur Verfügung stellen.
- Den MitarbeiterInnen flexible Arbeitszeitmodelle anbieten.



## **5.2.6 Zusammenfassung der MitarbeiterInnenaspekte**

Während der gesamten Gruppendiskussion mit MitarbeiterInnen hat sich gezeigt, dass das Miteinander von Angehörigen und Pflege weitgehend als Bereicherung erlebt wird. Zudem werden Konflikte mit Angehörigen aus deren Sichtweise als nicht so gravierend empfunden.

Die MitarbeiterInnen einer Einrichtung haben im Prozess der Heimaufnahme von Anfang an eine Vertrauensbasis zu den Angehörigen und ihren pflegebedürftigen Angehörigen aufzubauen. Dies bedeutet, die Angehörigen unter Anleitung möglichst in den Pflege- und Betreuungsprozess miteinzubeziehen. Die dafür nötigen zeitlichen Ressourcen müssen im täglichen Organisationsablauf berücksichtigt werden.

In der Betreuung von demenzerkrankten BewohnerInnen und deren Angehörigen sind die MitarbeiterInnen hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Vonseiten des Trägers und der Führungsebene muss im Betrieb besonders auf die Psychohygiene der Mitarbeiter geachtet und Hilfestellung angeboten werden. Die Pflegepersonen müssen mit sich selbst und ihren KollegInnen achtsam umgehen und verstärkt auf ihre eigenen Bedürfnisse achten, um dem Burn-out in der täglichen Arbeit vorzubeugen. Durch ständige Fort- und Weiterbildungen der MitarbeiterInnen, besonders in interner und externer Kommunikation, kann eine professionelle und zukunftsorientierte Betreuung für Angehörige und BewohnerInnen gewährleistet werden.

Aufgrund häufig eingeschränkter Mitteilungsfähigkeit der an Demenz erkrankten BewohnerInnen muss die Biografiearbeit in diesem Zusammenhang von den MitarbeiterInnen und den Angehörigen erweitert werden, um damit eine Optimierung in der Pflege und Betreuung erreichen zu können.

Angehörigenarbeit ist Öffentlichkeitsarbeit! Ein nach außen hin transparentes Haus mit kompetenten, freundlichen MitarbeiterInnen und einer angenehmen Atmosphäre in der Pflegeeinrichtung tragen maßgeblich zu einer Imagesteigerung der Einrichtung durch die Systempartner bei. Durch eine effektive Zusammenarbeit aller in der Pflegeeinrichtung Beschäftigten können die gegenseitige Wert-

schätzung gesteigert und auch die Ressource „Angehörige im Pflegeheim“ zum Wohle der BewohnerInnen eingesetzt werden.

Um einen reibungslosen Ablauf in der Zusammenarbeit mit Angehörigen zu gewährleisten, bedarf es einer ständigen Kommunikation und eines Aufeinanderzugehens und Lernens aller Beteiligten. Abschließend sei eine Aussage einer Mitarbeiterin in der Gruppendiskussion angeführt: *„Kein Tag ist gleich, aber auch die innere Ausgeglichenheit ist nicht immer dieselbe. Wir sind nur Menschen, aber wir haben die Gabe zu lernen, also können wir sie auch nützen“* (TK4, MA4, S. 3).

### **5.3 Resümee und Schlussfolgerung**

Die Zusammenarbeit im Gruppenprojekt stellte für die Verfasserin dieses Abschnitts eine positiv besetzte Herausforderung dar. Die Moderation der Gruppendiskussion wurde als sehr effizient empfunden, weil man aus dieser in sehr kurzer Zeit wertvolle Aussagen entnehmen konnte. Interessant war auch, welche Kosten und Nutzen eine standardisierte Angehörigenarbeit für die Organisation bringt. Die Einführung einer standardisierten Angehörigenarbeit kann jedoch nicht neben dem normalen Stationsablauf stattfinden, sondern die notwendigen finanziellen und personellen sowie zeitlichen Ressourcen müssen vonseiten der Trägerschaft zur Verfügung gestellt werden.

### **5.4 BewohnerInnen (Sr. Valentina Rupnik)**

Für jeden Menschen ist es ein gravierender Einschnitt im Leben, wenn man zur Erkenntnis kommt, dass man nicht mehr in der Lage ist, ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung zu führen. Der Einzug in ein Altenwohn- und Pflegeheim ist für hochbetagte Menschen eine große Herausforderung. Schon ein alter Spruch sagt: „Den alten Baum soll man nicht versetzen.“ In diesem Spruch steckt viel Weisheit, die besagt, dass das „Versetzen“ des hochbetagten Menschen, besonders eines solchen, der an Demenz erkrankt ist, und der in eine andere Umgebung kommt, eine große psychische Herausforderung beziehungsweise Belastung ist.

#### 5.4.1 Bedürfnisse der BewohnerInnen

Hochbetagte Menschen, die in eine Pflegeeinrichtung kommen, sind durch eigene Lebenserfahrungen geprägt und haben individuelle Bedürfnisse, die nach Erkennung und Befriedigung „rufen“. BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenz sind wie eine unerforschte Landkarte. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage: Was brauchen Menschen mit Demenz? Nach welchen Bedürfnissen sehnen sie sich?

Die Bedürfnisse kann man in körperliche (z. B. Nahrung), seelische (z. B. Sicherheit und Geborgenheit) und soziale (z. B. Kontakt und Geltung) einteilen.

BewohnerInnen mit Demenz erwarten von ihrer Umgebung, dass sie sich an ihre speziellen Bedürfnisse anpasst. Diese Bedürfnisse sind individuell unterschiedlich und vom Stadium der Krankheit abhängig. In der fortschreitenden Krankheit steigt das Bedürfnis nach Geborgenheit, Schutz und klarer Organisation des Alltags. Das Bedürfnis nach Autonomie beziehungsweise freier Entscheidungsmöglichkeit hat bis in die späten Stadien der Erkrankung eine große Bedeutung. In Gesprächen mit den Angehörigen wurde betont, dass die BewohnerInnen einen großen Bedarf und Wunsch nach Privatsphäre und Wertschätzung der Persönlichkeit haben.

Aus den Gesprächen in der Fokusgruppe ist abzuleiten, dass die Bedürfnisse sehr individuell sind. Das bestätigt auch folgende Aussage einer Angehörigen über die Mutter: „... Sie wollte nie unter die Leute, für sie war das ganz schlimm ..., für sie war es nur wichtig, dass die Familie kommt ...“ (TK2, A4, S. 5).

Die Bedürfnisse der BewohnerInnen hängen sehr oft eng mit der Lebensbiografie zusammen. Einige BewohnerInnen sind lebenslang eher gerne allein und haben kein Bedürfnis nach sozialen Kontakten. Der Heimeinzug kann für diese Personen eine große Belastung sein und erschwert die Integration. Auch die spirituellen Bedürfnisse spielen eine große Rolle, denn der Glaube ist für den hochbetagten Menschen oft von großer Bedeutung.

Bedürfnisse sind aber auch Wünsche und Lebensnotwendigkeiten, durch deren Befriedigung die Menschen befähigt werden, überhaupt als Personen zu

funktionieren beziehungsweise leben zu können. Bei BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenz haben die psychischen Bedürfnisse eine hohe Bedeutung und werden oft unzureichend beachtet oder befriedigt. Viele Bedürfnisse sind sehr eng miteinander verbunden und können sich bei Demenzkranken überschneiden. Ein zentrales Bedürfnis der Demenzkranken ist das nach Liebe, was noch andere Bedürfnisse wie Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität in sich vereint. Diese Bedürfnisse sind zwar bei allen Menschen vorhanden, aber nicht immer sichtbar, sie sind verborgen. In den schmerzhaften Erinnerungen treten diese Bedürfnisse stärker zutage. Die BewohnerInnen mit Demenz sind generell viel empfindsamer, aber weniger in der Lage, die notwendigen Initiativen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu ergreifen, da sich das Bedürfnismuster durch die Persönlichkeit und Lebensgeschichte verändert (vgl. Kitwood 2008, S. 121 f.).

BewohnerInnen mit Demenzkrankheiten äußern oft sowohl verbal als auch nonverbal das Bedürfnis „nicht allein zu sein“. Dies ist ein Ausdruck der Sehnsucht nach Liebe, Geborgenheit und Beschäftigung. Diese Bedürfnisse sind sehr mit der Lebensweise der BewohnerInnen verbunden.

Das Bedürfnis nach Trost zeigt die Sehnsucht nach Zärtlichkeit, Nähe, Schmerz- und Leidlinderung und Sicherheit. Bei den demenzerkrankten BewohnerInnen wird das Bedürfnis im Zusammenhang mit dem Gefühl von Verlust verbunden, wie der Tod eines geliebten Menschen, das Versagen von Fähigkeiten oder der Abschluss eines Lebensstiles. Diesen BewohnerInnen wird in diesen Situationen durch Trost eine Art von Wärme und Stärke vermittelt. Kitwood versteht die primäre Bindung als Sicherheitsnetz, das in den ersten Lebensjahren entsteht und sich im Gefühl von Sicherheit äußert. Das Leben der BewohnerInnen mit Demenz wird von Unsicherheiten und Ängsten gekennzeichnet, und die guten Erinnerungen an vergangene, sichere Bindungen gehen verloren. Die BewohnerInnen sind immer wieder mit Situationen konfrontiert, die sie „außergewöhnlich“ finden, und dadurch wird das Bedürfnis nach Sicherheit noch stärker angeregt. Das Bedürfnis nach Einbeziehung äußert sich bei an Demenz erkrankten BewohnerInnen unterschiedlich und zeigt sich oft in einem aufmerksamkeitsheischenden Verhalten

oder in der Neigung des Anklammerns oder in unterschiedlichen Formen des Protestes. Das soziale Leben der BewohnerInnen mit Demenz lässt nach. Wenn in diesen Situationen das Bedürfnis nicht angesprochen beziehungsweise befriedigt wird, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass es zum Abbau beziehungsweise zur Isolation kommt.

Wird aber dieses Bedürfnis zufriedengestellt, dann haben die BewohnerInnen die Möglichkeit, sich als Person wieder „auszudehnen“, und als Jemand anerkannt zu werden, der einen bestimmten Platz im gemeinsamen Leben der Gruppe hat (vgl. Kitwood 2008, S. 123 f.).

Die Beschäftigung hat ihre Wurzeln in der Kindheit, wo sich das Gefühl für Wirkung und Handlung entwickelt. Beschäftigt zu sein bedeutet, auf persönliche Weise entsprechende Fähigkeiten und Kräfte einer Person in den Lebensprozess einzubeziehen. Das Wegnehmen der Beschäftigung führt zum Nachlassen der Fähigkeiten, und die Selbstachtung nimmt ab. Auch die BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung haben das Bedürfnis nach Beschäftigung. Dies äußert sich in der Bereitschaft helfen zu können oder in einer großen Motivation, an Aktivitäten teilzunehmen. Um dieses Bedürfnis zu erkennen, ist eine exakte Kenntnis über die Vergangenheit der BewohnerInnen notwendig (vgl. Kitwood 2008, S. 124).

In der Gruppendiskussion wurde ebenfalls erwähnt, dass das Bedürfnis, sich als nützlich zu erweisen und beschäftigt zu sein, Einfluss auf das Wohlbefinden der Person und auf den Verlauf der Demenzerkrankung haben kann. Eine Angehörige berichtete: „... *Die Mutter wurde immer vergesslicher, ... sie konnte sich nicht mehr erinnern, ... sie hat ihr ganzes Leben gearbeitet, ... zuhause wollte sie nicht mehr essen, ... seit sie in der Heimgemeinschaft ist, ... geht es ihr wirklich gut, ... da hat sie eine Beschäftigung, ... sie tut immer „Faschen“ wickeln*“ (TK3, A3, S. 5).

Die Integration in eine Gemeinschaft beziehungsweise in ein soziales Umfeld, hier auch mit einer Beschäftigung verbunden, wurde für diese an Demenz erkrankte Bewohnerin von großer Bedeutung.

Eine zentrale Aufgabe der Betreuung der BewohnerInnen mit diagnostizierter demenzieller Erkrankung ist es, die Identität der Betroffenen zu bewahren, besonders wenn die kognitiven Fähigkeiten abnehmen. Um das Bedürfnis nach Identität zu erkennen, definieren und befriedigen zu können, sind zwei Dinge notwendig: die detaillierte Lebensgeschichte der BewohnerInnen zu kennen und den jeweiligen Menschen mit Empathie und Einfühlungsvermögen als eine einzigartige Person zu erkennen, was es ermöglicht, auf das individuelle Sein zu reagieren (vgl. Kitwood 2008, S. 125).

#### **5.4.2 Konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung**

Die Sicherstellung einer bedürfnis- und bedarfsorientierten Pflege und Betreuung von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich ist eine Herausforderung. Wie schon beschrieben, haben diese BewohnerInnen besondere Bedürfnisse und eine „Innenwelt“, die oft schwer zu begreifen und zu verstehen ist. Eine adäquate Betreuung ist nur durch Erkennen und Wahrnehmung der individuellen Fähigkeiten, Bedürfnisse und Gewohnheiten möglich. Der Sinn und das Ziel dieser Betreuung sind Förderung, Erhaltung der Lebensqualität und Steigerung des Wohlbefindens sowie die Zufriedenheit der BewohnerInnen.

Die verschiedenen Betreuungskonzepte können unterschiedliche Ansätze und Orientierungen für eine wertschätzende, professionelle und lebensqualitätsfördernde Betreuung der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich liefern. In der Fachliteratur sind verschiedene Konzepte zu finden. Aus der Sicht der Autorin des aktuellen Abschnitts sind folgende konzeptionelle Ansätze sehr attraktiv:

- Die personenzentrierte Pflege nach Kitwood
- Der erlebnisorientierte pflege-mäeutische Ansatz
- Das psychobiografische Modell nach Erwin Böhm

Alle drei Modelle beinhalten Betreuungsansätze, die den Bewohner mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung aus ganzheitlicher Perspektive betrachten. Das ganzheitliche Menschenbild sieht den Menschen als Einheit von

Körper, Geist und Seele; dazu gehören auch Erfahrungen und Ereignisse aus der Lebensgeschichte.

#### 5.4.2.1 Personenzentrierte Pflege nach Kitwood

Der Ansatz der personenzentrierten Pflege wurde von dem britischen Psychologen Tom Kitwood entwickelt. In diesem Pflegekonzept steht die Einzigartigkeit der Person im Mittelpunkt. Das oberste Ziel in der Betreuung von Menschen mit diagnostizierter demenzieller Erkrankung ist die Erhaltung und Stärkung des Personseins. Eine Demenzpflege nach Kitwood beinhaltet einen Remenzprozess, der die Wiederherstellung personaler Funktionen unterstützt. Die grundlegenden Bedürfnisse, wie Trost, Halt, Nähe, Geborgenheit sowie soziale Verbundenheit, werden in diesem Prozess gestärkt und die Beschäftigung und Identität sind ermöglicht. Ziele dieses Konzeptes sind die Gestaltung des Ambientes und therapeutische Maßnahmen für Menschen mit Demenz, die es dem Betroffenen ermöglichen, Person zu sein und als solche behandelt zu werden (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 110).

Kitwood betrachtet sogenannte positive Interaktionen wie anerkennen, verhandeln, zusammenarbeiten, spielen, sensorische Stimulation, feiern, entspannen, Validation und halten als „wahrhafte heilende Komponente der Pflege“, was bedeutet, eine Atmosphäre schaffen, die der Person Halt und Sicherheit bietet (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 111).

#### 5.4.2.2 Erlebnisorientierter pflege-mäeutischer Ansatz

Die erlebnisorientierte Pflege, basierend auf dem mäeutischen Ansatz, wurde in den 1990er-Jahren für demenzkranke Menschen von Cora Van der Kooij entwickelt. In diesem Ansatz geht man davon aus, dass Demenzkranke nicht immer alle ihre Gefühle ausdrücken können und nicht alle verdrängten Erlebnisse aus der Vergangenheit verarbeitet haben. Im Konzept wird dies als „unvollendete Vergangenheit“ bezeichnet. Dies sagt aus, dass niemand alles verarbeiten kann, was ihm widerfahren ist. Das Wort „Mäeutik“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Hebammenkunst“. In der Pflege ist dies ein pädagogisches Verfahren, mit dem ein Lernprozess in Gang gesetzt wird, nämlich, dass sich zu pflegende

Menschen ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst werden. Ziel und Ausgangspunkt der erlebnisorientierten Pflege sind nach dem mäeutischen Konzept der Kontakt und die Begegnung zwischen der Pflegekraft und den BewohnerInnen mit diagnostizierter demenzieller Erkrankung. Eigentlich geht es darum, dass sich die betroffenen Personen – BewohnerInnen und das Pflegepersonal – als Menschen begegnen (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 123 - 125).

Das mäeutische Konzept nach Van der Kooij geht davon aus, dass es zwei Erlebniswelten gibt: die der Pflegenden und die der Betreuten. Beide haben in diesem Konzept einen wichtigen Platz. Für die Pflegenden ist es wichtig, beide Erlebniswelten zu kennen und zu verstehen. Der wichtige Bestandteil des Konzeptes ist die Bezugs- und Beziehungspflege. Die zentrale Rolle spielt dabei die Kontaktaufnahme zum Menschen mit Demenz. Das äußert sich in einer gefühlsmäßigen Verbindung zwischen den Menschen mit Demenz und den Pflegenden, die die Einfühlung in die Erlebniswelt der Demenzkranken voraussetzt. In diesem Konzept sind verschiedene Instrumente behilflich, darunter der Beobachtungsbogen, die Pflegekarte und bewohnerbezogene Besprechungen. Der Beobachtungsbogen beinhaltet Fragen zur Biografie, zu Gewohnheiten, zur Persönlichkeit und zu Kontaktmöglichkeiten des Demenzkranken, in der Pflegekarte werden pflegerelevante Informationen dokumentiert. Im mäeutischen Konzept wird die demenzielle Erkrankung in vier Stadien unterteilt: das bedrohte Ich, das verwirrte Ich, das verborgene Ich und das versunkene Ich. Die Grundannahme besteht darin, dass der demenzkranken Person das Ich in allen Stadien der Demenz erhalten bleibt (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 123 - 125).

#### 5.4.2.3 Psychobiografisches Modell nach Erwin Böhm

Das psychobiografische Modell nach Erwin Böhm basiert auf einem „Reaktivierungsmodell“, das teilweise an verschüttete Fähigkeiten der Betroffenen anknüpft. Dies bedeutet, dass die Pflegenden nicht alles für den zu Pflegenden/die zu Pflegenden übernehmen, sondern lediglich eine Unterstützung anbieten und den Betroffenen/die Betroffene anregen sollen, die früher gewohnten, vertrauten Tätigkeiten wieder selbst auszuführen. Neben den Gewohnheiten wird auch die persönliche Art, wie Menschen mit Demenz mit dem eigenen Leben fertig



geworden sind, gefördert; deshalb liegt die Grundvoraussetzung dieses Modells in der Biografiearbeit mit den Betroffenen beziehungsweise den BewohnerInnen. Den Menschen mit Demenz zu verstehen, bedeutet dessen Leben zu kennen, zu wissen, was er in seiner Kinder- und Jugendzeit erlebt hat, aus welchem Zuhause er kommt und was für ihn „normal“ war beziehungsweise ist (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 128 - 130).

In diesem Modell unterscheidet Böhm sieben Erreichbarkeitsstufen des Betroffenen. In der Betreuung der BewohnerInnen mit Demenz ist es wichtig, die Stufe klar zuzuordnen, um den/die BewohnerIn psychisch zu erreichen, zu verstehen und eine Regression zu verhindern sowie angemessene Pflegemaßnahmen anzubieten. Der Interaktionsbogen mit den sogenannten „Einstufungsrastern“ umfasst die Kategorien, mit denen eine durchschnittliche Erreichbarkeit ermittelt wird. Diese Kategorien sind: Gefühlsstörungen, Psychomotorik, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Gedächtnis, Orientierung und Kontaktfähigkeit. Die sieben Erreichbarkeitsstufen nach Böhm sind:

- Stufe 1: Sozialisation, entspricht der Erwachsenenstufe;
- Stufe 2: Mutterwitz, entspricht der Stufe der Jugendlichen;
- Stufe 3: seelische soziale Grundbedürfnisse;
- Stufe 4: Prägungen,
- Stufe 5: höhere Antriebe,
- Stufe 6: Intuition, die der Stufe des Säuglings zum Kleinkind entspricht,
- Stufe 7: Urkommunikation, die der Stufe des Säuglings entspricht.

Böhm kann mit einer systematischen Anwendung dieses Modelles eine Verbesserung für die BewohnerInnen und das Personal erreichen. Verbesserung für BewohnerInnen sind: eine Symptomlinderung ohne Psychopharmaka, Erhöhung des Selbstwertgefühls beim alten Menschen und eine Steigerung der Pflegequalität durch „seelische Pflege“. Beim Personal sind die Erfolgsfaktoren die Steigerung der Arbeitszufriedenheit und die Senkung der Krankenstände (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 128 - 130).

Die Anwendung dieser Betreuungsmodelle beziehungsweise Betreuungskonzepte kann zur Steigerung der Pflegequalität, Lebensqualität und des Wohlbefindens der BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenzerkrankung führen und gibt dem Pflegepersonal eine Orientierung im Umgang mit den BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenzerkrankung.

#### **5.4.3 Versorgungskonzepte für den stationären Bereich**

Die optimale Versorgung der BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenzerkrankung in der stationären Langzeitpflege ist nicht nur von konzeptionellen Ansätzen, sondern auch von Versorgungskonzepten abhängig.

In der Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz spielen die stationären Pflegeeinrichtungen eine bedeutende Rolle. Die zunehmende Zahl der BewohnerInnen mit diagnostizierter demenzieller Erkrankung bedeutet für diese Einrichtungen eine neue Herausforderung. Es wurden neue Betreuungskonzepte entwickelt, die meistens nach den Bedürfnissen der BewohnerInnen ausgerichtet sind.

In stationären Langzeiteinrichtungen werden sowohl integrative, teilsegregative als auch segregative Versorgungskonzepte angewendet.

- Im integrativen Versorgungskonzept werden BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung gemeinsam mit geistig rüstigen BewohnerInnen betreut.
- In der Pflegeeinrichtung mit einem teilsegregativen Versorgungskonzept sind die BewohnerInnen mit einer Demenzerkrankung in verschiedenen Wohnbereichen integriert. Diese Bewohner erhalten tagsüber in einer gleichartigen Gruppe ein spezielles Betreuungsangebot.
- Beim segregativen Ansatz sind die Pflegebereiche mit BewohnerInnen mit einem ähnlichen Krankheitsbild belegt.

Es wurden verschiedene Betreuungskonzepte entwickelt, die sich an den Bedürfnissen der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung orientieren. Durch Bauart und Gestaltung der Umgebung sollen diese Betreuungs-

konzepte einen „normalen“ Alltag erreichen. Die BewohnerInnen werden in kleinen Gruppen betreut (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 151).

Ende der Neunzigerjahre wurde der Begriff „Hausgemeinschaft“ als Versorgungsform eingeführt. Es ist dies eine räumliche und organisatorische Einheit, wo sechs bis acht Personen, die alle Pflege- und Betreuungsleistungen nicht mehr selbstständig ausführen können, zusammenleben. In den Hausgemeinschaften liegt der Schwerpunkt in der vertrauten häuslichen Versorgung der BewohnerInnen, die den Alltag selbstbestimmend gestalten können. Es gibt verschiedene Formen von Hausgemeinschaften, wo bis zu zwölf BewohnerInnen zusammenleben. Das Ziel dieser Hausgemeinschaften ist es, eine „Normalität“ für die BewohnerInnen zu schaffen (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 114).

Im Normalitätsprinzip werden die sozialen, pflegerischen und pädagogischen Tätigkeiten so ausgerichtet, dass den BewohnerInnen mit Demenz ein „normales“ Leben ermöglicht wird. Das zentrale Element ist ein partnerschaftlicher Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und BewohnerInnen. Der Alltag wird flexibel und bewohnerorientiert gestaltet, und es werden Freiräume für Menschen mit Demenz geschaffen, wobei man sich an deren Fähigkeiten orientiert, um Reizüberflutungen zu vermeiden. Im Hausgemeinschaftskonzept werden die Tagesabläufe zusammen mit den BewohnerInnen gestaltet. In einigen Hausgemeinschaften werden pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten getrennt, in anderen hingegen werden hauswirtschaftliche und grundpflegerische Tätigkeiten von qualifizierten MitarbeiterInnen durchgeführt. Die Präsenzkräfte sind für die BewohnerInnen immer Bezugspersonen. Sie müssen sozialkompetent und auch hauswirtschaftlich qualifiziert sein. Nicht alle Menschen sind für eine Hausgemeinschaft geeignet. Das Auswahlverfahren erfolgt nicht nach dem Krankheitsbild, sondern danach, ob die Menschen zusammenpassen (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 114 f.).

#### **5.4.4 Erfolgsfaktoren**

Eine professionelle Betreuung von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung setzt verschiedene Faktoren voraus. Aus den Gruppen-

diskussionen und der Literatuarbeit kann man solche ableiten, die einen positiven Einfluss auf die Betreuung haben können. Diese Erfolgsfaktoren sind Biografiearbeit, angepasste Kommunikation und ein angepasstes Umfeld.

#### 5.4.4.1 Biografiearbeit

Die Biografiearbeit bietet die Grundlage für eine ganzheitliche Versorgung und eine optimale, bedürfnisorientierte Betreuung von BewohnerInnen mit diagnostizierter Demenzerkrankung. Durch die Biografiearbeit werden jene Informationen erhoben, die für eine gute Integration der BewohnerInnen ausschlaggebend sind, besonders dann, wenn eine fortgeschrittene demenzielle Erkrankung vorliegt und dadurch der/die BewohnerIn selbst wenig Informationen über die Vergangenheit geben kann.

Die Biografieerhebung erleichtert es den Pflegenden, für die BewohnerInnen eine gewisse Normalität zu schaffen, und das zu sein, was für den/die BewohnerIn normal ist und was in seiner/ihrer Geschichte als normal galt. Die BewohnerInnen signalisieren die Bedürfnisse, die sich als Verhaltensweisen äußern. Diese haben eine Verbindung mit der Lebensgeschichte, der Lebensart und den Ereignissen aus der Vergangenheit. Es werden Gewohnheiten, Vorlieben, Rituale, Verhaltensweisen und spezielle Situationen sowie Abneigungen erfasst. Das Kennen der Lebensgeschichte fördert bei den MitarbeiterInnen Verständnis für die BewohnerInnen und ihre Bedürfnisse, was wiederum Vertrauen, Nähe und Beziehung bringt und die Zufriedenheit der BewohnerInnen zur Folge haben kann.

Die TeilnehmerInnen der Gruppendiskussionen erkennen, dass die Biografie ein Bestandteil der Betreuung von BewohnerInnen ist, und äußern sich über dieses Thema folgendermaßen: *„Ja, eine Biografie wird von jedem geschrieben, entweder mit der Person selber, wenn das noch möglich ist, oder auch mit Angehörigen. Man geht auf die Menschen ein, wie sie gelebt haben“* (TK1, A5, S. 8). Aus diesen Aussagen geht hervor, dass auch die Angehörigen oft motiviert sind, bei einer Biografieerhebung aktiv mitzuwirken.

Gerade hier hat die Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Angehörigen eine große Bedeutung, bei der die Angehörigen als ExpertInnen gesehen werden

sollten. Sie sind die Kenner der Lebensgeschichte, wissen um prägende Lebensereignisse ihrer Familienmitglieder und dokumentieren diese, denn bei einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung können die BewohnerInnen ein Defizit in der verbalen Kommunikation aufweisen.

Dabei sollte aber berücksichtigt werden, dass Informationen seitens der Angehörigen immer Informationen „aus zweiter Hand“ sind, weshalb sie auch subjektiv gefärbt und unvollständig sein können und daher mit Vorsicht zu nutzen sind.

#### 5.4.4.2 Angepasste Kommunikation

Die Kommunikation zwischen den BewohnerInnen und dem Pflegepersonal ist ein wichtiger Teil für eine bedarfsorientierte Pflege. Sie ist eine Brücke vom Ich zum Du und eine Verbindung zur Außenwelt. Wenn diese Verbindung abreißt, kommt es zur Isolation. Die empathische Kommunikation erfolgt wertschätzend und steigert das Selbstwertgefühl der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten Demenzerkrankung. Mit der verbalen und nonverbalen Kommunikation werden Reize geboten, die einen Rückzug in die Vergangenheit vermeiden sollen. Den Angehörigen ist bewusst, dass die Kommunikation die Beziehung zur ihren Familienmitgliedern fördert.

Ein Angehöriger in der Fokusgruppe begründete die Notwendigkeit der angepassten Kommunikation wie folgt: *„Was den meisten Leuten hier zugutekommt, ist die Zweisprachigkeit der Schwestern. ... Hier glaube ich, dass fast die Mehrheit der alten Leute hier im Heim slowenisch als ihre Muttersprache haben. In der Erkrankung vergessen die Menschen ihre zuerst gelernte Sprache als letzte und fühlen sich sicherer und geborgen, wenn das betreuende Personal sie versteht und auch entsprechend antworten kann“* (TK3, A2, S. 6).

Im zweisprachigen Gebiet Österreichs gibt es BewohnerInnen mit anderer Muttersprache. Die zweisprachige Kommunikation gibt ihnen ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit.

Eine Angehörige erzählte in der Fokusgruppe: *„... Er will immer in den Stall gehen. Und da es gibt eine Schwester, die mit ihm immer über die Landwirtschaft und die*

*Viecher (das Vieh) redet, das lenkt ihn dann ab und er wird dann ruhiger, wenn sie ihm sagt, dass die Kühe eh schon gemolken sind und er braucht sich nicht darum kümmern ...“ (TK4, A3, S. 5).*

In diesem Falle wurden die Ansätze der validierenden Kommunikation angewandt. Die Bedürfnisse und damit verbundenen Gefühle des Bewohners wurden seitens der Pflegeperson erkannt, bestätigt und einfühlsam angesprochen, wodurch sich der Bewohner beruhigt hat. Die Validation ist eine wichtige Kommunikationsmethode, um mit dem hochbetagten desorientierten Menschen in Verbindung zu treten und zu bleiben, was auch in der Betreuung der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung wichtig ist. Laut Fremdwörterbuch wird „Validation“ als „Gültigkeitserklärung“ definiert; die Begründerin der Validation als Kommunikationsmethode ist Naomi Feil.

„Jemanden validieren“ bedeutet, die Gefühle des Anderen zu erkennen, ihm zu sagen, dass seine Gefühle wahr sind. Mit der Validationsmethode versucht man mit Einfühlungsvermögen, in die innere Erlebniswelt des hochbetagten, desorientierten Menschen vorzudringen. Das Einfühlungsvermögen – „in den Schuhen des anderen zu gehen“ – schafft bei den Menschen Vertrauen und dies schafft Sicherheit. Fühlt sich der hochbetagte Mensch sicher, verspürt er Stärke, und die Stärke stellt das Selbstwertgefühl der Menschen wieder her, der Stress wird verringert. Validieren bedeutet auch, die Signale der hochbetagten Menschen aufzufangen, zu erkennen und in Worte zu kleiden. Durch die Anwendung der Validation kann das Selbstwertgefühl wieder hergestellt werden, und das reduziert den Stress. Auch die verbale und nonverbale Kommunikation können sich durch Validation verbessern. Diese Kommunikationsmethode ermöglicht eine Rechtfertigung des gelebten Lebens, und nicht ausgetragene Konflikte aus der Vergangenheit lösen sich auf. Die Anwendung der Validation ermöglicht es den Angehörigen, mit ihren desorientierten Familienmitgliedern zu kommunizieren. Es kommt zur Verbesserung des körperlichen sowie seelischen Wohlbefindens (vgl. Feil, Klerk-Rubin 2005, S. 14).

#### 5.4.4.3 Angepasstes Umfeld

Ein demenzgerechtes Umfeld vermittelt den BewohnerInnen das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit sowie Orientierung und fördert das Wohlbefinden. Eine optimale Umfeldgestaltung, die sich an den Bedürfnissen und der persönlichen Lebensgeschichte der BewohnerInnen orientiert, ermöglicht diesen, die aufgrund einer Demenzerkrankung sensorische, emotionale, kognitive und psychische Einschränkungen haben, einen Ausgleich. Das Ziel der Milieugestaltung ist es, ein Wohnklima zu schaffen, in dem die BewohnerInnen nur geringen Störungen und Belastungen ausgesetzt sind. Diese Gestaltung des Umfeldes wirkt sich positiv auf ihr Verhalten aus und kann zur Steigerung der Lebensqualität und der Zufriedenheit der BewohnerInnen sowie ihrer Angehörigen beitragen.

Eine strukturierte Tagesgestaltung sowie strukturierende Angebote sind wie ein roter Faden, der dem/der BewohnerIn Orientierung und Sicherheit gibt. Dies bestätigt auch folgende Aussage einer Angehörigen in der Fokusgruppe: *„Demenz erfordert eigentlich Routine. Mit Routine geht's vielleicht, aber es geht darum ... was mein Vater gemacht hat und ich glaube, dass es beim Krankheitsverlauf so ist, dass Routinetätigkeiten länger erhalten bleiben als Ausnahmesachen ... und, wenn man dieselben Dinge, wie miteinander spielen oder irgendwas machen, also, wenn man etwas eben routinemäßig macht, jeden Tag oder einige Male in der Woche, kann er vielleicht ein bisschen länger geistig fit gehalten werden – das positive Herausholen bewirkt ein Wohlfühlen“* (TK2, A1, S. 9).

Tages- und wochenstrukturierte Angebote sind ein wichtiger Bestandteil in der Pflege und Betreuung von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung. Durch einen geregelten und gewohnten Tagesablauf sind diese BewohnerInnen ruhiger und zeigen weniger auffällige Verhaltensweisen, da ihnen die Tagesstruktur Sicherheit und Orientierung vermittelt (vgl. Mötzing 2009, S. 69).

## 5.4.5 Maßnahmen

### 5.4.5.1 Biografiearbeit

Strukturiertes Aufnahmegespräch:

In der Fokusgruppe der Angehörigen wurde das Problem der Integration der BewohnerInnen in eine stationäre Langzeiteinrichtung angesprochen. Dieses Problem wurde von den Angehörigen so dargestellt: „... *Sie würde sich schneller zu Hause fühlen und verstanden fühlen, der Einschnitt wäre nicht so groß, wenn gewisse Gewohnheiten von Anfang an so wie zu Hause weitergeführt werden könnten, und sich überhaupt bestätigt fühlen, was sie bisher immer gemacht habe*“ (TK2, A1, S. 7).

Diese Aussage zeigt, dass die Informationssammlung bei der Aufnahme und deren Weitergabe eine Auswirkung auf die Integration der BewohnerInnen in der neuen, ihr/ihm fremden Umgebung hat. Die mangelnde beziehungsweise fehlende Informationsweitergabe kann bei den BewohnerInnen das Gefühl wecken, nicht verstanden zu werden. In der ExpertInnenbefragung wurde auf dieses Problem aufmerksam gemacht. Um diesen Problem entgegenzuwirken, ist ein standardisiertes Aufnahmegespräch erforderlich.

Das strukturierte Aufnahmegespräch nennt man „Pflegeassessment“ beziehungsweise „Pflegeanamnese“. Das GuKG definiert im § 14 die Pflegeanamnese als „Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen.“ Die Pflegeanamnese ist der erste Schritt des Pflegeprozesses und eine Sammlung von Informationen sowie Daten, welche die Basis für den pflegediagnostischen Prozess darstellen. Pflegeanamnese umfasst den Ist-Zustand des/der BewohnerIn und seine/ihre Bedürfnisse, Ressourcen, individuellen Verhaltensweisen, Ängste, Sorgen und Wünsche sowie Gewohnheiten und Beeinträchtigungen im Bereich der Lebensaktivitäten. Diese Informationen sollten im stationären Langzeitbericht innerhalb der ersten 14 Tage bis zu maximal einem Monat erhoben werden, wobei verschiedene Methoden möglich sind: persönliche Aussagen von BewohnerInnen,



Beobachtung von deren Verhalten sowie Inspektion (Beobachtung des Pflegepersonals. Eine wichtige Informationsquelle sind aber in erster Linie die Aussagen der Angehörigen (vgl. Rappold et al. 2010, S. 13 f.).

Die spezifischen Schwerpunkte der Pflegeanamnese sind vom Betreuungsmodell der Organisation abhängig. Die Verantwortung für die Erhebung der Pflegeanamnese liegt beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. Rappold et. al. 2010, S. 13 f.).

„Quick-Card“:

Eine der möglichen Maßnahmen, wie man die erworbenen Informationen während des Aufnahmegesprächs zusammenfassen und abbilden kann, ist die sogenannte „Quick-Card“, ein Infoblatt, das von der Expertin Frau Monika Lechner MSc. ausgearbeitet wurde. Die Expertin ist der Meinung, diese Quick-Card bilde die wichtigsten Informationen über die BewohnerInnen ab und könne das Wohlbefinden sowie die reibungslose Integration des/der BewohnerIn in stationäre Langzeiteinrichtungen fördern. Für das Pflegepersonal kann die Quick-Card eine Orientierung sein, den Vertrauens- und Beziehungsaufbau unterstützen sowie die Grundlage für eine beziehungsbasierte, personenzentrierte Pflege sein.

Die Quick-Card wird in der Ich-Form geschrieben und beinhaltet neben dem Namen des/der BewohnerIn auch die Wünsche, wie sie/er genannt werden möchte. Sie gibt Auskunft über den Beruf und die liebste Beschäftigung. Weiter beinhaltet sie Informationen über bestimmte Gewohnheiten, wie Schlafgewohnheit, Lieblingskleidungsstücke, Lieblingsmusik, Gewohnheiten bei der Körperpflege sowie ihr/sein Lieblingsessen, aber auch über Dinge, die der/die BewohnerIn ablehnt beziehungsweise nicht so gerne hat. Auch werden die wichtigsten Angehörigen benannt.

Biografiebogen:

Ein sorgfältig erstellter Biografiebogen als Teil der Standardbiografiearbeit ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Pflegedokumentation in der Betreuung der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich. Jeder/jede BewohnerIn hat eine einmalige und einzigartige Lebens-

geschichte, durchlebte Höhen, Tiefen, Erfolge und Niederlagen, die das Verhalten, die Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen beeinflusst haben. Das Ziel eines Biografiebogens ist die Informationssammlung über die wesentlichen Daten und Fakten aus dem Leben eines Bewohners/einer Bewohnerin. In dieser Informationssammlung ist es auch wichtig aufzuweisen, welche emotionalen Verbindungen zu den einzelnen Lebensphasen noch bestehen. Mit der Biographie kann man die individuellen Bedürfnisse des/der BewohnerIn, an denen sich die Pflegeplanung orientiert, erfahren.

Standard „Biografiearbeit“:

Die Biografieerhebung ist ein Prozess, der von der Aufnahme des/der BewohnerIn in die Institution bis zum seinem/ihrem Ableben dauert. Um diesen optimal durchzuführen, kann ein Standard „Biografiearbeit“ hilfreich sein und eine Orientierung geben.

Dieser Standard soll das Ziel und die Sinnhaftigkeit der Biografiearbeit definieren; auch müssen die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Biografieerhebung klar definiert und die Themenschwerpunkte festgelegt werden. Mögliche Themenschwerpunkte können sein: soziales Umfeld (Eltern, Geschwister, Familienstand, Kinder, Enkel ...), Kindheit, Schulzeit/Jugend, Krieg, Verfolgung und andere Erlebnisse, die in diesem Zusammenhang relevant sind. Das Berufsleben sowie die Ehe oder die Partnerschaft sind ebenfalls ein möglicherweise sehr wichtiges Thema, was auch für kulturelle Prägungen gilt (vgl. <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsgghintergrund-biographie.htm> [03.03.2013]).

Im Gesprächsleitfaden können auch Themen erwähnt werden, die eine Information über Gewohnheiten zur Tagesstrukturierung, Essgewohnheiten und Schlafgewohnheiten geben. Diese Informationen können im Pflegealltag auf verschiedene Weisen genutzt werden. Das Thema „Konfliktlösungsstrategien“ ist ein ebenfalls sehr relevantes Gesprächsthema. Unbedingt soll die Handhabung von Dokumenten (Biografiebogen und Gesprächsleitfaden) festgelegt werden (vgl. <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsgghintergrund-biographie.htm> [03.03.2013]).

Im Standard kann auch der Umgang mit Angehörigen als wichtige Ressource für die Informationssammlung im Rahmen einer Biografiearbeit definiert werden. Der beschriebene Inhalt des Standards für Biografieerhebung ist nur eine kurze Empfehlung, die aus der Literatur abgeleitet ist und weiter ausgebaut werden kann. Nach dem Standard zu arbeiten bedeutet, geplant, zielgerichtet, vorbereitet, organisiert, vorausschauend und strukturiert zu arbeiten. Deshalb müssen die Standards von jeder Einrichtung selbst entwickelt werden, da jede Einrichtung unterschiedliche Strukturen, Rahmenbedingungen und Betreuungsmodelle hat.

Die Erinnerungsstunde:

Die Angehörigen in einer Fokusgruppe äußerten Folgendes: „... *aber die alten Leute hätten noch Zeit, miteinander zu reden. Die sitzen um den Tisch da, sind satt und brauchen nichts, die hätten Zeit zum „ratschen“, die können den ganzen Tag ratschen über ihr Leben oder sonst was, aber das tun sie nicht. Sie sitzen da und schauen und schauen ... Die hätten alle ihre Lebensgeschichte und das wäre doch interessant*“ (TK2, A5, S. 13). Aus dieser Aussage ist herauszuhören, dass das „Zusammensein beim Tisch“ auch strukturiert gestaltet sein und für ein Gespräch über die Lebensgeschichten und Lebenserfahrungen genutzt werden könnte.

Eine mögliche Methode, die man in diesen Situationen anwenden könnte, ist die sogenannte „Erinnerungsstunde“, die in der Erinnerungspflege angewendet wird. Sie ist ein Gruppenangebot, das man auch in den stationären Langzeiteinrichtungen anwenden kann. Die Gruppe wird von einem Gruppenleiter geführt. Diese Stunden basieren beziehungsweise orientieren sich an der gesprächsorientierten Biografiearbeit. Das Thema wird vom Gruppenleiter ausgewählt. Je nach Thema kann während der Stunde der/die einzelne BewohnerIn mit seiner/ihrer Biografie oder es können alle TeilnehmerInnen der Gruppe mit ihren Erfahrungen im Mittelpunkt stehen (vgl. Mötzing 2009, S. 106).

In diesem Zusammenhang ist es die Aufgabe des Managements, die Anregungen der Angehörigen wahrzunehmen und mit dem Pflegepersonal zu besprechen. Eine weitere Aufgabe ist es, das Pflegepersonal für die Anwendung solcher und

ähnlicher Methoden zu sensibilisieren und ein dafür erforderliches Wissen zu ermöglichen.

#### 5.4.5.2 Angepasste Kommunikation

Bei Menschen mit einer Demenzerkrankung lassen die Denkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen immer mehr nach. Eine Folge der Demenzkrankheit äußert sich in zunehmend geringerem Sprachvermögen und Sprachverständnis. Diese Menschen verlieren die Fähigkeit zu sprechen und auch die Fähigkeit, den Worten und Sätzen einen Sinn oder eine Bedeutung zu geben. Wenn die Worte ihre Bedeutung verlieren, äußern die BewohnerInnen ihre Gefühle und Bedürfnisse mittels der Körpersprache. Die schwierige Situation der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung sowie auch der Pflegenden ist die gestörte Kommunikation. Trotzdem ist es wichtig, mit diesen BewohnerInnen regelmäßig zu reden, ihnen möglichst oft Gespräche anzubieten, sie wertzuschätzen und mit Empathie zu behandeln.

Auch in der Fokusgruppe der MitarbeiterInnen wurde dieses Problem angesprochen. Die MitarbeiterInnen wünschen sich zusätzliches Wissen, wie man in bestimmten Situationen mit den dementen BewohnerInnen umgehen sollte. Dies äußerten sie mit folgender Aussage: *„Für mich wäre eine Fortbildung mit Demenzexperten, wo ich mir Tipps und Tricks holen kann, wie ich in ganz bestimmten Situationen mit dementen Bewohnern umgehe, sehr willkommen“* (TK3, MA1, S. 3).

Validation:

Die BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung erleben und zeigen Gefühle. Diese haben einen Zusammenhang mit der Lebensgeschichte und sollen von den Betreuungspersonen wahrgenommen, berücksichtigt, verstanden und respektiert werden. Die BewohnerInnen wollen ihre Bedürfnisse mitteilen, aber es fehlen ihnen oft die richtigen Worte und der Bezug zur Realität. Der Versuch der Betreuungspersonen, den BewohnerInnen ihre Realität zu verdeutlichen, kann dazu führen, dass sich der Betroffene in seine Welt zurückzieht oder sich in aggressiver Weise äußert. Um dies zu vermeiden, ist es

wichtig im validierenden Gespräch die Stimme, Sprache und Körperhaltung gezielt einzusetzen. Eine validierende Gesprächshaltung setzt voraus, dass die Betreuungspersonen über folgende Fähigkeiten verfügen: Empathie, Akzeptanz beziehungsweise Anerkennung und Übereinstimmung. In der Validation werden verschiedene Techniken angewendet, die dem Stadium der Desorientiertheit angepasst sind (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 120).

Naomi Feil beschreibt das Erleben und die Fähigkeiten der Menschen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung in vier Phasen oder Stadien der Desorientiertheit. Diese Stadien können innerhalb eines Tages wechseln und sind:

- Phase 1: mangelhafte, unglückliche Orientierung
- Phase 2: Zeitverwirrtheit
- Phase 3: Wiederholung von Bewegungen
- Phase 4: Vegetieren.

In den einzelnen erwähnten Phasen gibt es verschiedene Validationstechniken; einige davon können in allen Phasen angewendet werden, andere sind nur in bestimmten Phasen oder Abschnitten geeignet. Im Praxisalltag werden folgende Techniken angewendet: Zentrieren, Wiederholen, Extreme einsetzen, ehrlichen, engen Augenkontakt halten, Verbindung von Verhalten und unbefriedigten Grundbedürfnissen, Spiegeln, Berühren und Musik einsetzen (vgl. Brüggemann et al. 2009, S. 119 - 122).

#### 1.2.5.3 Angepasstes Umfeld

Neben der demenzorientierten Kommunikation und den speziellen Betreuungskonzepten hat die demenzgerechte Umgebung beziehungsweise Milieugestaltung eine besondere Bedeutung. Sie umfasst die bauliche und räumliche Gestaltung sowie die Organisation und die psychosoziale Umgebung (vgl. Mötzing 2009, S. 66).

Bewohnerzimmer:

Die Zimmer der BewohnerInnen sollten individuell gestaltet werden. Ein wichtiger Bestandteil sind eigene Möbel und Erinnerungsstücke, die bei den BewohnerInnen positive Assoziationen und Gefühle wecken. Durch das Einbringen biografie-

orientierte Gegenstände fühlen sich die BewohnerInnen in gewohnter Umgebung und wohl (vgl. Mötzing 2009, S. 66).

Auch die Angehörigen legen großen Wert auf die individuelle Gestaltung des Bewohnerzimmers. Dies bestätigt auch folgende Aussage: *„Der Vater hat im Erdgeschoss ein Zimmer bekommen, da hat er die Möbel mitnehmen können und er hat auch da noch „Mensch ärgere dich nicht“ mit einer kleinen Runde gespielt. Er war und ist heute noch sehr zufrieden“* (TK2, A5, S. 10).

Gemeinschaftsräume:

Gemeinschafts- oder Tagesräume sind Kommunikationsorte. Sie sollen anregend, aber nicht reizüberflutend gestaltet werden. Eine gemütliche Atmosphäre mit kleinen Tischgemeinschaften kann sich sehr positiv auf die BewohnerInnen auswirken. Beides fördert die Kommunikation und die soziale Integration. In solchen Gemeinschaften fühlen sich die BewohnerInnen geborgen und sicherer als in großen Gruppen (vgl. Mötzing 2009, S. 66).

Farbe und Lichtintensität:

In der Betreuung von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung spielen das Licht, die Beleuchtung und die Farbkombination eine ebenfalls wichtige Rolle. In der Praxis hat sich gezeigt, dass sich warme Pastelltöne allein oder in Kombination mit gebrochenem Weiß wohltuend auf die BewohnerInnen auswirken. Viele verschiedene Farben oder bunte Muster wirken für sie hingegen verwirrend und stören die Wahrnehmung der BewohnerInnen bis hin zu Halluzinationen. In der Praxis bewährt sich eine indirekte, schattenfreie, warme und helle Beleuchtung (vgl. Mötzing 2009, S. 66).

Bewohnerorientierte Verhaltensregeln:

Die an Demenz erkrankten BewohnerInnen legen oft eine veränderte Verhaltensweise an den Tag, welche die Angehörigen nur schwer verstehen können. Eine Mitarbeiterin schilderte während einer Gruppendiskussion dieses Problem: *„Ja, da fällt mir die Tochter von Frau H. ein. Die hat sogar den Kasten mit einer Kette zugesperrt, weil sie es nicht aushält, dass Mama die von ihr ganz penibel zusammengelegte Wäsche immer herum räumt, dabei hätte Frau H. große*

*Freude, wenn sie in ihrer „Wohnung“ a bisserl umräumen könnte. Aber das hält ihre Tochter gar nicht aus, weil Mama früher auch so ordentlich war. Man kann mit ihr gar nicht reden, sie hat kein Verständnis“ (TK3, MA1, S. 3).*

Die Expertin Monika Lechner hat im Rahmen des Interviews angedeutet, wie man mit solchen Situationen umgehen könne, und brachte ein Beispiel aus der Praxis, wie man eine „Hausordnung“ beziehungsweise eine „Haus-Unordnung“ individuell für die BewohnerInnen gestalten und so den Angehörigen oder den Besucher informieren kann, dass es in diesem Wohnbereich eine andere Hausordnung gibt, die an individuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung angepasst ist. Der Verfasser dieses Beispiels ist unbekannt.

### „Haus-Unordnung“

In diesem Wohnbereich leben Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Um den Alltag für sie so angenehm wie möglich zu gestalten, unterstützen wir folgende Verhaltensweisen:

- „Es kann alles angefasst und hin und her getragen werden.“  
Unsere BewohnerInnen sollen immer etwas zu tun haben.
- „Es hängen einige Bilder schief.“  
Manche BewohnerInnen fassen die Bilder eben gerne an.
- „Mein“ und „Dein“ ist nicht so wichtig.“  
Gekennzeichnetes Eigentum können wir jederzeit zuordnen.
- „Das Wandern ist des Müllers Lust.“  
Unsere BewohnerInnen brauchen viel Bewegung und können daher Tag und Nacht im Wohnbereich spazieren gehen.
- „Die Schränke sind nicht aufgeräumt“  
Unsere BewohnerInnen räumen gerne. Viele haben das schließlich ihr ganzes Leben lang getan.
- „Die Kleidungsstücke passen nicht zusammen, aber ich habe mich allein angezogen“  
Wir unterstützen die BewohnerInnen in ihrer noch vorhandenen Selbständigkeit.
- „In Handtaschen und Koffern kann man „Gefundenes“ gut transportieren“  
Unsere BewohnerInnen fühlen sich mit einer Tasche sehr wohl.
- „Mein Bett ist besetzt“  
Das macht nichts. Für unsere BewohnerInnen ist jedes Bett ein Platz zum Ausruhen.
- „In Gemeinschaft schläft es sich auch im Sitzen gut“  
Ein Nickerchen unserer BewohnerInnen ist ein Ausdruck von Wohlbefinden.



## 5.5 Resümee und Schlussfolgerung

Das Projektthema und die Zusammenarbeit im Gruppenprojekt waren für die Verfasserin eine positive Herausforderung. Die Auseinandersetzung mit der Fachliteratur und die Herstellung der Zusammenhänge mit den empirischen Ergebnissen erweiterten ihre Kenntnisse bezüglich der Betreuungsmöglichkeiten und -konzepte von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass durch die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und der Lebensgeschichte mittels der angepassten Kommunikation und der demenzgerechten Milieugestaltung eine optimale Betreuung dieser BewohnerInnen möglich ist. Eine wertvolle Erfahrung während dieses Projektes waren auch die Moderation der Gruppendiskussion mit den MitarbeiterInnen und die daraus resultierende Erkenntnis, wie man gezielt und in kurzer Zeit eine Vielfalt von Informationen bekommen kann.

*„Den alten Menschen Ehre entgegenzubringen, das umfasst eine dreifache  
Verpflichtung ihnen gegenüber:*

*Annahme, Beistand und Wertschätzung ihrer Eigenschaften!“*

*(Johannes Paul II. in seinem Brief an alten Menschen 1999).*

## **6 PROZESS „PROFESSIONELLE ANGEHÖRIGENARBEIT VON BEWOHNERINNEN MIT EINER DIAGNOSTIZIERTEN DEMENZIELLEN ERKRANKUNG IM STATIONÄREN BEREICH“ (KATARINA BEDLAN)**

### **6.1 Begriff „Prozess“ – Definition**

Der lateinische Ursprung für den Begriff „Prozess“ ist „processus“ und bedeutet „Fortschreiten, Fortgang, Verlauf“.

„Ein Prozess ist ein über eine gewisse Zeit sich erstreckender Vorgang, bei dem etwas entsteht oder abläuft“ (<http://www.duden.de/rechtschreibung/Prozess> [14.03.2013]).

Die Definition eines Prozesses nach EN ISO 9000:2005 lautet: „Ein Prozess ist ein Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der die Eingaben in Ergebnisse umwandelt.“

Demzufolge ist ein Prozess eine strukturierte Gruppe gekoppelter Aktivitäten, Handlungen oder Verrichtungen, die zusammen ein Ergebnis erzeugen. Zudem ist ein Prozess durch das systematische Zusammenwirken von Menschen, Maschinen, Material und Methoden entlang der Wertschöpfungskette zum Erreichen eines Ziels gekennzeichnet. Dies kann zum Beispiel die Erbringung einer Dienstleistung oder die Erzeugung eines Produkts sein. Jeder Prozess hat einen Kunden, ob intern oder extern. An jeden Prozess werden von den Kunden (intern und extern) Erwartungen gestellt; er kann sich sowohl auf technische als auch administrative Tätigkeiten beziehen. Fertigungs-, Dienstleistungserbringungs- und Verwaltungsprozesse können unter dem Begriff „Geschäftsprozess“ zusammengefasst werden; ein solcher hat für das Unternehmen eine spezifische Bedeutung. In der betriebswirtschaftlichen Praxis werden die Begriffe „Geschäftsprozess“ und „Prozess“ synonym verwendet. Prozesse bestehen größtenteils aus mehreren Teil- oder Subprozessen, die in einzelne Aktivitäten zerteilt werden können (vgl. Schulze 2009, S. 3, 5).

### **6.1.1 Prozesstypen**

Die Prozesslandschaft, auch „Prozessnetzwerk“ genannt, stellt alle Prozesse einer Organisation und deren Beziehungen zueinander dar. Bedeutsam ist die Definition von Schlüsselprozessen, die durch die Abbildung der Kernkompetenzen für die strategische Zielsetzung des Unternehmens entscheidend sind. Zudem werden die Prozesse in folgende Prozesstypen unterteilt und gruppiert:

- Kernprozess: Er hat durch die Wertschöpfung im Betrieb eine zentrale Bedeutung und trägt maßgeblich zum Geschäftserfolg bei. Er kann aus mehreren Teilprozessen bestehen. Der Kernprozess beginnt und endet beim Kunden.
- Führungs- und Managementprozesse sind normative Orientierungsprozesse, Strategieentwicklungs- und operative Führungsprozesse. Sie legen die Qualitäts- und Arbeitsschutzpolitik sowie die Kundenorientierung fest.
- Unterstützungsprozesse bilden die Voraussetzung für die Ausführung eines Kernprozesses, schaffen die erforderlichen Rahmenbedingungen und erfüllen die gesetzlichen Auflagen. Sie stellen wesentliche Infrastrukturleistungen für den effizienteren Ablauf der Kernprozesse bereit und haben daher eine hohe Priorität (vgl. Schulze 2009, S. 3, 5).

### **6.1.2 Prozessziele**

Ein Prozess ist kein Selbstzweck; sein Ziel ist die Erzeugung des gewünschten, definierten Resultats. Die Ziele eines Prozesses, also die Prozessergebnisse, beziehen sich nach dem Top-down-Prinzip auf die übergeordneten Unternehmensziele, das heißt, die Prozessziele stimmen mit den Geschäftszielen überein.

### **6.1.3 Anforderungen an Prozesse**

Prozesse sollen im Hinblick auf die vorgegebenen Aufgaben und Ziele effektiv gestaltet und effizient durchführbar sein. Weitere zentrale Anforderungen sind die Kontrollierbarkeit und Steuerbarkeit. Die Prozesse müssen auf Veränderungen der Prozessumgebung reagieren oder an sie gestellte Anforderungen, insbesondere

der Kunden, anpassungsfähig sein. Durch die klare Darstellung sollen alle Beteiligten den Prozess verstehen und unterstützen (vgl. Schulze 2009, S. 6).

#### **6.1.4 Prozessidentifikation**

Der erste Schritt der Prozesserstellung ist die Prozessidentifikation. Sie sollte durch die Definition eines eindeutigen Prozessnamens, durch die Abgrenzung des Prozesses mittels Festlegung des ersten und letzten Prozessschritts sowie durch die Bestimmung des Prozess-Inputs und -Outputs eingeleitet werden. Im Wesentlichen sollten folgenden Punkte und Fragen beschrieben und beantwortet werden:

- **Prozesszweck:** Was soll durch den Prozess erreicht werden? Warum ist er für das Unternehmen wichtig und was beeinflusst er?
- **Prozessbeschreibung:** Welche wichtigen Tätigkeiten und Entscheidungen werden in den einzelnen Bereichen aus- oder durchgeführt? Was wird für die Unterstützung der Qualitätsziele getan? Das Ausmaß und die Form der Dokumentation und Dokumente werden definiert. Welche mitgeltenden Unterlagen (Standards, Checklisten) werden benötigt?
- **Prozessauslöser:** Was (Dokumente oder Informationen, Ereignisse) löst den Prozess aus?
- **Prozessziele:** Was soll durch den Prozess erreicht werden? Wie wird die Zielerreichung beurteilt werden? Die Prozessziele sollen in Sinne der Qualitätspolitik des Betriebes formuliert sein. Dabei müssen weitere Fragen beantwortet werden: Was ist der Daseinszweck unseres Unternehmens? Warum und für wen ist die Organisation da? Was erwarten sich zum Beispiel die BewohnerInnen, MitarbeiterInnen, Angehörigen oder Dienstleister sowie Träger, Kostenträger, Lieferanten etc., mit denen man zusammenarbeitet, vom Unternehmen und was kann das Unternehmen für sie tun? Ferner sind bei der Formulierung der Ziele die Kriterien „S“. (spezifisch), „M.“ (messbar), „A.“ (angemessen/attraktiv), „R.“ (realistisch) und „T“. (terminiert) zu beachten. Diese fünf Regeln müssen erfüllt werden, dann ist ein Ziel S.M.A.R.T.

- Erfolgsfaktoren: Welche Bedingungen oder Faktoren sind notwendig, damit der Ablauf des Prozesses die Kundenerwartungen dauerhaft und zur vollen Zufriedenheit erfüllt?
- Prozessergebnisse: Was/welche Outputs (Dienstleistungen, Daten, Unterlagen und andere Materialien) gehen aus dem Prozess wertschöpfend hervor? Was kommt aus dem Prozess als Outcome heraus?
- Inputs: Welche Dienstleistungen, Daten, Unterlagen und andere Materialien fließen ein und werden im Prozess wertschöpfend be- oder verarbeitet?
- Prozesskunde: Wer ist der Kunde dieses Prozesses? Wer ist durch die Auswirkungen des Prozesses direkt betroffen?
- Kundenkriterien und Erwartungen: Welche Anforderungen und Erwartungen an den Prozess und das Prozessergebnis haben der interne und der externe Prozesskunde?
- Prozessbenutzer: Wer arbeitet nach diesem Prozess?
- Prozesseigentümer: Wer ist für den Prozess verantwortlich?
- Prozessstart: Welcher Schritt oder welche Tätigkeit wird im Verlauf des Prozesses als erster/erste durchgeführt und wie werden diese von vorhergehenden Prozessen abgegrenzt?
- Prozessende: Welcher Schritt oder welche Tätigkeit wird im Verlauf des Prozesses als letzter/letzte durchgeführt und wie wird dies von nachfolgenden Prozessen abgegrenzt?
- Schnittstellen: Die vorhandenen Schnittstellen zu den anderen Prozessen werden benannt.
- Erforderliche Ressourcen: Welche Qualifikationen, Hilfs- und Betriebsmittel, Fortbildungen etc. sind für den erfolgreichen Ablauf des Prozesses notwendig?
- Verbesserungspotenzial: Welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es in diesem Prozess?

Ein weiterer Schritt ist zunächst die Erhebung des Ist-Zustandes, die „Momentaufnahme“, wie der gegenwärtige Ablauf durchgeführt wird. In der Ist-Betrachtung werden folgende Parameter erfragt und erhoben: Wer macht (durchführende/

verantwortliche Person), was (Tätigkeit), wann (Zuordnung zum Arbeitsablauf), wo (Ort) womit (Mitteln, Methoden, Input), wie (festgelegte Weise, Standards) wie lang (Durchlaufzeit) und mit welchem Ergebnis (Output)? Die Prozessidentifikation und die Beschreibung des Ist-Zustandes dienen der Entwicklung und Planung des Sollprozesses. Die Darstellung des Prozesses erfolgt in Form eines einfachen Ablaufdiagrammes sowie mittels Tabellen oder Matrizen (vgl. Schulze 2009, S. 3–10; Bolonski/Stausberg 2003, S. 24 f.)

## **6.2 Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für den Prozess „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“**

Um die Implementierung des Prozesses „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ erfolgreich durchführen zu können, sind in den Einrichtungen gewisse Voraussetzungen und Rahmenbedingungen notwendig, die sich in die Bereiche „Organisationsabläufe“, „strukturelle Bedingungen“, „Personalentwicklung“ und „Ressourcen“ einteilen lassen. Die oberste Priorität gilt jedoch der Verankerung der Angehörigenarbeit in den strategischen Zielen und der Anpassung des Leitbildes der Einrichtung. Nicht außer Acht zu lassen ist die Bereitschaft der Organisation zur Veränderung.

### **6.2.1 Organisationsabläufe**

Die Implementierung des Prozesses in den Alltag erfolgt durch den gesamten operativen Bereich; alle Berufsgruppen sind daran beteiligt. Jeder Kontakt mit den Angehörigen ist als ein Teil der Angehörigenarbeit zu betrachten. Die festgelegte Struktur des Informationswesens und eine organisierte Kommunikation (wer in welchen Belangen als Ansprechpartner/in zu betrachten ist) können die Zusammenarbeit erleichtern. Es bedarf strukturierter Ablaufkonzepte (zum Beispiel beim Heimeinzug neuer BewohnerInnen, dem Transfer eines/einer BewohnerIn ins Krankenhaus, Ableben eines/einer BewohnerIn) sowie standardisierter Pflegehandlungen, die eine Klarheit und Transparenz schaffen,

wer was macht und wer wofür verantwortlich ist. Die Mitwirkungsbereitschaft der Angehörigen sollte im Sinne „weg von der Besucherrolle hin zu geplanter Integration“ bei den Tagesabläufen berücksichtigt werden. Die Transparenz und die größtmögliche Flexibilität der Tagesabläufe, der Pflege und Betreuung sowie das Mitspracherecht bei der Tagesgestaltung sind für die Integration der Angehörigen unerlässlich. Gleichzeitig ist die Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen den Angehörigen und dem Pflegepersonal von großer Bedeutung. Es ist zu definieren, wer was wann macht. Lehnen die Angehörigen die Integration ab, sollte dies ohne Wertung akzeptiert werden. Der Rückhalt vonseiten der Führungskräfte durch eine aktive Unterstützung und persönliches Engagement sowie die Organisation der täglichen Abläufe können sich ebenfalls positiv auswirken.

### **6.2.2 Strukturelle Bedingungen**

Ferner sollte das Augenmerk den baulichen Voraussetzungen gelten. Können die BewohnerInnen und deren Angehörige das Zimmer mit persönlichen Gegenständen oder kleinen, eigenen Möbelstücken gestalten? Gibt es für die BewohnerInnen und deren Angehörige genügend Rückzugsmöglichkeiten, falls sie nicht in einem Einbettzimmer leben? Gibt es einen Besprechungsraum, wo man ungestört ist? Hat der Veranstaltungsraum genügend Kapazitäten, dass die Angehörigen zu Festen eingeladen werden können? Positive Antworten auf diese Fragen können für die Integration des Prozesses von Vorteil sein.

### **6.2.3 Personalentwicklung**

Im Bereich der Personalentwicklung ist es im Hinblick auf die strategische Entwicklung des Unternehmens und die Unternehmensziele wichtig, die Qualifikationen und Kompetenzen der MitarbeiterInnen auf die gegenwärtigen und zukünftigen Anforderungen des Unternehmens hin zu entwickeln. Hier schaffen die Bedarfs- und Potenzialanalyse einen Überblick. In der Bedarfsanalyse werden die geforderten Qualifikationen und Kompetenzen mit den derzeitigen verglichen und der Schulungs-, Fortbildungs- und Entwicklungsbedarf ermittelt. Danach folgt

die Potenzialanalyse, anhand derer die MitarbeiterInnen nach Potenzialen und Entwicklungschancen beurteilt werden.

Im speziellen Fall der Implementierung des Prozesses „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ treten die Sozial- und Fachkompetenzen in den Vordergrund. Hier muss eine Weiterentwicklung stattfinden. Ein ausreichendes Fortbildungs- und Weiterbildungsangebot sollte die Kompetenzen der MitarbeiterInnen erweitern und stärken sowie die Eigenverantwortung deutlich steigern. Die Grundvoraussetzung für die Weiterentwicklung jedes Menschen ist das Verständnis „des lebenslangen Lernens“ und die Bereitschaft zur ständigen Anpassung an Veränderungen.

Nicht außer Acht zu lassen sind auch die Sprachkenntnisse. Im Bereich der Pflege sind viele MitarbeiterInnen mit nicht deutscher Muttersprache tätig und verfügen über einen unterschiedlichen Grad an Deutschkenntnissen. Hier gilt es vordergründig, die Sprachkenntnisse zu erweitern. Man kann diese Tatsache aber auch als einen Vorteil sehen. Einige BewohnerInnen stammen aus den benachbarten Ländern und sprachen in der Kindheit zum Beispiel Slowenisch, Tschechisch oder Slowakisch. Diese Sprachkompetenz der MitarbeiterInnen könnte zum Beispiel im Bereich der angepassten Kommunikation genutzt werden.

Ein weiterer Aspekt der Personalentwicklung ist die Personalplanung im Hinblick auf den Personalbedarf. In erster Linie ist „der Personalmix“ unter Berücksichtigung der gesetzlichen und der Personalschlüsselvorgaben des jeweiligen Bundeslandes zu gestalten. Welche Tätigkeiten sollen von welchen Berufsgruppen durchgeführt werden? Durch einen durchdachten Personalmix können Personalressourcen freigesetzt und anderweitig eingeteilt werden. In zweiter Linie muss die Zahl der MitarbeiterInnen, die man für die kontinuierliche Pflege und Betreuung auch unter Berücksichtigung des Mehrbedarfs durch die Betreuung der demenzkranken BewohnerInnen benötigt, errechnet werden.

Die Stellenbeschreibung dient als Grundlage zur Ermittlung des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs. Klar definierte Stellenbeschreibungen schaffen Transparenz und eine Abgrenzung in den Tätigkeits- und Verantwortlichkeits-



bereichen; zudem stellen sie die Anforderungen der Organisation an die jeweilige Berufsgruppe bezüglich der Qualifikationen und Kompetenzen dar. Dabei sollte auf die konkrete und korrekte Abbildung der Tätigkeiten und Kompetenzen im Hinblick auf die strategischen Unternehmensziele geachtet werden. Anhand der Stellenbeschreibungen können die Organisationsstruktur optimiert, doppelte Arbeiten und Kompetenzkonflikte vermieden und neue Prozesse implementiert werden. Ein weiterer Vorteil wird bei der Suche nach neuem Personal spürbar. Die Stellenbeschreibung dient als Grundlage bei der Personalauswahl, schafft für die MitarbeiterInnen und Führungskräfte Transparenz in den Kompetenzen und unterstützt das eigenverantwortliche Handeln.

#### **6.2.4 Ressourcen**

Prozessbezogene Ressourcen sind die Basis für jede Weiterentwicklung. Für die Implementierung des Prozesses „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“ sind vordergründig finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen von großer Bedeutung.

Die finanziellen und personellen Ressourcen stellen die Kosten für die Fortbildung des Personals (inklusive sämtlicher Kosten für Verpflegung und Büromaterial) sowie für deren Arbeitszeit (da die Fortbildung als Arbeitszeit gerechnet wird) dar. Eine weitere Aufwendung ist die Arbeitszeit des Personals, welches die Implementierung des Prozesses vorbereitet. Das Personal leistet in dieser Zeit keine produktive Leistung, zum Beispiel an den BewohnerInnen. Ferner müssen die Kosten für etwaige bauliche Änderungen oder für Material- und Möbelbeschaffung hier genannt werden.

Die viel zitierte Zeitknappheit ist ebenfalls eine wesentliche Einflussgröße, denn die Implementierung des Prozesses benötigt Zeit. Das gilt auch für die Gespräche mit den Angehörigen, sollten aber – wie die gesamte Kommunikation mit ihnen – als aktive, produktive Arbeitszeit und nicht „nur“ als Gespräch betrachtet werden. Durch die geplante Kommunikation und strukturiertes Informationswesen können Freiräume geschaffen werden.

### 6.2.5 Wechselwirkung Prozess und Qualitätsmanagement

Der genannte Prozess wirkt auch im Bereich des Qualitätsmanagements unterstützend. Durch die strukturierte Kommunikation und ein transparentes Informationswesen lassen sich relevante Kennzahlen, welche mittels Zufriedenheitsbefragungen und Evaluierungsbögen erhoben werden, klar definiert werden. Der Vergleich der Kennzahlen ermöglicht einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess und damit die Weiterentwicklung in der Organisation sowie das gezielte Einsetzen der Maßnahmen.

### 6.3 Prozess „Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich“

<b>Prozessname:</b>	Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich
<b>Definition:</b>	Eine offene und vertrauensvolle Begegnung und Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist wichtig. Je nach Beeinträchtigung des/der BewohnerIn durch die Demenz sind Angehörige die einzige Informationsquelle. Eine professionelle Angehörigenarbeit soll einen verständnisvollen und spannungsfreien Kontakt ermöglichen.
<b>Ziele:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Ein offenes und entspanntes Verhältnis zu den Angehörigen</li><li>● Eine empathische Kommunikation zwischen den Angehörigen und den MitarbeiterInnen</li><li>● Die Förderung des gegenseitigen Verständnisses zwischen den Angehörigen und den MitarbeiterInnen</li><li>● Die Sensibilisierung für die Erwartungen und Bedürfnisse des jeweils Anderen</li><li>● Konfliktvermeidung</li><li>● Gestaltung einer transparenten Pflege und Betreuung durch einen individuellen, informellen</li></ul>

	<p>Austausch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Integration der Angehörigen in die Alltagsgestaltung unter Berücksichtigung der Möglichkeiten der Angehörigen</li> <li>● Die Ansprechperson ist den Angehörigen bekannt.</li> <li>● Steigerung der Lebensqualität der BewohnerInnen</li> </ul>
<b>Grundsätze:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Die Gesamtheit der Verwandten und Freunde der BewohnerInnen wird als eine Gruppe von Menschen mit unterschiedlichen Wünschen und Bedürfnissen betrachtet.</li> <li>● Respektvoller und freundlicher Umgang der MitarbeiterInnen mit den Angehörigen ist selbstverständlich, unabhängig vom Sozialstatus.</li> <li>● Die primäre Ansprechperson ist die unmittelbare Pflegeleitung des Wohnbereiches.</li> <li>● Der Datenschutz muss gewahrt bleiben.</li> <li>● Die Angehörigen werden zeitnah und umfassend über sämtliche Veränderungen informiert.</li> <li>● Die Wünsche und Entscheidungen des Bewohners sind, insofern sie eine Relevanz aufweisen, zu respektieren und zu akzeptieren.</li> <li>● Bei den Informationen seitens der Angehörigen über die BewohnerInnen wird berücksichtigt, dass es sich dabei um Informationen von Dritten handelt, die unvollständig und subjektiv gefärbt sein könnten.</li> <li>● Die Angehörigen werden nur dann miteinbezogen, wenn dies für sie keine Überforderung bedeutet.</li> <li>● Die Angehörigenarbeit ist interdisziplinär und betrifft alle Berufsgruppen der Einrichtung.</li> </ul>
<b>Prozessverantwortlicher:</b>	Wird in jeder Einrichtung individuell bestimmt. Die Voraussetzung ist eine leitende Funktion.
<b>Prozessbeteiligte:</b>	BewohnerInnen, Angehörige, alle MitarbeiterInnen der Einrichtung, Ärzte, SozialarbeiterInnen bzw. Case & Caremanagement der Krankenhäuser

<b>Geltungsbereich:</b>	Gesamte Einrichtung
<b>Prozessstart:</b>	Erstkontakt mit den potenziellen Angehörigen
<b>Prozessende:</b>	Abschluss der Prozesse: Auszug des Bewohners oder Ableben des Bewohners
<b>Dokumentation:</b>	Pflegedokumentation (individuell je Einrichtung), Fragebogen zur Ermittlung der Zufriedenheit sowohl der Angehörigen als auch der MitarbeiterInnen, Beschwerdemanagement (individuell je Einrichtung), Evaluierungsdokumentation der Angehörigenarbeit, Heimvertrag
<b>Mitgeltende Unterlagen</b>	Heimaufenthaltsgesetz, GuKG, Datenschutzgesetz, Patientenrechte, Regelung der Sachwalterschaft und Vorsorgevollmacht

Tabelle 7: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

Der Prozess wurde in folgende vier Teilprozesse aufgeteilt:

- Heimeinzug der BewohnerInnen
- Leben im Heim
- Auszug der BewohnerInnen
- Ableben der BewohnerInnen

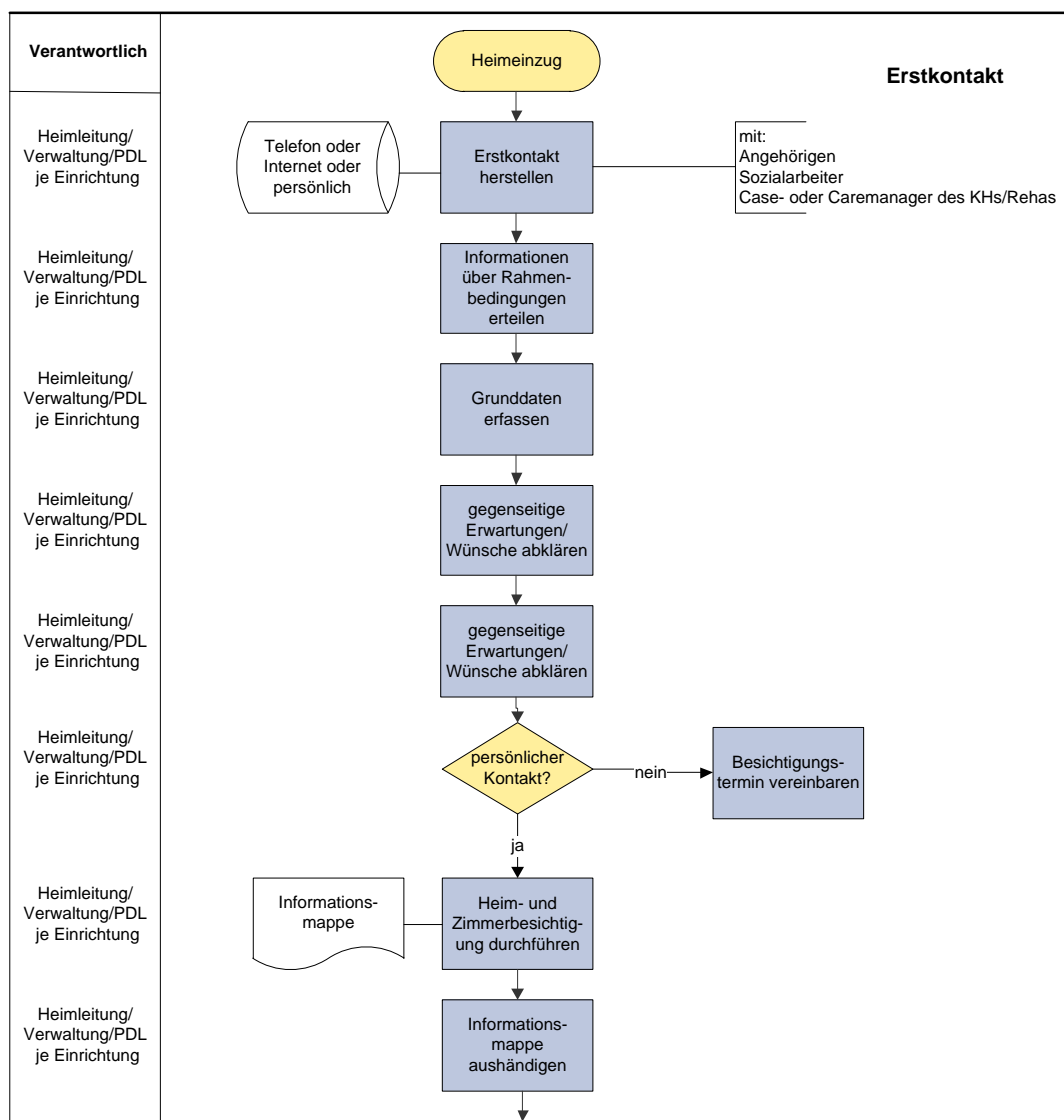


Abbildung 2: Teilprozess Heimeinzug Teil II.

**Ergebnis des Teilprozesses Heimeinzug – Erstkontakt:**

- Informationsaustausch zwischen den potenziellen Angehörigen, BewohnerInnen und der Einrichtung

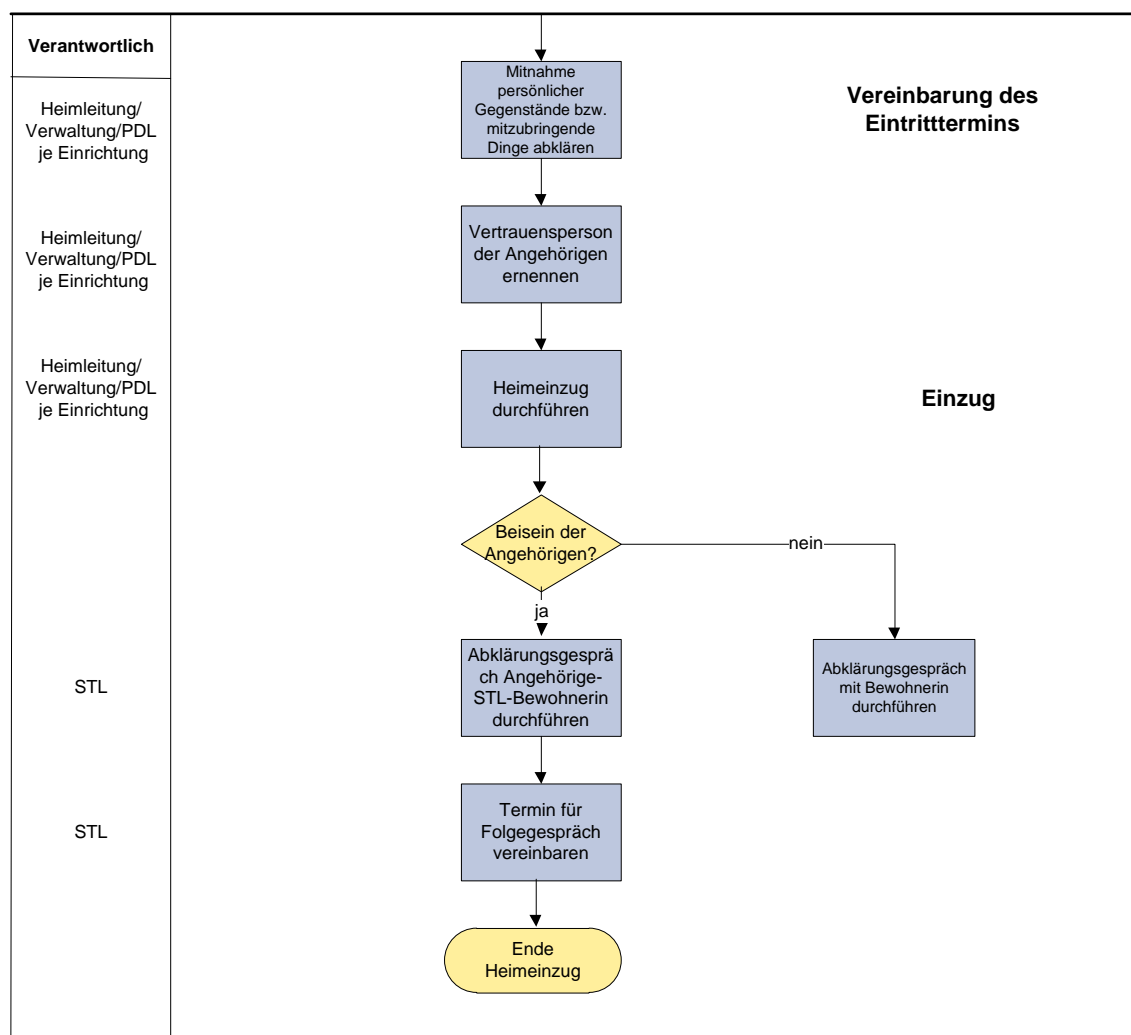


Abbildung 3: Teilprozess Heimeinzug Teil I.

### Ergebnis des Teilprozesses Heimeinzug – Heimeinzug mit Anwesenheit der Angehörigen

- Informationsaustausch: Stationsleitung kennt die Rituale/Gewohnheit (Essen, Schlafen, Körperpflege, Kleidung, Beschäftigung) und die aktuellen Bedürfnisse, Wünsche des/der Bewohners/ Bewohnerin. Angehörige kennt die Abläufe im Bezug auf Arztvisiten, Medikamentenbestellung/-verwaltung, Bestellung der Heilbehelfe, etwaigen Therapien
- Termin für Folgegespräch – Thema: Biografiearbeit und Umfang der Integration der Angehörigen in das Tagesgeschehen/Betreuung des Bewohners, offene Fragen. Der Zeitraum für das Folgegespräch sollte nicht 1 Monat überschreiten.

**Ergebnis Heimeinzug – Heimeinzug ohne Angehörigen:**

- Informationsaustausch je nach Beeinträchtigung des/der Bewohners/Bewohnerin durch die demenzielle Erkrankung: Stationsleitung kennt die Rituale/Gewohnheit (Essen, Schlafen, Körperpflege, Kleidung, Beschäftigung) und die aktuellen Bedürfnisse, Wünsche des/der Bewohners/ Bewohnerin.
- Termin für Folgegespräch mit den Angehörigen wird telefonisch vereinbart

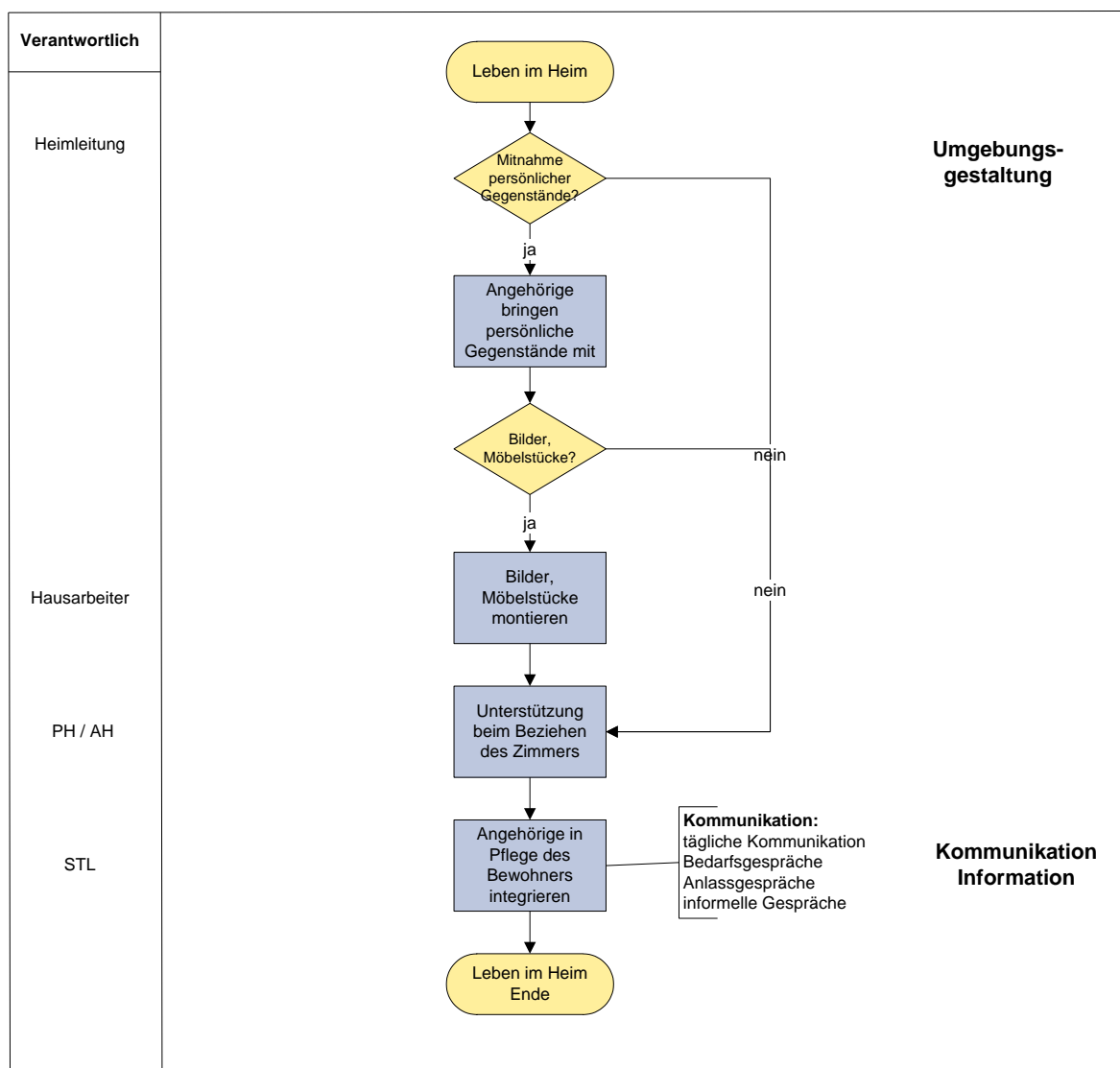


Abbildung 4: Teilprozess Leben im Heim

**Beispiel für eine strukturierte Kommunikation und das Informationswesen:**

- *Tägliche Kommunikation* während des Besuches von den Angehörigen erfolgt durch alle MitarbeiterInnen.
- *Bedarfsgespräche:* zum Beispiel bezüglich Kleidung, Körperpflegeprodukten werden durch die Bezugspflegeperson durchgeführt.
- *Anlassgespräche* in Bezug auf die Physiotherapie, Veränderung des allgemeinen Zustandes, Sturz, diverse organisatorische Belangen, Beschwerden seitens der Angehörigen, erfolgen durch die Stationsleitung. Bei der telefonischen Verständigung gilt es im Vorfeld den Anlass- und



Inhaltsumfang sowie den Zeitraum (zum Beispiel 24 Std, von 08:00 bis 20:00 Uhr) zu definieren. Die persönlichen Gespräche finden in der Regel in der Arbeitszeit der Stationsleitung statt.

- *Informelle Gespräche:* Die benötigten Informationen für die Ergänzung der Biografie sollten durch die Bezugspflegeperson gesammelt werden. Die Verwaltung informiert die Angehörigen in allen finanziellen Belangen (Abrechnung, Depotgeld) sowie über die aktuellen Feste und Aktivitäten im Heim.
- *Kommunikation mit dem/der Arzt/Ärztin* wird durch die Stationsleitung organisiert, eventuelle Termine werden vereinbart.
- *Individuelle Gespräche nach Wunsch der Angehörigen:* mit der Stationsleitung, Pflegedienstleitung oder Heimleitung erfolgen spontan oder nach einer Terminvereinbarung.
- *Angehörigenabende*, wenn Interesse bestehen, Pflegedienstleitung und Heimleitung sowie die Stationsleitungen sollten anwesend sein.

Informationswege:

- Rundschreiben, Einladung, Mail
- Heimzeitung, Anschlagstaffel im Eingangsbereich
- Telefonisch oder persönliche Gespräche (die Inhalte sollten im Pflegebericht dokumentiert werden)

### **Ergebnis des Teilprozesses Leben im Heim:**

Umgebungsgestaltung/Zimmergestaltung:

- Zimmer ist individuell eingerichtet, BewohnerInnen fühlen sich in seiner Umgebung wohl

Information:

- Die Biografie inklusive Rituale und Gewohnheiten des Bew. sind erhoben und den MitarbeiterInnen bekannt, werden in der Pflege und Betreuung berücksichtigt
- Die Angehörigen sind über den allgemeinen Zustand und Pflegebedarf informiert

- Die Angehörigen sind über den Krankheitsverlauf des Bewohners/der Bewohnerin durch das Gespräch mit dem/der ArztIn informiert
- Die Angehörigen sind über die Aktivitäten im Heim, die Feste im Heim informiert
- Die Angehörigen wissen in welchen Belangen, wer der Ansprechpartner ist

Integration der Angehörigen in der Pflege und Betreuung der BewohnerInnen:

- Die Pflegeplanung mit der integrierter Angehörigenbeteiligung
- Angehörigen sind nicht überfordert
- MitarbeiterInnen wissen und akzeptieren welche Tätigkeiten und wann die Angehörigen übernehmen
- Erweiterung der Kommunikations- und Beratungskompetenzen der MitarbeiterInnen

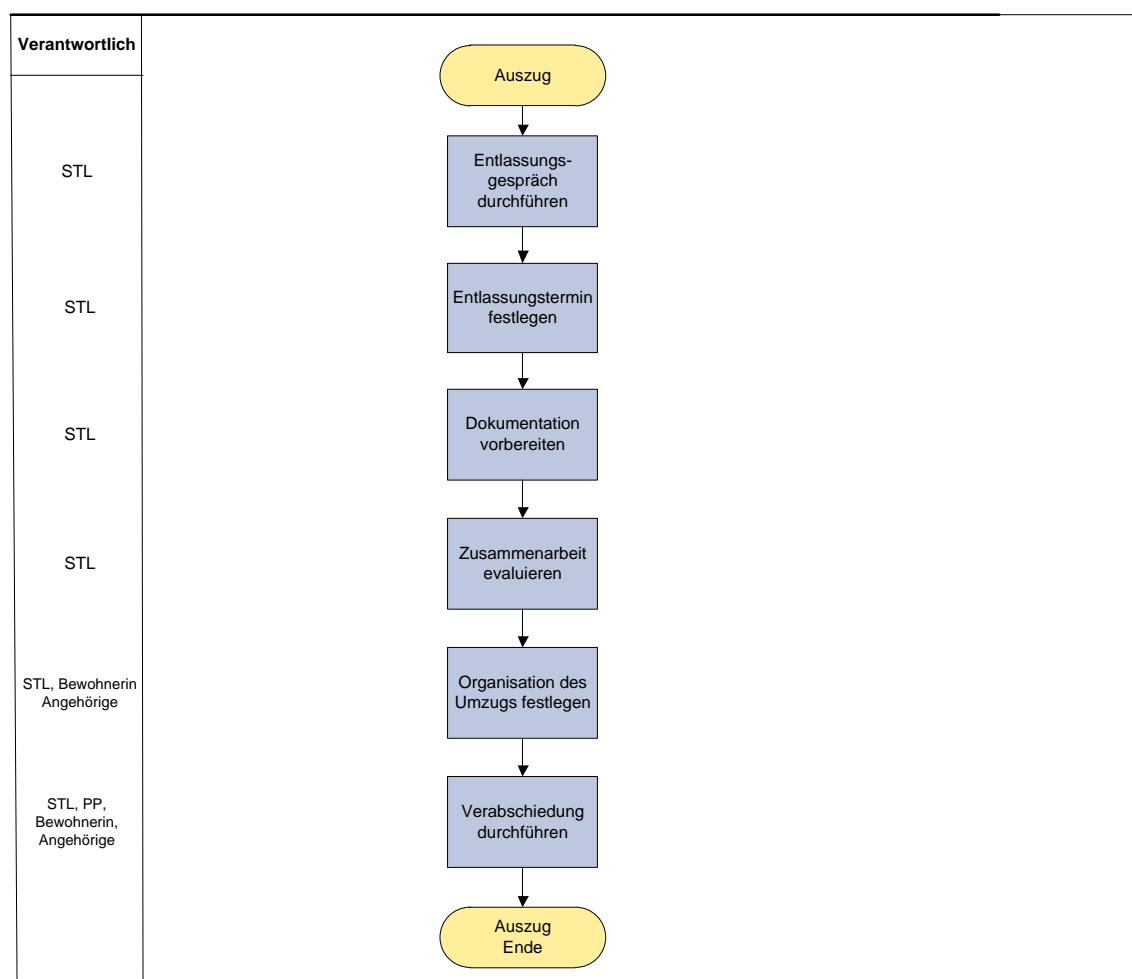


Abbildung 5: Teilprozess Auszug der BewohnerInnen

### Ergebnis des Teilprozesses Auszug der BewohnerInnen:

- Reibungslose Auszug aus dem Heim
- Die Angehörigen erhalten alle notwendige Dokumente je nach Einrichtung und die persönliche Gegenstände mit

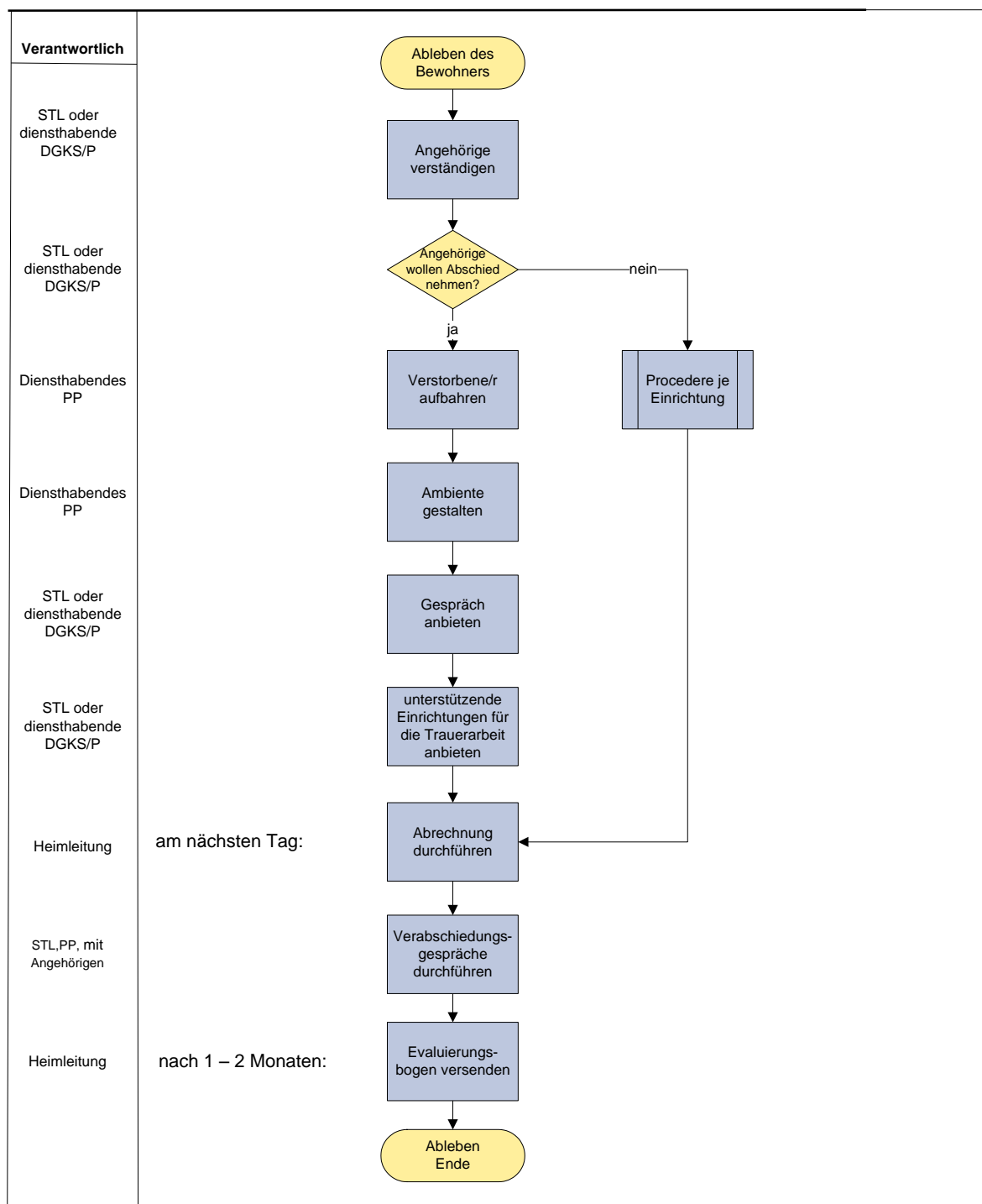


Abbildung 6: Teilprozess Ableben des BewohnerInnen

**Ergebnis des Teilprozesses Ableben der BewohnerInnen:**

- Die Angehörigen können ein Abschied von dem / der BewohnerIn nehmen und finden eine Unterstützung bei PP

## **6.4 Beispielberechnung der Kosten, Ressourcen und der Erlöse (Mair Anna)**

Projektbegleitend werden die finanziellen und immateriellen Auswirkungen der Einführung der professionellen Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung am Beispiel eines 82-Betten-Heimes mit einem 50 %-Anteil an demenziell erkrankten BewohnerInnen dargestellt. In diesem Heim werden jährlich 20 BewohnerInnen mit diagnostizierter demenzieller Erkrankung aufgenommen.

Projektkosten Startphase			Arbeitsstunden					
			Anzahl	PDL	HL	DGKS/D GKP	PH	Funktion
Pos	Text							
1	Strategische Planung, Infogespräche, Lektüre, Best Practice	1	150					
2	Strategische Planung, Ausarbeitung und Detailplanung	1	25	25				
3	Informationsgespräche mit dem Träger	3	3	3				
4	Bereichsbesprechungen mit Stationsleitungen und Ergotherapie	1	1,5	1,5	6		6	
5	Teambesprechungen in den drei Pflegeteams, Einführung, Umsetzung	2	3	3	45	105		
6	ExpertInnengespräche	5	10	2	10			10
7	Gespräche mit Demenzbeauftragten im Haus	3	4,5		13,5			
8	Schulung für Demenzbeauftragte	2			36			
9	Informationsveranstaltung mit Angehörigen Einführung, Umsetzung	2	3	3	9			3
10	Projektcoaching mit neutraler Außensicht	2	2	2	6			2
11	Kommunikationsschulung aller MitarbeiterInnen im Umgang mit Demenz	2	16	16	270	630	360	16
12	Schulung von MitarbeiterInnen mit besonderem Bedarf				10	20		5
<b>Summe</b>		<b>24</b>	<b>218</b>	<b>55,5</b>	<b>405,5</b>	<b>755</b>	<b>366</b>	<b>36</b>

Kategorie	Anzahl	Satz	Summe
PDL	218	46	10028
HL	55,5	55	3052,5
Dipl.	405,5	30	12165
PH	755	25	18875
Funktion	366	21	7686
Extern	36	65	2340
Zwischensumme Personalaufwand intern und extern			54147
zuzüglich Büroaufwand, Kopien, Literatur, Pauschale			1500
Bewirtung bei Schulungen und Angehörigentreffen, Pauschale			1000
Kilometergeld, Fahrtkosten			800
Zwischensumme Sachaufwand			3300
<b>Gesamtaufwand Startphase</b>			<b>57447</b>

Tabelle 8: Projektkosten Startphase, eigene Darstellung.

Projektkosten laufend jährlich			Arbeitsstunden					
Pos	Text	Anzahl	PDL	HL	Dipl	PH	Funktion	Extern
1	Schulungen Angehörige 20 Personen jährlich	4	8		8			8
2	Schulungen MitarbeiterInnen zu Demenz und Kommunikation	4	8		48	144	62	8
2	Angehörigenabend mit Arzt/Psychologe	2	8	8	8			8
3	zusätzliche Aktivierung durch Ergotherapie 4 Stunden wöchentlich	52			208			
4	Ausbau des Ehrenamtes monatlich 4 Stunden	12			36			
5	Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung bzw. Evaluierung 2-jährlich	0,5	5	5	30			2
6	Erstgespräch mit Angehörigen jährlich 20 demente Bewohner	20	20	20	20			
7	Erstgespräch mit Angehörigen nach Tagen	20			20			
8	standardisierte Angehörigengespräche teilweise mit Arzt/Psychologe	40			40			25
9	Entlastungsgespräche bei Bedarf	20	10	10	20			5
10	Abschiedsgespräch bei Heimaustritt/Tod des Bewohners	20	10		10			
11	Beratung der MitarbeiterInnen durch Supervision, Coaching	20			8	12		
12	Regelmäßige Fallbesprechungen, Einbeziehung von Angehörigen in Pflegevisiten							15
13	Beratungsangebot zu bestimmten Terminen im Haus	10	10		10			
14	Einberufung BewohnerInnen und Angehörigenrat	6	6		6			
	Zwischensumme Personalaufwand intern und extern	230,5	85	43	472	156	62	71

Kategorie	Anzahl	Satz	Summe
PDL	85	46	3910
HL	43	55	2365
Dipl	472	30	14160
PH	156	25	3900
Funktion	62	21	1302
Extern	71	65	4615
Zwischensumme Personalaufwand intern und extern			30252
zuzüglich Büroaufwand, Kopien, Literatur, Pauschale			500
Bewirtung bei Schulungen und Angehörigentreffen, Pauschale			500
Kilometergeld, Fahrtkosten			300
Zwischensumme Sachaufwand			1300
<b>Gesamtaufwand laufend jährlich</b>			<b>31552</b>

Tabelle 9: Projektkosten laufend, eigene Darstellung.

### Projekterlöse immateriell

Reduktion der Personalfuktuation durch
1 Anhebung der Mitarbeiterzufriedenheit
Qualitätsverbesserung für die
2 BewohnerInnen
3 Qualitätsverbesserung für die Angehörigen
4 Imageaufwertung des Hauses
Gewinnung von ehrenamtlichen
5 Ressourcen
6 Gewinnung von Angehörigenressourcen

### Projekterlöse finanziell

Pos	Text	Anzahl	Arbeitsstunden					
			PDL	HL	Dipl	PH	Funktion	Extern
1	Reduktion von Personalfuktuation und Einschulungsaufwand	2,5	16	16	300	300	150	10
2	Reduktion der Beschwerden, ergibt Zeiteinsparung	40	40	40	120	120	20	10
4	Reduktion der Krankenstände durch Anhebung der Mitarbeiterzufriedenheit	4			60	80	20	10
	Summe	46,5	56	56	480	500	190	30

Kategorie	Anzahl	Satz	Summe
Steigerung Bettenauslastung durch Vormerkliste um 1%, das ergibt bei insgesamt 82 Bewohnern ein Plus von 300 Verpflegstagen a` 107,--	300	107	32100
Produktivitätssteigerung der MitarbeiterInnen durch Standardabläufe um 1%, das ergibt bei 53 Vollzeit- äquivalent und Produktivstunden von 1600/jährlich	848	27	22896
Reduktion der Krankenstände 4 MitarbeiterInnen a` 40 Stunden jährlich	160	27	4320
PDL	56	46	2576
HL	56	55	3080
Dipl.	480	30	14400
PH	500	25	12500
Funktion	190	21	3990
Extern	30	65	1950
<b>Summe</b>			<b>97812</b>

Tabelle 10: Projekterlöse, eigene Darstellung.



Abgesehen von den dargestellten Qualitätsverbesserungen für BewohnerInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen ergibt sich durch die Einführung der professionellen Angehörigenarbeit auch ein finanzieller Vorteil. Die anfänglichen Kosten der Projektstartphase (einmalig 57.447,--) werden durch Einsparungen im laufenden Betrieb (jährliche Ausgaben von 31.552,-- abzüglich der jährlichen finanziellen Einsparungen von 97.812,--, das ergibt Einsparungen von netto 66.260,--) bereits nach einem Jahr amortisiert. Da in der Personalkalkulation im gegebenen Bundesland der Personalschlüssel pflegegeldbezogen bemessen ist, wird durch die dargestellten Einsparungen das Budget jedoch nicht gekürzt, sondern das Einsparungspotenzial steht künftig für zusätzliche Qualitätsverbesserungen zur Verfügung.

## 7 SCHLUSSWORT (KATARINA BEDLAN)

*„Wenn über das Grundsätzliche keine Einigkeit besteht, ist es sinnlos, miteinander Pläne zu machen.“ (Konfuzius)*

Projekte gelten heute als wesentlicher Motor für die Gestaltung von Veränderungsprozessen in den Einrichtungen. Ein Projekt hat dann eine Chance auf Erfolg, wenn die Sach-, Methoden- und Beziehungsebenen in einem bestmöglichen Verhältnis zueinander stehen. Eine besondere Rolle spielt dabei der Mensch, denn der Projekterfolg hängt vom „Miteinander“ unter den Projektbeteiligten ab. Aus diesem Grund haben einige Autoren das magische Dreieck um die Konstante „Akzeptanz“ erweitert. Das Projektteam muss sich steigenden Erwartungen und Anforderungen stellen. Die Zusammenarbeit auf Zeit unter limitierten Rahmenbedingungen und gleichzeitiger Zielerreichung ist eine große Herausforderung.

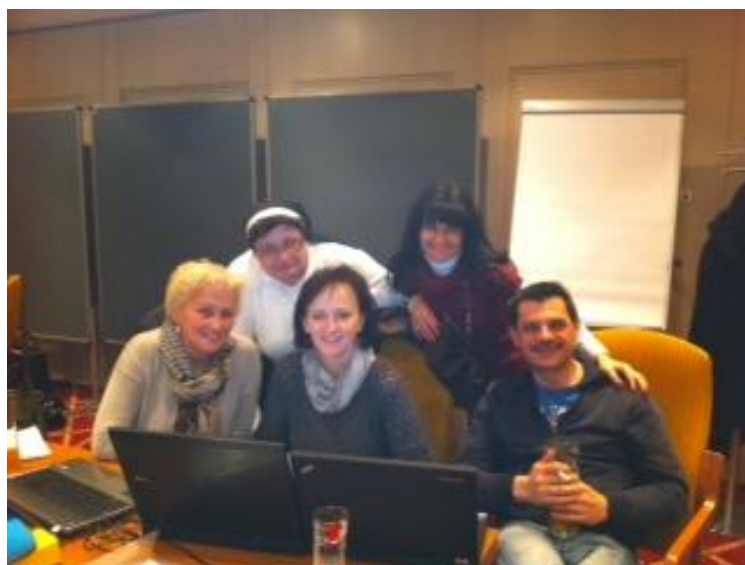
Das Projektteam bestand aus ausgeprägten Führungspersönlichkeiten; hier die Projektleitung zu übernehmen, war für die Autorin eine neue Herausforderung. Von Beginn an waren bei allen Projektteammitgliedern Interesse am Thema und die Motivation zum Erfolg spürbar. Der Pioniergeist wuchs konstant mit der Feststellung, es gibt kaum spezifische Informationen, Unterlagen oder Literatur auf dem Gebiet der Angehörigenarbeit für BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich. Die gemeinsame Arbeit am Projekt gestaltete sich harmonisch. Die Teammitglieder ergänzten sich mit ihren verschiedenen Charakteren, Kompetenzen und Talenten und konnten voneinander viel lernen. In den Projektsitzungen wurde konstruktiv, effektiv und effizient gearbeitet. Mit jedem erreichten Meilenstein wurde die Sicherheit des positiven Abschlusses größer. Die Überzeugung, dass das Thema von großer Bedeutung ist, blieb nie aus. Durch die Betreuung von Frau Mag. Adelheid Bruckmüller, die das Team im Bereich des Projektmanagements unterstützte, und von Frau Mag. Maria Gamsjäger, die ihm im Bereich der empirischen Forschung und dem Aufbau der Abschlussarbeit zur Seite stand, konnte das Projekt erfolgreich durchgeführt werden. Die Erkenntnisse aus dem Projekt sind einerseits, dass eine gute Vorbereitung und Planung der halbe Weg zum Ziel ist

und die meisten Projektprobleme auf unzureichende Klärung in den frühen Phasen zurückzuführen sind. Andererseits wurde wohl allen aus dem Team erneut bewusst, dass der Faktor „Mensch“ das Wesentliche für den Erfolg eines Projekts ist.

Ich bin stolz auf mein Projektteam. Sie haben die Aufgaben mit einem großen Engagement durchgeführt. Ihnen gehört mein großer Dank!

*„Niemand von uns kann so viel bewirken wie wir alle miteinander.“*

*(Elie Wiesel)*



## 8 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1: Risikoanalyse .....	24
Tabelle 2: Pflegeeinrichtung – Niederösterreich.....	45
Tabelle 3: Pflegeeinrichtung – Oberösterreich .....	45
Tabelle 4: Pflegeeinrichtung – Tirol.....	46
Tabelle 5: Pflegeeinrichtung – Kärnten .....	46
Tabelle 6: Schweregrade der Demenz .....	51
Tabelle 7: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich .....	180
Tabelle 8: Projektkosten Startphase, eigene Darstellung.....	190
Tabelle 9: Projektkosten laufend, eigene Darstellung. ....	191
Tabelle 10: Projekterlöse, eigene Darstellung.....	192
Abbildung 1 Zielfelder der Demenzbetreuung.....	52
Abbildung 2: Teilprozess Heimeinzug Teil II.....	181
Abbildung 3: Teilprozess Heimeinzug Teil I.....	182
Abbildung 4: Teilprozess Leben im Heim .....	184
Abbildung 5: Teilprozess Auszug der BewohnerInnen .....	187
Abbildung 6: Teilprozess Ableben des BewohnerInnen .....	188

## 9 LITERATURVERZEICHNIS

Bergmann Rainer, G. M. (2008). *Organisation und Projektmanagement*. Heidelberg: Physica - Verlag.

Bolonski Harald, S. M. (2003). *Prozessmanagement in Pflegeorganisationen*. Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG, Verlag und Druckerei.

Brüggmann, J. e. (2009). Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. *Grundsatzstellungnahme*. Köln, Bundesrepublik Deutschland: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Daneke, S. (2010). *Achtung, Angehörige*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mgH & Co. KG.

Engels Dietrich, P. F. (2007). Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. *Untersuchung des Institutes für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V.* Köln, Bundesrepublik Deutschland: Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik.

Erichsen Karin, S. U. (1999/2000). Basiswissen Projektmanagement. *Skriptum zur Lehrveranstaltung an der FH - Kiel*. Kiel, Bundesrepublik Deutschland.

Feil Naomi, V. d.-R. (2005). *Validation*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Göll, D. E. (2005). Die Fokusgruppen - Methode: Zielgruppen erkennen und Motive aufedcken. *Ein Leitfaden für Umwelt- und Naturschutzorganisationen*. Berlin, Bundesrepublik Deutschland: Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung.

Hemrich Angela, H. H. (2007). *Projektmanagement In 7 Schritten zum Erfolg*. München: Carl Hanser Verlag.

Hirth Claudia, Z. M. (2005/2006). Skriptum Gruppendiskussionsverfahren. *Vorstellung der Methode und Möglichkeiten der Umsetzung in einer Seminarsitzung*. Pädagogische Hochschule Freiburg, Bundesrepublik Deutschland.

<http://www.mediziner.at>. (2013). Abgerufen am 03. 03 2013 von [http://www.mediziner.at/upload/2313794\\_Demenz\\_multiprofessionelle\\_Diagnose\\_und\\_Therapie.pdf](http://www.mediziner.at/upload/2313794_Demenz_multiprofessionelle_Diagnose_und_Therapie.pdf).

<http://de.wikipedia>. (2013). Abgerufen am 04. 02 2013 von <http://de.wikipedia.org/wiki/Angeh%C3%B6riger>.

<http://de.wikipedia.org>. (2013). Abgerufen am 24. 03 2013 von <http://de.wikipedia.org/wiki/Team>.

<http://de.wikipedia.org>. (2013). Abgerufen am 01. 03 2013 von [http://de.wikipedia.org/wiki/Best\\_practice](http://de.wikipedia.org/wiki/Best_practice).

<http://projektmanagement-definitionen.de>. (2013). Abgerufen am 25. 02 2013

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de>. (2013). Abgerufen am 20. 02 2013 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/projekt.html#definition>.

<http://www.alzheimerforum.de>. (2013). Abgerufen am 03. 03 2013 von <http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/4/biograph.html>.

<http://www.big-essen.de/>. (2013). Abgerufen am 22. 02 2013 von <http://www.big-essen.de/>.

<http://www.demenz-leitlinie.de>. (2012). Abgerufen am 06. 02 2013 von <http://www.demenz-leitlinie.de/aerzte/Diagnostik.html>.

<http://www.duden.de>. (2013). Abgerufen am 14. 03 2013 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Prozess>.

<http://www.icd-code.de>. (2013). Abgerufen am 04. 02 2013 von <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F09.html>.

<http://www.paulwatzlawick.de/>. (2013). Abgerufen am 18. 03 2013 von <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>.

<http://www.pqsg.de>. (2013). Abgerufen am 03. 03 2013 von <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsghintergrund-biographie.htm>.

<http://www.synapse-web.com>. (2013). Abgerufen am 22. 03 2013 von [http://www.synapse-web.com/epages/63374192.sf/de\\_DE/?ObjectPath=/Shops/63374192/Categories/Projektmanagement](http://www.synapse-web.com/epages/63374192.sf/de_DE/?ObjectPath=/Shops/63374192/Categories/Projektmanagement).

<http://www2.hu-berlin.de>. (2013). Abgerufen am 01. 02 2013 von <http://www2.hu-berlin.de7psychologie/guideas/popup.php?p=5&id=12&bid=&bpw=>.

IBG - Institut für die Bildung im Gesundheitsdienst GmbH. (2012). *Skriptum Projektmanagement* . Lerngang Pflegemanagement/Bereichsleitung, Oberösterreich, Bad Schallerbach, Österreich.

Kitwood, T. (2008). *Demenz*. Bern: Verlag Hans Huber.

Kleibel Veronika, M. H. (2005). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlag - Buchhandels AG.

Mötzing, G. (2009). *Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen*. München: Elsevir GmbH .

Nausner, P. (2006). *Projektmanagement Die Entwicklung und Produktion des Neuen in Form von Projekt*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Patzak Gerold, R. G. (2009). Projektmanagement. *Leitfaden zum Management von Projekten, Projektportfolios, Programmen und projektorientierten Unternehmen* . Wien, Wien, Österreich: Linde Verlag Wien Ges.m.b.H.

Rappold, E. e. (2010). Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation. Wien, Österreich: ÖBIG.

Rosenberg, M. B. (2007). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens*. Paderborn: Junfermann.

Scherman Michael P., V. K. (2010). *Controlling & Finance kompakt*. Wien: Linde Verlag Wien.

Schmidt, R. (2005). Skriptum Geteilte Verantwortung. *Angehörigenarbeit in der Vollstationäre Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz* . Fh Erfurt, Bundesrepublik Deutschland.

Schulze, J. (September/Okttober 2009). Dipl.-Pfleger. *Skriptum Prozessmanagement* . Krems, Niederösterreich, Österreich.

[www.pflegedaheim.at](http://www.pflegedaheim.at). (2013). Von [www.pflegedaheim.at](http://www.pflegedaheim.at). abgerufen

Zelewski, S. (2008). *Projektmanagement*. Essen: Institut für Produktion und industrielles Informationsmanagement.

## 10 ANHÄNGE

### Projektunterlagen

- Projektantrag
- Spielregeln
- Strukturplan
- Ablauf- und Ressourcenplan
- Arbeitspaketspezifikationen
- Sitzungsprotokolle
- Zeitaufzeichnungen

### Unterlagen der empirischen Forschung

- Einladungen
- Leitfaden Expertenbefragung
- Gesprächsleitfaden Angehörigen
- Gesprächsleitfaden MitarbeiterInnen
- Transkription Beispiele

### Eidesstattliche Erklärung



<b>Projektantrag</b>
<b>Projektname:</b> Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich
<b>Ausgangssituation:</b> . <ul style="list-style-type: none"><li>- Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Angehörigen oftmals über mangelndes Wissen bzgl. der Demenz verfügen. Sie sind unzureichend über die Krankheit und deren Verlauf aufgeklärt.</li><li>- Die Angehörigen berichten von Überforderung und sozialer Ausgrenzung während der Pflege zu Hause. Daraus ergibt sich oftmals die Schwierigkeit die Verantwortung und Betreuung der dementen Familienmitglieder an das Pflegepersonal abzugeben und Vertrauen zum PP aufzubauen. Verleugnung, Verzweiflung und hohe psychische Ansprüche sind weitere Belastungsfaktoren der Angehörigen.</li><li>- Wenige Angehörige nehmen die Hilfe und Unterstützung durch div. Selbsthilfegruppen und Vereine in Anspruch.</li><li>- Erschwerte Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegepersonal. Das Pflegepersonal hat unzureichende Erfahrung im Umgang bei Konfliktsituationen mit Angehörigen.</li><li>- Wir beobachten, dass es eine Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen der BewohnerInnen und den Wünschen und Erwartungen der Angehörigen gibt.</li><li>- Pflegepersonen berichten, Bewohner sind nach dem Besuch der Angehörigen oft sehr unruhig und angespannt.</li></ul>
<b>Projektziele:</b> <p>Im Bereich der stationären Betreuung und Pflege von BewohnerInnen ist die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Angehörigen ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Aufgabe eines zukunftsorientierten Pflegemanagements ist es Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine professionelle Angehörigenarbeit ermöglichen.</p> <p>Professionelle Angehörigenarbeit soll und muss auf mehreren Ebenen ansetzen und die Beteiligten integrieren.</p> <p>Mit diesem Projekt wird ein Maßnahmenkatalog für eine professionelle Angehörigenarbeit erarbeitet, dabei werden folgende Zieldimensionen berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Die Angehörigen wissen, warum bestimmte Maßnahmen in der Pflege und Betreuung getroffen und durchgeführt werden.</li><li>- Die Anzahl der Beschwerden sinkt</li><li>- Steigerung der Zufriedenheit bei Angehörigen und BewohnerInnen.</li><li>- Die Pflegenden kennen die Problematik der Angehörigen und leiten entsprechende Maßnahmen (nach Absprache mit allen Beteiligten) ein.</li><li>- Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Angehörigen/Pflegenden/ÄrztInnen in der Dementenbetreuung im stationären Bereich wird verbessert.</li><li>- Das Pflegepersonal beobachtet und dokumentiert, der Bewohner ist nach dem Besuch der Angehörigen entspannt. Dies hat eine positive Auswirkung auf die Pflegequalität und die Zufriedenheit aller Beteiligten, sowie auf den Pflegeprozess...</li><li>- Steigerung der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen durch eine professionelle Angehörigenarbeit</li></ul>


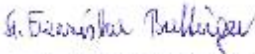
**Projektergebnisse:**

- Die Befragungsergebnisse der Zielgruppen liegen vor.
- Erstellen eines Maßnahmenkatalogs und daraus resultierende Erfolgsfaktoren, als Arbeitsgrundlage für die Angehörigenarbeit dementer Bewohner:
  1. Informationsschritte sowie die Auflistung möglicher Angebote für Angehörige
  2. Aufgaben und Verantwortungsfelder der Führungskräfte und Mitarbeiter als Basis für erfolgreiche Zusammenarbeit
  3. Darstellung von benötigten Rahmenbedingungen im Sinne von Voraussetzungen, in der stationären Altenarbeit zur Gewährleistung einer optimalen Angehörigenarbeit
  4. Personalentwicklungsbedarf für das Pflegepersonal, ÄrztInnen in Form von Fortbildung/Schulung usw.
  5. Erarbeitung eines Prozesses zur Angehörigenarbeit
  6. Ressourcenplan (Ist individuell vom Umsetzungszeitpunkt sowie dem Bedarf der jeweiligen Organisation abhängig.)

**Methodik / Vorgehen:**

- Literaturrecherche/Internetrecherche
- Recherche von Best Practice Angeboten in der Angehörigenarbeit
- Erstellung eines des Befragungsdesigns:
  1. Zielgruppen – Befragungsmethodik
  2. Auswahl der Befragungsmethodik – Angehörige und MitarbeiterInnen  
Workshops – moderierte Befragungen
  3. Auswahl der Befragungsinhalte (Leitlinien für die Workshops, Leitfaden für die Expertenbefragung)
  4. Beteiligte Institutionen - Pflegeheime, wo die TeilnehmerInnen tätig sind bzw. Kontakte bestehen im T,NÖ,K,OÖ
  5. Die Selbsthilfegruppen und Vereine dienen als Informationsquelle
  6. Auswahl der zu befragenden Personen (Angehörige, Pflegepersonal, ExpertInnen)
- Festlegung der Informationsstrategie zur Befragung (Anonymisierung der Ergebnisse) sowie und des Dokumentationswesens.
- Planung der Durchführung
- Pretest
- Durchführung der Befragung
- Sammeln und Auswerten der Informationen
- Schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse der Befragungen sowie Internetrecherchen
- Definition der Maßnahmen und daraus resultierenden Erfolgsfaktoren bzw. Erkenntnissen aus der Arbeit
- Präsentation der Ergebnisse
- Erstellung einer Arbeitsgrundlage, welche aus dem Maßnahmenkatalog und den daraus resultierenden Erfolgsfaktoren besteht.
- Vereinbarung von Teamregeln und der Form der Informationsweitergabe im Projektteam sowie die Zusammenarbeit mit den KonsulentInnen.

<p><b>Projektabgrenzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Keine Erstellung eines verbindlicher Standards in der Dementenarbeit.</li><li>- Keine Bewertung der unterschiedlichen Vorgangsweisen beim Umgang mit den Angehörigen oder der Aufklärung und dem Wissensstand der Angehörigen/Pflegenden/ÄrztInnen in Bezug auf Demenz.</li><li>- Die Erhebung findet nicht im Krankenhaus oder / und im mobilen Bereich statt.</li><li>- Wir beschäftigen uns nicht mit dem Thema Gewalt gegen das Pflegepersonal oder die BewohnerInnen.</li></ul>
<p><b>Risikofaktoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Keine Interesse seitens der Angehörigen, weil fehlende Hauptinformationen</li><li>- Pflegepersonal/ÄrztInnen haben keine Zeit/Interesse– fehlende Hauptinformationen.</li><li>- Zeitfaktor bei den Interviews, die Angehörigen bzw. Befragten fühlen sich durch ein zu kurzes Gespräch nicht ernst genommen</li><li>- Zielgruppe Angehörige könnte zu klein (im Anzahl) sein, dadurch eventuell zu wenig repräsentativ</li><li>- Falsche Fragestellungen bei den Befragungen</li><li>- Thema ist zu umfangreich</li></ul>
<p><b>Projektorganisation:</b> <b>AuftraggeberIn: Sr. Franziska Buttinger</b> <b>ProjektleiterIn: Katarina Bedlan</b> <b>Projektteam:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Projektteammitglied:</b> Hermine Schneeberger, Anna Mair, Sr.Valentina Rupnik, Stefan Unterlechner</li><li>- <b>Planungsteammitglied:</b> Monika Zwirchmayr</li></ul> <p><b>KonsulentInnen:</b> Mag. Maria Gamsjäger, Mag. Margit Auinger, Mag. Adelheid Bruckmüller, Alois Strobl MAS, MBA, Heinrich Hermann</p> <p><b>Zeitplan:</b> wird mit dem Ablaufplan nachgereicht <b>Beginn – Ende:</b> Mai 2012 – Mai 2013</p> <p><b>Meilensteine:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Erstellung des Projektauftrages</li><li>2. Abschluss Internet- und Literaturrecherche</li><li>3. Abschluss Befragungen (Workshops und Interviews) und deren Auswertung</li><li>4. Schriftliche Zusammenfassung der Projektergebnisse</li><li>5. Erstellung der Arbeitsgrundlage für die Angehörigenarbeit, welche den Maßnahmenkatalog und die daraus resultierenden Erfolgsfaktoren beinhalten.</li><li>6. Abgabe der Abschlussarbeit</li></ol>
<p><b>Ressourcen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Finanziell:</b></li><li>- <b>Personell:</b></li><li>- <b>Betriebsmittel:</b></li></ul> <p>Ressourcenplanung wird nachgereicht.</p>

<b>Berichtswesen an Auftraggeber:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Projektbericht von Projektleiterin an Auftraggeberin nach Erreichen eines Meilensteines per Mail</li><li>- Projektbericht von Projektleiterin an Auftraggeberin bei der Abweichung vom Projektplan.</li><li>- Auswertung der Workshops, Interviews sowie der Recherchen als Beilage vom Projektbericht.</li><li>- Abschlussarbeit als Abschlussbericht an der / die AuftraggeberInn</li></ul>
<b>Der Antrag wird mit der Unterschrift zum Projektauftrag genehmigt:</b> <b>Datum:</b> 02.07.2012 <b>Unterschriften</b> <b>Projektleiterin Katarina Bedlan</b>  <b>Sr. Elisabetha Reibinger</b> <b>Projektauftraggeberin</b> 

<b>Bereich</b>	<b>Spielregel</b>
<b>Sitzungsmanagement</b>	<p style="text-align: center;"><b>Projektsitzungen: fix Mittwochs 13:00</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Termine werden eingehalten</li> <li>• Pünktlicher Beginn der Projektsitzungen</li> <li>• Bei Verhinderung Abmeldung spätestens Montags bei der Projektleitung</li> <li>• Bei Abwesenheit können Arbeitspakete ohne die Zustimmung der Abwesenden zugeteilt werden</li> <li>• Die Einladungen werden vor der Projektleitung geschrieben und die Projektmitglieder per Mail versandt</li> <li>• Sitzungen mit wenigen als der halben Teilnehmerzahl werden nicht abgesagt, sondern auf einen anderen Termin verschoben</li> </ul>
<b>Entscheidungsmodus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn nicht alle Teammitglieder bei der Projektsitzung anwesend sein können, ist das Team auch ohne den Abwesenden beschlussfähig.</li> <li>• die Entscheidungen werden durch die Projektleitung eingefordert</li> <li>• es gibt kein Vetorecht</li> <li>• die Möglichkeit der Stimmenthaltung besteht</li> </ul>
<b>Keine Mobiltelefone</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Mobiltelefone werden während der Sitzungen ausgeschaltet.</li> <li>• Sollte ein Teilnehmer aus dringlichen Gründen erreichbar sein, wird das mit den Teammitgliedern vereinbart und das Handy auf lautlos geschaltet. Das Gespräch wird außerhalb des Sitzungszimmers geführt.</li> </ul>
<b>Dokumentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei der jeweils letzten Sitzung wird die Tagesordnung für die nächste Projektsitzung festgelegt. Änderungswünsche werden per Mail an die Projektleitung – diese entscheidet Änderungen</li> <li>• Die Moderation und der Schriftführer wird ebenfalls bei der letzten Sitzung für die nächste festgelegt – Rotationsprinzip</li> <li>• Das Protokoll muss innerhalb von 7 Tagen an die Projektleitung gesendet werden, diese werden dann per Mail an die Mitglieder verteilt</li> <li>• Einwände zum Protokoll sollten binnen 4 Tagen an die PL gemeldet werden.</li> <li>• Evaluierung des jeweils letzten Protokolls am Beginn der nächsten Sitzung.</li> </ul>
<b>Kommunikation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungen haben Vorrang</li> <li>• Wir haben einen respektvollen Umgang miteinander und lassen jeden ausreden</li> <li>• Vertrauliche Informationen bleiben in der Gruppe</li> <li>• Jeder darf seine Meinung einbringen – konstruktive Kritik nehmen wir an</li> <li>• Wir setzen E-Mail als unsere primäre kommunikationsform ein</li> <li>• Dokumente, die an Personen außerhalb der Projektgruppe verteilt werden, laufen über die Projektleitung – die Projektleitung ist die Schnittstelle nach außen.</li> </ul>

**Strukturplan: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierter demenzieller Erkrankung im stationären Bereich**

**1. Recherchen**

1.1 Internet
1.2 Literatur
1.3 Best Practice
1.4 Selbsthilfegruppen
1.5 Experten
1.6 Zusammenfassen und Dokumentation der Recherche
1.7 Recherche bzgl. vorhandenen Fragebögen, Interviewsleitfäden
1.7.1 Vorauswahl für die Befragung (Inhalte)

**2. Befragung**

2.1 Ziel d. Befragung
2.2 Auswahl der Zielgruppe
2.3 Zusage für die Befragung
2.4 Erstellung der Leitlinien für die Workshops - Angehörige, MA
2.5 Organisation der Workshops vor Ort
2.6 Erstellung des Leitfadens für die Expertenbefragung
2.7 Auswahl und Terminierung der Expertenbefragung
2.8 Terminierung der Workshops
2.9 Durchführung der Befragung
2.10 Auswertung der Befragung
2.11 Interpretation der Befragung
2.12 Interpretation der Expertenbefragung
2.13 Ergebnisse der Befragung

**3. Maßnahmen**

3.1 Maßnahmen Angehörigen
3.2 Maßnahmen BewohnerInnen
3.3 Maßnahmen Pflegepersonal
3.4 Voraussetzungen /Rahmenbedingungen
3.5 Prozess Angehörigenarbeit
3.6 Ressourcen - Angehörige, MA

**4. Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Maßnahmen**

4.1 Angehörige
4.2 BewohnerInnen
4.3 MA
4.4 Führungskräfte



<b>Arbeitspaket-Spezifikation</b>			
<b>Projektname: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich.</b>			
<b>Nr. 1.1 Titel des Arbeitspaketes: Internet Angebot für die Angehörige und Mitarbeiter bezüglich Angehörigenarbeit</b>			
Verantwortlichkeit: Bedlan Katarina			
<b>Start:</b>	KW 30	<b>Ende:</b>	KW 37
<b>Voraussetzungen/Abhängigkeiten / Rahmenbedingungen:</b> Internet, PC, Drucker			
<b>Aufgabenstellung / Beschreibung des Arbeitspaketes:</b> Internetrecherche auf bereits vorhandene Angebote bzgl. Angehörigenarbeit für die MitarbeiterInnen und Angehörige			
<b>Ergebnisse dieses Arbeitspaketes:</b> Angebotsspektrum ist erfasst. Kontaktadressen sind erstellt.			
<b>Benötigte Ressourcen:</b>			
<b>Personal:</b>	25 Stunden	<b>Material:</b>	Druckpapier, Stick
<b>Fremdleistung:</b>		<b>Sonstige Kosten:</b>	
<b>Anmerkungen:</b> ist nicht Teil der Befragung			
<b>15.06.12</b>	<b>Bedlan</b>	<b>Bedlan</b>	
Datum	Unterschrift: Projektleiter	Unterschrift: Arbeitspaketverantwortlicher	



<b>Arbeitspaket-Spezifikation</b>			
<b>Projektname: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich.</b>			
<b>Nr. 2.9 Titel des Arbeitspaketes: Durchführung der Befragung</b>			
Verantwortlichkeit: Bedlan Katarina			
<b>Start:</b>	KW 43	<b>Ende:</b>	KW 51
<b>Voraussetzungen/Abhängigkeiten / Rahmenbedingungen:</b> PC, Drucker, Liste der Kontaktpersonen, Telefon, Terminvereinbarungen, Räumlichkeiten für die Workshops			
<b>Aufgabenstellung / Beschreibung des Arbeitspaketes:</b> Durchführung der Befragungen: Workshops Angehörige Workshop MitarbeiterInnen Expertenbefragung			
<b>Ergebnisse dieses Arbeitspaketes:</b> Gesprächs-/Interviews- /Workshopsprotokolle			
<b>Benötigte Ressourcen:</b>			
<b>Personal:</b>	100 Stunden	<b>Material:</b>	Druckpapier, Druckerpatrone, Präsentationsutensilien
<b>Fremdleistung:</b>		<b>Sonstige Kosten:</b>	Fahrtkosten, Erfrischung (Getränke, Kaffee, Kuchen ...) bei den Workshops
<b>Anmerkungen:</b>			
<u>17.08.2012</u>	<u>Bedlan</u>	<u>Bedlan</u>	
Datum	Unterschrift: Projektleiter	Unterschrift: Arbeitspaketverantwortlicher	

<b>Arbeitspaket-Spezifikation</b>			
<b>Projektname: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich.</b>			
<b>Nr. 3.5 Titel des Arbeitspaketes: Prozess Angehörigenarbeit</b>			
Verantwortlichkeit: Bedlan Katarina			
<b>Start:</b>	KW 4	<b>Ende:</b>	KW 13
<b>Voraussetzungen/Abhängigkeiten / Rahmenbedingungen:</b> PC, Drucker, Internet, Auswertung der Workshops und Expertenbefragung, Interpretationen der Workshops und Expertenbefragung, Maßnahme für die Angehörigen/BewohnerInnen/Pflegepersonal, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen Zugriff auf die vorhandene Literatur, Studien, Maßnahmen, Fortbildungsangebote, Best Practice Häuser			
<b>Aufgabenstellung / Beschreibung des Arbeitspaketes:</b> Der Prozess der Angehörigen wird definiert und erstellt, mittels eines Diagramms dargestellt, Kommunikation per Mail und Telefon			
<b>Ergebnisse dieses Arbeitspaketes:</b> Der Prozess der Angehörigenarbeit liegt vor.			
<b>Benötigte Ressourcen:</b>			
Personal:	20 Stunden	Material:	Druckerpapier Druckerpatrone Stick
Fremdleistung:		Sonstige Kosten:	Telefonkosten
<b>Anmerkungen:</b>  _17.08.2012_    _Bedlan_    _Bedlan_			
Datum	Unterschrift: Projektleiter	Unterschrift: Arbeitspaketverantwortlicher	

<b>Arbeitspaket-Spezifikation</b>			
<b>Projektname: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich.</b>			
<b>Nr. 4.1 Titel des Arbeitspaketes: Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Maßnahmen - Angehörige</b>			
Verantwortlichkeit: Schneeberger Hermine			
<b>Start:</b>	KW 10	<b>Ende:</b>	KW 12
<b>Voraussetzungen/Abhängigkeiten / Rahmenbedingungen:</b> PC, Drucker, Internet, Auswertung der Workshops und Interviews, Interpretationen der Workshops und Interviews, Maßnahme für die Angehörigen, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, Prozess Angehörigenarbeit, Ressourcenbedarf - Angehörige Zugriff auf die vorhandene Literatur, Studien, Maßnahmen, Fortbildungsangebote, Best Practice Häuser			
<b>Aufgabenstellung / Beschreibung des Arbeitspaketes:</b> Die Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Maßnahmen - Angehörigen ausarbeiten und klar definieren, Kommunikation per Mail und Telefon.			
<b>Ergebnisse dieses Arbeitspaketes:</b> Die Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Maßnahmen – Angehörigen liegen vor.			
<b>Benötigte Ressourcen:</b>			
Personal:	20 Stunden	Material:	Druckerpapier Druckerpatrone Stick
Fremdleistung:		Sonstige Kosten:	Telefonkosten
<b>Anmerkungen:</b> <b>29.08.2012</b> <u>    Bedlan    </u> _____ Datum            Unterschrift: Projektleiter      Unterschrift: Arbeitspaketverantwortlicher			

	<b>Formular Sitzungsprotokoll</b>	Seite: Stand: Dok. Nr.:	1 von 2 A / 13.02.2004 1
--	---------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

**Projektname/Bezeichnung:**

**Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierter demenzieller Erkrankung im stationären Bereich**

**Sitzung:**

<b>Ort</b> Parkhotel Stroissmüller		<b>Datum</b> 19.09.2012	<b>Uhrzeit</b> 13:00-14.00 18:00-19:45
<b>Moderator:</b> Bedlan Katarina	<b>Teilnehmer:</b> Schneeberger Hermine, Mair Anna, Sr. Rupnik Valentina, Unterlechner Stefan		
<b>Protokollführer:</b> Unterlechner Stefan	<b>Verteiler:</b> An Alle per E Mail		

**Tagesordnung:**

Pkt.:	Beschreibung
1.	Internetrecherche 1.1 und 1.7
2.	Expertenrecherche 1.3 und 1.5
3.	Zielgruppe der Befragung 2.2
4.	Zieldefinierung für alle einzelne Leitfäden 2.1
5.	Leitfaden Mitarbeiter/Angehörige/Experten erstellen 1.7.1; 2.4; 2.6
6.	Terminisierung der Workshops von Angehörige und MitarbeiterInnen 2.8

**Entscheidungen:**

Pkt.:	Beschreibung	Arbeitspaket	Status
1	Recherche Selbsthilfegruppe	Arbeitspaket 1.4	Stefan erledigt
	Recherche Angehörige	Arbeitspaket 1.1	erledigt
	Recherche Literatur	Arbeitspaket 1.2	erledigt
	Recherche Fragebögen Interview	Arbeitspaket 1.7	Katarina erledigt
2	Recherche Experten	Arbeitspaket 1.3 und 1.5	Hermine/Stefan erledigt
	Arbeitspaket 1.6 alle Recherchen werden Katarina per E mail versand und zusammengeführt		
3.	Es wurden in unserer Sitzung am 18.09.2012 mit Maria Gamsjäger die Workshop Teilnehmer auf fünf Personen eingegrenzt. Unsere heutige Entscheidung: Sechs Angehörige einzuladen, damit sicher fünf Angehörige gewährleistet sind. Zielgruppe für MA: 2 DGKP 1 einmal unter fünf und einmal über fünf Dienstjahre 3 PH 1 einmal unter fünf und zweimal über fünf Dienstjahre		
4.	Ziel Angehörige: Erhebung der Bedürfnisse und Erfordernisse der Angehörigen für die Betreuung von Bewohnern mit diagnostizierter Demenz Ziel: Mitarbeiter: Erhebung der Bedürfnisse und Erfordernisse der Mitarbeiter für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen von Bewohnern mit diagnostizierter Demenz Ziel Experten: Erhebung der Expertenmeinung über Angehörigenaufklärung, Unterstützung/Begleitung von Angehörigen und der Interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Angehörige, Arzt und Pflege		
5.	Es wurden Kategorisierungen erstellt und anschließend mit der Mind Map Methode eventuelle Fragen erarbeitet. Hermine, Anna, Stefan haben die Aufgabe zu Hause die Leitfäden fertig zu stellen und per Mail an die Katarina senden.		
6.	Die Termine für die Workshops von Angehörige und MitarbeiterInnen werden in der nächsten Sitzung endfixiert.		

	<b>Formular Sitzungsprotokoll</b>	Seite: Stand: Dok. Nr.:	2 von 2 A / 13.02.2004 1
--	---------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

**ToDo (inkl. noch offene ToDo's aus vorhergehenden Sitzungen):**

Pkt.:	Tätigkeit:	Verantwortlich:	Termin:	Aufgen.:
1.	1.3 Recherche Best Practis Recherche Standards Dr. Hartinger	Hermine Katarina	12.10.2012 20.09.2012	
6.	2.8 Terminisierung der Workshops von Angehörige und MitarbeiterInnen	Hermine	18.10.2012	

**Offene Punkte:**

Pkt.:	Beschreibung
1.	Katarina Bedlan besorgt Projektstick Es werden die fertigen Arbeitspakete an Katarina Bedlan per E Mail versendet Literaturraster wird an alle von Katarina Bedlan per E Mail versendet
5.	Hermine, Anna, Stefan erstellen die Leitfäden fertig und versenden sie per Mail an die Katarina. Katarina sendet sie an alle Projektmitglieder um Korrekturen vornehmen zu können. Nach dem retournieren an Katarina werden die fertigen Leitfäden anschließend an Frau Maria Gamsjäger durch die Katarina per Mail versandt um eine Endkontrolle durchzuführen.
6.	Hermine, Anna, Valentina, Katarina – mögliche Termine für die Workshops eruieren und mitnehmen

**Nächste Sitzung:**

Ort	Datum	Uhrzeit
Parkhotel Stroissmüller	18.10.2012	13:00 – 14:00

**Freigabe:**

Funktion/Position	Name	Unterschrift
Projektleitung	Bedlan Katarina	Unterlechner Stefan

## Lerngang Pflegemanagement 2011 - 2013

### Projekt: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

(individuelle) Zeitaufzeichnung von: Katarina Bedlan

Zeitraum: von 21.05.2012 bis 11.04.2013

Termin	Zeit		Dauer	Art *)	Themen	Arbeitspaket Nr.	Zeitres. Arbeitspaket
	von	bis					
21.05.	19:00:00	21:00:00	02:00	Projektteamsitzung	Planung		
22.05.	13:00:00	14:00:00	01:00	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
23.05.	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	siehe Protokoll		
28.5.	13:00:00	18:00:00	05:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	05:00
30.05.	19:00:00	21:00:00	02:00	Einzelarbeit	Recherche Fragebogen	1.7.	02:00
02.06.	17:00:00	20:00:00	03:00	Einzelarbeit	Recherche Fragebogen	1.7.	03:00
15.06.	13:00:00	18:00:00	05:00	Einzelarbeit	Arbeitspakete ausarbeiten		
20.05.	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Zusammenfassung, Inhalte, Überlegung bzgl. Befragung	1.7.1.	02:00
26.06.	12:40:00	13:50:00	01:10	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
27.06.	12:45:00	13:45:00	01:00	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		
28.06.	18:00:00	20:00:00	02:00	Beratung	siehe Protokoll		
02.07.	16:00:00	17:00:00	01:00	Einzelarbeit	Projektantrag - Endkorrektur, Versand an Sr. Franziska		
10.07.	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	02:00
18.07.	17:00:00	20:00:00	03:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	03:00
06.08.	10:00:00	10:30:00	00:30	Gespräch	Zusage für die Befragung	2.3.	00:30

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

17.08.	14:00:00	17:00:00	03:00	Einzelarbeit	Arbeitspakete ausarbeiten		
29.08.	13:00:00	16:00:00	03:00	Einzelarbeit	Arbeitspakete ausarbeiten		
12.09.	13:30:00	14:00:00	00:30	Einzelarbeit	Vorbereitung der Agenda für die Sitzungen 19. u. 20.09.2012		
17.09.	13:00:00	14:00:00	01:00	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
18.09.	13:00:00	14:00:00	01:00	Beratung	siehe Protokoll		
19.09.	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		
19.09.	18:00:00	19:45:00	01:45	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		01:45
26.09.	16:00:00	17:00:00	01:00	Einzelarbeit	Leitfäden durchlesen, Ergänzungen/ Mail		
02.10.	13:00:00	14:00:00	01:00	Einzelarbeit	Sitzungsprotokoll gelesen/Korrektur/Mail		
11.10.	13:30:00	15:00:00	01:30	Einzelarbeit	Vorbereitung der Agenda für die Sitzung 17.10.2012; Literaturrecherchen von den Teammitgliedern durchgelesen, Mail	1.1.	01:30
12.10.	13:00:00	14:00:00	01:00	Gespräch	Gespräch mit der Heimleitung /Workshop Ablauf, Raum, Hilfsmittel, Verpflegung	2.3.	01:00
16.10.	13:00:00	14:00:00	01:00	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
17.10.	13:30:00	14:30:00	01:00	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		
18.10.	21:30:00	22:30:00	01:00	Einzelarbeit	Sitzungsprotokoll gelesen/Korrektur/Mail/ div. Recherchen		
25.10.	13:00:00	14:00:00	01:00	Einzelarbeit	Sitzungsprotokoll gelesen/Korrektur/Mail/		

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

					Leitfaden durchlesen		
29.10.	17:00:00	18:00:00	01:00	Einzelarbeit	Projektcontrolling		
30.10.	13:00:00	15:00:00	02:00	Einzelarbeit	Telefonate - Einladungen für den Angehörigen- workshop, Einladungen schreiben, versenden		
07.11.	14:30:00	17:00:00	02:30	Angehörigen- workshop	Organisation, Verpflegung	2.9.	02:30
12.11.	16:00:00	17:00:00	01:00	Einzelarbeit	Vorbereitung der Agenda für die Sitzung am 21.11.2012, Mail		
19.11.	13:00:00	14:00:00	01:00	Beratung	Abschlussbericht - Koordination/Auft eilung mit Fr. Maria Gamsjäger		
19.11.	21:00:00	21:30:00	00:30	Einzelarbeit	Projektcontrolling		
20.11.	12:30:00	13:30:00	01:00	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
21.11.	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		
21.11.	20:00:00	21:30:00	01:30	Besprechung mit Sr. Valentina	Gliederung für die BewohnerInnen- perspektive in dem Abschlussbericht		
21.11.	22:00:00	22:30:00	00:30	Einzelarbeit	Themengliederun g - Abschlussbericht - Formular wurde ausgefüllt und versandt an Fr. Maria Gamsjäger		
26.11. 12	15:30:00	16:00:00	00:30	Einzelarbeit	Themengliederun g - Abschlussbericht - Formular wurde an Sr. Franziska, Projektmitglieder versandt		



Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

17.12.	13:00:00	15:00:00	02:00	Einzelarbeit	Telefonate - Einladungen für den Mitarbeiterworkshop, Einladungen schreiben, versenden		
19.12.	18:00:00	20:00:00	02:00	Einzelarbeit	Projektcontrolling, Maßnahmen, Ablaufplan aktualisieren		
07.01. 13	14:00:00	16:30:00	02:30	Mitarbeiterworkshop	Organisation, Verpflegung, Diskussion	2.9.	02:30
08.01.	09:00:00	10:00:00	01:00	Einzelarbeit	Vorbereitung der Agenda für die Sitzung  16.01. 2013		
14.01.	13:00:00	14:00:00	01:00	Beratung	Abschlussbericht - Koordination/Auft eilung mit der Maria Gamsjäger		
15.01..	13:00:00	14:00:00	01:00	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
15.01.	21:00:00	23:30:00	02:30	Einzelarbeit	Mail an Sr. Franziska, Sitzungsprotokoll gelesen/Korrektur/ Mail an die Teammitglieder, Layoutentwurf für den Abschlussbericht		
16.01.	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		
16.01.	21:00:00	23:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussbericht - Überlegungen/U mfang und Inhalt von Anhang, Vorbereitung/Lay out von Spielregeln ...		
17.01.	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		
17.01.	20:00:00	21:30:00	01:30	Einzelarbeit	Versand von Unterlagen an die Projektteam mitglieder,		

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

					Abschlussbericht Projektmanagem ent/ Inhaltsverzeichni s		
20.01.	21:00:00	22:00:00	01:00	Einzelarbeit	Projektcontrolling		
21.01.	16:30:00	17:30:00	01:00	Einzelarbeit	Sitzungsprotokoll gelesen/Korrektu r/Mail		
30.01.	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
05.02.	21:30:00	23:30:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
08.02.	20:00:00	23:30:00	03:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
15.02.	21:00:00	00:00:00	03:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
20.02.	17:00:00	18:00:00	01:00	Einzelarbeit	Vorbereitung der Agenda für die Sitzung 25. und 26. 02. 2013		
20.02.	19:00:00	20:00:00	01:00	Einzelarbeit	Projektcontrolling		
22.02.	20:00:00	00:00:00	04:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
25.02.	13:00:00	14:00:00	01:00	Beratung	Abschlussbericht - Koordination/Auft eilung mit Fr. Maria Gamsjäger		
26.02.	12:30:00	13:30:00	01:00	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
26.02.	19:00:00	22:00:00	03:00	Projektteamsitzung	siehe Protokoll		
27.02.	20:30:00	21:00:00	00:30	Einzelarbeit	Mail an Sr. Franziska		
28.02.	21:00:00	23:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
04.03.	21:00:00	23:30:00	02:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
06.03.	12:30:00	13:00:00	00:30	Einzelarbeit	Sitzungsprotokoll gelesen/Korrektu r/Mail		
07.03.	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
09.03.	10:00:00	13:00:00	03:00	Einzelarbeit	Interpretationen, div. fertige Ergebnisse - lesen	2.13.	03:00
13.03.	13:00:00	21:00:00	08:00	Gruppenarbeit mit Fr. Hermine	Prozess Angehörigenarbe	3.5.	08:00

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

				Schneeberger	it		
18.03.	10:00:00	14:00:00	04:00	Einzelarbeit	Entwurf	3.4.	04:00
20.03.	10:00:00	18:00:00	08:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
21.03.	10:00:00	11:00:00	01:00	Einzelarbeit	Projektcontrolling		
21.03.	10:00:00	18:00:00	08:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
26.03.	20:00:00	00:00:00	04:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
28.03.	10:00:00	12:00:00	02:00	Einzelarbeit	Entwurf	3.4.	02:00
28.03.	12:00:00	20:00:00	08:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
30.03.	16:00:00	22:00:00	06:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
01.04.	18:00:00	22:00:00	04:00	Einzelarbeit	Prozess Angehörigenarbeit	3.5.	04:00
02.04.	12:00:00	20:00:00	08:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
02.04.	21:00:00	23:00:00	02:00	Einzelarbeit	Prozess Angehörigenarbeit	3.5.	02:00
02.04.	23:00:00	23:30:00	00:30	Einzelarbeit	Mail an Sr. Franziska, an die Projektmitglieder		
03.04.	10:00:00	18:00:00	08:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
08.04.	18:00:00	21:00:00	03:00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
08.04.	22:00:00	00:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
09.04.	12:30:00	13:30:00	01:00	STG-Sitzung	siehe Protokoll		
09.04.	17:00:00	21:00:00	04:00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
11.04.	18:00:00	21:00:00	03:00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
11.04.	22:00:00	00:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
<b>Dauer gesamt:</b>			<b>201:55:00</b>				

## Lerngang Pflegemanagement 2011 - 2013

### Projekt: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

(individuelle) Zeitaufzeichnung von: Anna Mair

Zeitraum: von Mai 2012 bis April 2013

Termin	Zeit		Dauer	Art *)	Themen	Arbeits- paket e Nr	Zeitres- s. Arbeits- p.
	von	bis					
21.05.12	18,00	21,00	3,00	Projektsitzung	Planung		
22.05.12	13,00	14,00	1,00	Projektsitzung	Projektgruppe		
23.05.12	19,00	21,00	2,00	Projektsitzung	Projektgruppe		
25.05.12	13,00	18,00	5,00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
30.05.12	19,00	22,00	3,00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
11.06.12	18,00	22,00	4,00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
19.06.12	17,00	20,00	3,00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
27.06.12	12,75	13,75	1,00	Projektsitzung	Projektsitzung		
27.06.12	18,00	20,00	2,00	Projektsitzung	Beratungsgespräch		
20.07.12	15,00	18,00	3,00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
18.09.12	13,00	14,00	1,00	Projektsitzung	Beratung mit Mag. Gamsjäger		
19.09.12	18,00	19,75	1,75	Projektsitzung	Projektgruppe		
19.09.12	19,50	21,50	2,00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
21.09.12	14,00	15,00	1,00	Einzelarbeit	Info. u. Zusage Heimleitung	2.3.	
17.10.12	13,00	14,00	1,00	Projektsitzung	Projektgruppe		
18.10.12	14,00	16,00	2,00	Einzelarbeit	Einladung Angehörige		
20.10.12	14,00	18,00	4,00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
15.11.13	10,00	13,00	3,00	Einzelarbeit	Fertigstellen Leitlinie MA	2.4.	

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

16.11.12	13,00	15,00	2,00	Einzelarbeit	Angehörigen Abend	2.9.	
21.11.12	12,50	13,50	1,00	Projektsitzung	Projektsitzung		
21.11.12	18,50	21,00	2,50	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
30.11.12	14,00	16,00	2,00	Einzelarbeit	pers. Einladung Mitarbeiter	2.5.	
02.12.12	14,00	16,00	2,00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
19.11.12	20,00	21,00	1,00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
17.12.12	17,00	20,00	3,00	Befragung Ang.	Vorbereiten	2.5.	
18.12.12	12,00	15,00	3,00	Einzelarbeit	Gruppendisk. MA	2.9.	
21.12.12	15,00	17,00	2,00	Einzelarbeit	Nachbereitung Gruppendisk.	2.9.	
06.01.13	8,00	13,00	5,00	Einzelarbeit	Transkription	2.11.	
08.01.13	15,00	20,00	5,00	Einzelarbeit	Transkription	2.11.	
09.01.12	20,00	23,00	3,00	Einzelarbeit	Transkription	2.11.	
10.01.13	16,00	20,00	4,00	Einzelarbeit	Transkription	2.11.	
14.01.13	13,00	14,00	1,00	Projektsitzung	Projektsitzung		
16.01.13	13,00	14,00	1,00	Projektsitzung	Projektgruppe		
17.01.13	13,00	14,00	1,00	Projektsitzung	Projektgruppe		
23.01.13	17,00	20,00	3,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	2.11.1	
25.01.13	14,00	17,00	3,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	2.11.1	
02.02.13	8,00	15,00	7,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	2.11.1	
03.02.13	13,00	18,00	5,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	2.11.1	
08.02.13	14,00	21,00	7,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	2.11.1	
12.02.13	20,00	22,00	2,00	Einzelarbeit	Recherche	3.3.	
25.02.13	13,00	14,00	1,00	Projektsitzung	Beratung		
26.02.13	19,00	22,00	3,00	Projektsitzung	Projektsitzung		
06.03.13	14,00	19,00	5,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.3.	
07.03.13	18,00	21,00	3,00	Einzelarbeit	Recherche	4.3.	

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

08.03.13	14,00	20,00	6,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.3.	
09.03.13	16,00	22,00	6,00	Einzelarbeit	Interpretieren	4.3.	
10.03.13	14,00	18,00	4,00	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.3.	
19.03.13	14,00	23,00	9,00	Einzelarbeit	Interpretieren	3.4.	
20.03.13	16,00	20,00	4,00	Einzelarbeit	Interpretieren	4.3.	
22.03.13	15,00	18,00	3,00	Einzelarbeit	Kostenstelle	3.6.	
24.03.13	15,00	17,00	2,00	Einzelarbeit	Kostenstelle	3.6.	
24.03.13	20,00	22,00	2,00	Einzelarbeit	Kontrolllesen	4.3.	
25.03.13	14,00	18,00	4,00	Einzelarbeit	Kostenstelle	3.6.	
08.04.13	18,00	21,00	3,00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
09.04.13	16,00	20,00	4,00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
11.04.13	18,00	21,00	3,00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
Dauer Gesamt			166,25				

## Lerngang Pflegemanagement 2011 - 2013

**Projekt: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich**

**(individuelle) Zeitaufzeichnung von: Hermine Schneeberger**

Zeitraum: von 21.05.2012 bis 11.04. 2013

Termin	Zeit		Dauer	Art *)	Themen	Arbeitspaket Nr.	Zeitraum Arbeitspaket
	von	bis					
21.05.12	18:00:00	20:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektplanung		
22.05.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektplanung		
23.05.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Planung		
28.05.12	13:00:00	18:00:00	05:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	05:00
29.05.12	19:00:00	20:00:00	01:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
11.06.12	18:30:00	21:00:00	02:30	Einzelarbeit	Recherche	1.3.	
26.06.12	12:45:00	13:45:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
27.06.12	18:00:00	20:00:00	01:00	Beratung	Strobl		
09.09.12	19:00:00	21:00:00	02:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
10.09.12	17:00:00	18:00:00	01:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
18.09.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Beratung mit Mara Gamsjäger		
19.09.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
19.09.12	18:00:00	19:45:00	01:45	Projektsitzung	Projektgruppe		
17.10.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
20.10.12	17:00:00	18:00:00	01:00	Einzelarbeit	Fertigstellen Angehörigen Leitfaden	2.4.	
05.11.12	18:00:00	19:30:00	01:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
06.11.12	19:00:00	21:00:00	02:00	Vorbereitung	Gruppendiskussion 1	2.5.	
07.11.12	11:00:00	13:00:00	02:00	Anreise Gruppendisku	Gruppendiskussion 1	2.5.	

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

				ssion 1			
07.11.12	15:30:00	16:30:00	01:00	Leitung	Gruppendiskussion 1	2.9.	
09.11.12	16:30:00	18:30:00	02:00	Transkription	Gruppendiskussion1	2.10.	
10.11.12	18:00:00	21:00:00	03:00	Transkription	Gruppendiskussion1	2.10.	
11.11.12	18:00:00	19:15:00	01:15	Transkription	Gruppendiskussion1	2.10.	
12.11.12	18:00:00	21:00:00	03:00	Transkription	Gruppendiskussion1	2.10.	
14.11.12	19:30:00	20:15:00	00:45	Vorbereitung	Gruppendiskussion 2	2.10.	
16.11.12	14:30:00	17:30:00	03:00	Anreise Gruppendisku ssion 2	Gruppendiskussion 2	2.5.	
16.11.12	18:30:00	20:00:00	01:30	Leitung	Gruppendiskussion2	2.9.	
16.11.12	21:00:00	00:00:00	03:00	Heimreise	Gruppendiskussion2	2.11.	
17.11.12	20:00:00	21:30:00	01:30	Transkription	Gruppendiskussion1	2.10.	
21.11.12	13:30:00	14:30:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
29.11.12	17:00:00	19:30:00	02:30	Transkription	Gruppendiskussion1	2.10.	
30.11.12	18:30:00	20:45:00	02:15	Transkription	Gruppendiskussion 1	2.10.	
01.12.12	18:00:00	21:00:00	03:00	Transkription	Gruppendiskussion 2	2.10.	
03.12.12	20:45:00	21:45:00	01:00	Transkription	Gruppendiskussion 2	2.10.	
04.12.12	18:00:00	21:30:00	03:30	Transkription	Gruppendiskussion 2	2.10.	
05.12.12	19:00:00	21:00:00	02:00	Transkription	Gruppendiskussion2	2.10.	
06.12.12	14:00:00	16:00:00	02:00	Transkription	Gruppendiskussion2	2.10.	
06.12.12	17:15:00	20:15:00	03:00	Transkription	Gruppendiskussion 2	2.10.	
07.12.12	14:00:00	18:00:00	04:00	Transkription	Gruppendiskussion 2	2.10.	
08.12.12	16:00:00	20:00:00	04:00	Transkription	Gruppendiskussion 2	2.10.	
11.12.12	14:00:00	15:00:00	01:00	Einladung	Gruppendiskussion	2.5.	
12.11.12	19:00:00	20:00:00	01:00	Vorbereitung	Gruppendiskussion 4	2.10.	
13.12.12	09:00:00	16:45:00	07:45	Anreise Gruppendisku ssion 3	Gruppendiskussion3	2.5.	
13.12.12	17:15:00	18:15:00	01:00	Transkription	Gruppendiskussion3	2.10.	
19.12.12	16:00:00	18:00:00	02:00	Transkription	Gruppendiskussion3	2.10.	
27.12.12	17:00:00	20:15:00	03:15	Transkription	Gruppendiskussion3	2.10.	



Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

27.12.12	20:30:00	21:00:00	00:30	Vorbereitung	Gruppendiskussion4	2.10.	
28.12.12	16:00:00	17:00:00	01:00	Leitung	Gruppendiskussion4	2.9.	
28.12.12	17:00:00	18:15:00	01:15	Leitung	Mitarbeiterdiskussion	2.9.	
29.12.12	11:00:00	13:00:00	02:00	Transkription	Gruppendiskussion3	2.10.	
29.12.12	16:00:00	18:00:00	02:00	Transkription	Gruppendiskussion3	2.10.	
30.12.12	17:00:00	20:00:00	03:00	Transkription	Gruppendiskussion3	2.10.	
02.01.13	19:30:00	22:00:00	02:30	Transkription	Gruppendiskussion 4	2.10.	
04.01.13	17:00:00	19:30:00	02:30	Transkription	Gruppendiskussion 4	2.10.	
05.01.13	10:00:00	17:00:00	07:00	Transkription	Gruppendiskussion 2	2.10.	
07.01.13	18:00:00	22:00:00	04:00	Transkription	Gruppendiskussion 4	2.10.	
14.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Beratung Gamsjäger Maria		
16.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
17.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
20.01.13	17:00:00	21:00:00	04:00	Transkription	Gruppendiskussion 4	2.10.	
21.01.13	18:30:00	21:30:00	03:00	Transkription	Mitarbeiterdiskussion	2.10.	
23.01.13	17:30:00	21:00:00	03:30	Transkription	Mitarbeiterdiskussion	2.10.	
26.01.00	09:00:00	16:00:00	07:00	Transkription	Mitarbeiterdiskussion	2.10.	
02.02.13	12:00:00	18:00:00	06:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit	2.11.	
03.02.13	10:00:00	18:00:00	08:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit	2.11.	
08.02.13	18:30:00	21:00:00	02:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit	2.11.	
09.02.13	11:00:00	15:00:00	04:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit	2.11.	
13.02.13	18:00:00	20:00:00	02:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.1.	
14.02.13	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit	2.11.	
15.02.13	15:30:00	18:00:00	02:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.1.	
16.02.13	10:00:00	17:00:00	07:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
17.02.13	12:00:00	18:00:00	06:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
20.02.13	16:00:00	20:15:00	04:15	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
23.02.13	09:00:00	15:00:00	06:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
24.02.13	12:00:00	17:00:00	05:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
25.02.13	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Beratung Maria		

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

					Gamsjäger		
26.02.13	19:00:00	22:00:00	03:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
03.03.13	10:00:00	16:00:00	06:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
05.03.13	19:00:00	21:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
06.03.13	16:00:00	22:00:00	06:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
09.03.13	11:00:00	16:00:00	05:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
10.03.13	12:00:00	17:00:00	05:00	Einzelarbeit			
13.03.13	13:00:00	21:00:00	08:00	Prozess	Angehörigenarbeit		
08.04.13	18:00:00	21:00:00	03:00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
09.04.13	16:00:00	20:00:00	04:00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
11.04.13	18:00:00	21:00:00	03:00	Abschlussarbeit	Zusammenführung		
			00:00				
<b>Dauer gesamt:</b>			263:00: 00				05:00

## Lerngang Pflegemanagement 2011 - 2013

### Projekt: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

(individuelle) Zeitaufzeichnung von: Sr. Valentina Rupnik

Zeitraum: von 21.05.2012 bis 11.04. 2013

Termin	Zeit		Dauer	Art *)	Themen	Arbeits- paket Nr.	Zeitress. Arbeitsp.
	von	bis					
21.05.12	18:00:00	20:00:00	02:00	Projektsitzung	Planung		
22.05.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Planung		
23.05.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Planung		
28.05.12	13:00:00	18:00:00	05:00	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
29.05.12	20:00:00	21:30:00	01:30	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
11.06.12	19:30:00	22:00:00	02:30	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
27.06.12	12:45:00	13:45:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
27.06.12	18:00:00	20:00:00	02:00	Projektsitzung	Beratung-Strobl		
27.06.12	21:00:00	22:00:00	01:00	Einzelarbeit	Recherche	1.3.	
21.07.12	16:00:00	18:30:00	02:30	Einzelarbeit	Recherche	1.1.	
18.08.12	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
18.09.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Beratung mit Mag. Gamsjäger		
19.09.12	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
19.09.12	18:00:00	19:45:00	01:45	Projektsitzung	Projektgruppe		
20.09.12	13:00:00	13:50:00	00:50	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
27.09.12	10:00:00	11:30:00	01:30	Einzelarbeit	Info. u. Zusage Heimleitung	2.3.	
17.10.12	13:00:00	14:30:00	01:30	Projektsitzung	Projektgruppe		
20.10.12	20:00:00	21:00:00	01:00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
15.11.12	16:00:00	18:00:00	02:00	Einzelarbeit	Vorbereitung auf Interview	2.9.	
16.11.12	09:30:00	13:00:00	03:00	Einzelarbeit	Interview	2.9.	

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

17.11.12	10:00:00	12:00:00	02:00	Einzelarbeit	pers. Einladung Ang.	2.8.	
19.11.12	20:00:00	21:00:00	01:00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
21.11.12	13:30:00	14:30:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
13.12.12	10:00:00	12:00:00	02:00	Einzelarbeit	MA-Einladung	2.5.	
17.12.12	17:00:00	19:00:00	02:00	Einzelarbeit	Recherche	1.2.	
03.01.13	10:00:00	11:30:00	01:30	Einzelarbeit	Vorbereitung auf Disk.	2.5.	
03.01.13	14:30:00	15:30:00	01:00	Einzelarbeit	MA-Befragung	2.9.	
08.01.13	16:00:00	18:00:00	02:00	Einzelarbeit	Transk. MA	2.11.	
08.01.13	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Transk. MA	2.11.	
10.01.13	15:30:00	18:30:00	03:00	Einzelarbeit	Transk. MA	2.11.	
10.01.13	21:00:00	22:30:00	01:30	Einzelarbeit	Transk. MA	2.11.	
14.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Beratung mit Mag. Gamsjäger		
16.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
17.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
21.01.13	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Recherche	1.2/1.3	
23.01.13	15:30:00	18:30:00	03:00	Einzelarbeit	Projektgruppe	2.11.	
23.01.13	20:00:00	23:00:00	03:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
24.01.13	20:30:00	23:10:00	02:40	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
25.01.13	20:00:00	23:00:00	03:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
26.01.13	16:00:00	18:30:00	02:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
26.01.13	20:30:00	22:30:00	02:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2.	
29.01.13	20:00:00	23:00:00	03:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2.	
05.02.13	10:00:00	13:30:00	03:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2.	
05.02.13	16:00:00	18:30:00	02:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2.	
05.02.13	20:00:00	23:30:00	03:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2./1.3.	
07.02.13	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2.	
09.02.13	16:00:00	18:00:00	02:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2./1.3.	

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

10.02.13	17:00:00	18:30:00	01:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	1.2.	
12.02.13	10:00:00	12:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
12.02.13	16:00:00	17:30:00	01:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
14.02.13	10:00:00	13:30:00	03:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
20.02.13	20:00:00	23:00:00	03:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
22.02.13	11:00:00	13:30:00	02:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
22.02.13	16:30:00	17:30:00	01:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
26.02.13	19:00:00	22:00:00	03:00	Projektsitzung	Projektgruppe		
05.03.13	20:00:00	22:00:00	02:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.2.	
12.03.13	16:30:00	18:30:00	02:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.2.	
14.03.13	19:30:00	23:00:00	03:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.2.	
19.03.13	10:00:00	13:30:00	03:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.2.	
19.03.13	16:30:00	19:00:00	02:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.2.	
21.03.13	16:30:00	18:30:00	02:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.2.	
25.03.13	09:00:00	12:00:00	03:00	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.2.	
25.03.13	20:00:00	23:30:00	03:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.2.	
27.03.13	05:00:00	06:30:00	01:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.2.	
27.03.13	10:00:00	12:30:00	02:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	3.2.	
28.03.13	10:00:00	12:30:00	02:30	Einzelarbeit	Projektarbeit	4.2.	
28.03.13	16:30:00	18:30:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
28.03.13	19:30:00	21:00:00	01:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
29.03.13	10:00:00	12:30:00	02:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
29.03.13	16:00:00	18:30:00	02:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
30.03.13	07:00:00	09:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
01.04.13	16:00:00	18:00:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
02.04.13	16:30:00	18:30:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
02.04.13	20:00:00	00:00:00	04:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
03.04.13	16:00:00	18:30:00	02:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
06.04.13	07:00:00	12:00:00	05:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
06.04.13	15:00:00	18:00:00	03:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

06.04.13	19:00:00	22:30:00	03:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
07.04.13	09:30:00	13:00:00	03:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
07.04.13	14:30:00	16:30:00	02:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
07.04.13	17:30:00	00:00:00	06:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
08.04.13	18:00:00	21:00:00	03:00	Projektsitzung	Abschlussarbeit Zusammenführung		
08.04.13	20:00:00	23:30:00	03:30	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
09.04.13	16:00:00	20:00:00	04:00	Projektsitzung	Abschlussarbeit Zusammenführung		
09.04.13	20:00:00	23:00:00	03:00	Einzelarbeit	Abschlussarbeit		
11.04.13	18:00:00	21:00:00	03:00	Projektsitzung	Abschlussarbeit Zusammenführung		
<b>Dauer gesamt:</b>			199:15:00				

## Lerngang Pflegemanagement 2011 - 2013

### Projekt: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

(individuelle) Zeitaufzeichnung von: Stefan Unterlechner

Zeitraum: von 21.05.2012 bis 11.04.2013

Termin	Zeit		Gesamt	Art *)	Themen	Arbeitspaket Nr.
	von	bis				
21.05.12	18:00:00	21:00:00	03:00:00	Sitzung	Projekt	3
22.05.12	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Sitzung	Projekt	1
23.05.12	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Sitzung	Projekt	1,5
12.06.12	09:00:00	12:00:00	03:00:00	Recherche	Projekt NaMar	1,5
12.06.12	14:00:00	18:00:00	02:00:00	Recherche	Fort Weiterbildung und	1,2
13.06.12	09:00:00	18:00:00	09:00:00	Recherche	Selbsthilfe Österreich	1,4
13.06.12	14:00:00	16:00:00	02:00:00	Recherche	Fort Weiterbildung und	1,2
14.06.12	11:00:00	13:00:00	02:00:00	Recherche	Fort Weiterbildung und	1,2
14.06.12	19:00:00	21:00:00	02:00:00	Recherche	Fort Weiterbildung und	1,2
15.06.12	08:00:00	11:00:00	03:00:00	Recherche	Fort Weiterbildung und	1,2
15.06.12	14:00:00	17:00:00	03:00:00	Recherche	Konsumentenschutz	1,4
16.06.12	08:00:00	16:00:00	08:00:00	Recherche	Selbsthilfegruppen	1,4
17.06.12	14:00:00	18:00:00	04:00:00	Recherche	Selbsthilfegruppen	1,4
18.06.12	18:00:00	22:00:00	04:00:00	Recherche	Bmask	1,5
19.06.12	10:00:00	13:00:00	00:30:00	Recherche	Projekt NaMar	1,5
20.06.12	11:00:00	11:30:00	00:30:00	Telefon Recherche	Demenzberatung Caritas Tirol	1,5
21.06.12	10:00:00	16:00:00	06:00:00	Recherche	Demenzberatung Caritas Tirol	1,5

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

22.06.12	09:00:00	09:30:00	00:30:00	Telefon Recherche	Projektthema nicht erforscht Caritas Tirol	1,5
23.06.12	16:00:00	22:00:00	06:00:00	Email	Department für Pflegewissenschaft Demenz	1,5
26.06.12	16:00:00	20:00:00	04:00:00	Schriftlich	Erstellung Expertenleitfaden	2,1
27.06.12	12:45:00	13:45:00	01:00:00	Projektsitzung	siehe Protokoll	
27.06.12	18:00:00	20:00:00	02:00:00	Projektsitzung	siehe Protokoll	
07.07.12	18:00:00	19:00:00	01:00:00	Schriftlich und versenden E Mail	Fertigstellung Expertenleitfaden	2,1
06.08.13	10:00:00	11:00:00	01:00:00	Schriftlich	Vorbereitung Pretest	2,1
10.08.13	15:00:00	17:00:00	02:00:00	Interview	Durchführung Pretest	2,1
14.08.13	14:00:00	16:00:00	02:00:00	Schriftlich	Auswertung Pretest	2,1
18.09.12	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Mag. Gamsjäger	Kontrolle Überarbeitung Expertenleitfaden	2,1
19.09.12	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Sitzung	Projekt	
19.09.12	18:00:00	19:45:00	01:45:00	Sitzung	Projekt	
02.10.12	09:00:00	12:00:00	03:00:00	Telefon	Expertensuche/Kollegen	2,2
04.10.12	10:00:00	14:00:00	04:00:00	Telefon	Kontaktaufnahme/Zusagen Experten	2,3
07.10.12	10:00:00	18:00:00	08:00:00	Email/Telefon	Information über Projekt an Experten	2,7
10.10.12	08:00:00	12:00:00	04:00:00	Telefon	Kontaktaufnahme/Zusagen Experten	2,3
17.10.12	13:30:00	14:30:00	01:00:00	Sitzung	Projekt	
23.10.12	09:00:00	12:00:00	03:00:00	Telefon, Email	Terminfixierungen	2,3



Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

21.11.12	13:30:00	14:30:00	01:00:00	Sitzung	Projekt	
11.12.12	14:00:00	16:00:00	02:00:00	Interview	Arzt	2,9
11.12.12	16:30:00	18:00:00	01:30:00	Interview	Pflege	2,9
			104:45:00			

Termin	Zeit		Gesamt	Art *)	Themen	Arbeitspaket Nr.
	von	bis				
17.12.12	14:30:00	16:30:00	02:00:00	Interview	Pflege	2,9
18.12.12	09:00:00	11:00:00	02:00:00	Interview	Pflege	2,9
18.12.13	12:00:00	14:00:00	02:00:00	Interview	Pflege	2,9
20.12.13	09:00:00	11:00:00	02:00:00	Interview	Pflege	2,9
02.01.13	08:00:00	09:00:00	01:00:00	Schriftliche Arbeit	Bevölkerungsprognose	
02.01.13	09:00:00	12:00:00	03:00:00	Schriftliche Arbeit	Krankheit Symptome Demenz	
02.01.13	12:00:00	13:30:00	01:30:00	Schriftliche Arbeit	Diagnoseerstellung	
02.01.13	13:30:00	15:00:00	01:30:00	Schriftliche Arbeit	Risikofaktoren	
03.01.13	08:00:00	10:00:00	02:00:00	Schriftliche Arbeit	Therapieformen	
03.01.13	10:00:00	11:30:00	01:30:00	Schriftliche Arbeit	Umgang mit Demenz	
03.01.13	14:00:00	15:30:00	01:30:00	Schriftliche Arbeit	Erfolge der Demenz	
04.01.13	09:00:00	11:30:00	01:30:00	Recherche	Interview	
08.01.13	10:00:00	11:00:00	01:00:00	Transkription	Interview Ärzte	2,10
10.01.13	09:00:00	11:00:00	02:00:00	Transkription	Interview Pflege	2,10
12.01.13	16:00:00	17:30:00	01:30:00	Transkription	Interview Pflege	2,10

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

13.01.13	20:00:00	22:00:00	02:00:00	Transkription	Interview Pflege	2,10
14.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Mag. Gamsjäger	Feedback	
16.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Sitzung	Projekt	
17.01.13	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Sitzung	Projekt	
21.01.13	19:00:00	21:30:00	01:30:00	Transkription	Interview Pflege	2,10
22.01.13	21:00:00	23:00:00	02:00:00	Transkription	Interview Pflege	2,10
31.01.13	08:00:00	12:00:00	04:00:00	Zusammenführen	Interview	2,10
09.02.13	09:00:00	15:00:00	06:00:00	Schriftliche Arbeit	Interpretation	2,12
10.02.13	17:00:00	21:00:00	04:00:00	Schriftliche Arbeit	Interpretation	2,12
16.02.13	18:00:00	22:00:00	04:00:00	Schriftliche Arbeit	Interpretation	2,12
18.02.13	08:00:00	18:00:00	10:00:00	Schriftliche Arbeit	Erfolgsfaktoren für die Umsetzung der Maßnahmen	4,4
20.02.13	20:00:00	23:00:00	03:00:00	Schriftliche Arbeit	Korrekturlesen	
23.02.13	08:00:00	18:00:00	10:00:00	Schriftliche Arbeit	Maßnahmen	
24.02.13	18:00:00	22:00:00	04:00:00	Schriftliche Arbeit	Resümee	
25.02.13	13:00:00	14:00:00	01:00:00	Mag. Gamsjäger	Feedback	
26.02.13	19:00:00	22:00:00	03:00:00	Projektteam	Projektsitzung	
02.03.13	20:00:00	23:00:00	03:00:00	Schriftliche Arbeit	Korrekturlesen	
03.03.13	15:00:00	22:00:00	06:00:00	Schriftliche Arbeit	Einleitung Demenzerkrankung	
04.03.13	20:00:00	23:00:00	03:00:00	Schriftliche Arbeit	Überarbeitung	

Abschlussarbeit: Professionelle Angehörigenarbeit von BewohnerInnen mit einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung im stationären Bereich

---

08.04.13	18:00:00	21:00:00	03:00:00	Abschlussarbeit	Zusammenführen	
09.04.13	16:00:00	20:00:00	04:00:00	Abschlussarbeit	Zusammenführen	
11.04.13	18:00:00	21:00:00	03:00:00	Abschlussarbeit	Zusammenführen	
			105:30:00			
<b>Dauer gesamt:</b>			<b>209,75</b>			

An Frau/Herr

.....

.....

.....

Ort, Datum

Einladung zur Gruppendiskussion zum Thema Angehörigenbetreuung

Sehr geehrte Frau/geehrter Herr !

Uns, dem ....., ist die gute Zusammenarbeit mit Angehörigen – speziell von BewohnerInnen mit Demenz ein besonderes Anliegen. Daher laden wir Sie zu einer Diskussionsrunde recht herzlich ein.

Datum:

Zeit:

Ort:

Ihre persönliche Meinung ist Uns sehr wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

In Anschluss laden wir Sie zu einem kleinen Imbiss ein.

Mit freundlichen Grüßen

An Frau/Herr

.....

.....

.....

Ort, Datum

Einladung zum Workshop Angehörigebetreuung

Liebe Mitarbeiterin!

Uns, dem ....., ist die gute Zusammenarbeit mit Angehörigen – speziell von BewohnerInnen mit Demenz ein besonderes Anliegen. Daher lade ich Dich zu einer Diskussionsrunde recht herzlich ein.

Datum:

Zeit:

Ort:

Deine persönliche Meinung ist mir sehr wichtig!

Ich freue mich auf Dein Kommen.

In Anschluss lade ich dich zu einem kleinen Imbiss ein.

Mit freundlichen Grüßen

Leitfaden für Expertenbefragung:

**Ablauf Interview:** Termin fixieren, Veröffentlichung der Expertenmeinung, ruhiger Raum, Diktaphon, ca. 1 Stunde.

Informationswesen an die Angehörigen

Wie erfolgt die Informationsweitergabe an die Angehörigen bezüglich der Diagnose

Reaktion bei der Diagnoseübermittlung

Ist die Information ausreichend

Kann man zu viel informieren

Fordern sie selbst mehr Informationen ein

Haben die Angehörigen für diese Diagnose Verständnis

Unterstützung/Begleitung von Angehörigen

Gibt es Richtlinien für Angehörige

Was wäre sinnvoll, um eine gute Begleitung der Angehörigen zu erzielen

Vorinformationen über eine eventuelle Heimeinweisung

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie empfinden sie als Experte die Zusammenarbeit zwischen Heimmitarbeiter und Angehörigen,- können sie das beurteilen

Wie erfolgt die Schnittstelle bei Einweisung in ein Heim, Schnittstelle Anfang - Angehörige, - Heimleitung,- MA des Heimes Schnittstelle Ende, aus der Sicht des Experten,

Probleme die immer wieder auftreten .....

Verbesserungsmöglichkeiten .....

Ideen die zur Erleichterung .....

Gesprächsleitfaden Gruppendiskussion:

„Grundreiz“

Denken Sie zurück an die Entscheidung – mein Angehörige (Vater, Mutter, Oma, Opa,.... vorher erfragen) wird ab nun in einem Heim leben

Unterstützung/Hilfe

Wie ist es Ihnen beim Einzug gegangen? – Ängste/Befürchtungen?

Wird die Lebensgeschichte, die Gewohnheiten und Vorlieben erfragt und in der Betreuung beachtet und geachtet?

Wurden Ihre Pflege-Erfahrungen (wenn Angehörige vorher selbst gepflegt - muss vor der Gruppendiskussion dem/der DiskussionsleiterIn bekannt sein) in die Betreuung miteinbezogen? Was hätten sie gebraucht - Was wäre für Sie besonders wichtig gewesen?

Was haben Sie als Unterstützung empfunden?

Jetzt-Situation:

Angehöriger lebt schon im Heim:

Wie erleben Sie die Situation jetzt – nach der Eingewöhnungsphase –

Was ist gut / was wäre hilfreich?

Informationswesen:

Wie haben sie von der Diagnose erfahren?

Wer hat Wie informiert?

Wie haben Sie das erlebt? Ängste/ Befürchtungen

Inwiefern werden Sie in die Alltagsgestaltung informiert?

Zusammenarbeit Angehörige ↔ Mitarbeiter

Wie erleben Sie Zusammenarbeit mit den Pflegenden?

Inwiefern werden Sie in die Alltagsgestaltung miteingebunden?

Was ist gut – wo gibt es „Reibungspunkte- was läuft nicht so gut?

Verbesserungsvorschläge:

Was könnte die Zusammenarbeit verbessern

Nichtziel der Gruppendiskussion:

Bewertung Pflegequalität im jeweiligen Heim

Kein Rahmen für einzelne Beschwerden

Auf diese Punkte wird keinesfalls eingegangen und die Angehörigen auf etwaige Sprechstunden hinweisen.



Gesprächsleitfaden Gruppendiskussion Mitarbeiter:

„Grundreiz“

Wie sieht für Euch das ideale Miteinander zwischen Angehörigen und Pflege aus?

Informationswesen

Sehen Sie sich von Angehörigen kontinuierlich über Lebensgeschichte und Gewohnheiten informiert?

Unterstützung/Hilfe

Inwieweit sehen Sie sich von Angehörigen im Tagesablauf der BewohnerInnen unterstützt?

Inwiefern sehen Sie eine Überforderung der Angehörigen im Umgang mit ihren an Demenz erkrankten Angehörigen?

Sehen Sie sich in Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Angehörigenarbeit und Supervision ausreichend von ihrer Organisation unterstützt und sind die bestehenden Angebote für Sie ausreichend?

Was wäre noch Hilfreich für Sie?

Von wem werden Sie in der Zusammenarbeit mit Angehörigen unterstützt?

Zusammenarbeit Angehörige –Mitarbeiter

Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Angehörigen?

Inwiefern sehen Sie Angehörige als zusätzliche Belastung?

Sehen Sie Angehörige als Unterstützung in der täglichen Betreuung?

Was würden Sie in der professionellen Zusammenarbeit mit Angehörigen brauchen oder wünschen?

Inwieweit profitieren Sie in der Zusammenarbeit mit Angehörigen von deren Erfahrungen („Laienprofis“).

Welche Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen wünschen sie sich?

Wo erleben Sie die meisten Konfliktsituationen mit Angehörigen?

Wie erleben Sie die BewohnerInnen nach einem Angehörigenbesuch?

Nichtziel der Gruppendiskussion –Bewertung der Pflegemitarbeiter im Umgang mit Angehörigen.

Keine Diskussion über einzelne Angehörige in der Organisation

## Transkription Beispiel Expertenbefragung (Stefan Unterlechner)

### Informationswesen an die Angehörigen

Wie erfolgt die Informationsweitergabe an die Angehörigen bezüglich der Diagnose

Sie erfolgt durch den diagnostizierten Arzt, meist sind es Neurologen aber auch die Gedächtnisambulanz vor Ort. Interessierte Junge Praktische Ärzte überweisen auch an einer dieser Gedächtnisambulanzen. Leider gibt es Praktische Ärzte die diese Diagnose nicht ernst nehmen. In der Gedächtnisambulanz liegen Folder über Demenz auf.

### Reaktion bei der Diagnoseübermittlung

Meistens ist es keine Überraschung seitens der Angehörigen, da sie wissen, dass etwas nicht stimmt. Bekommen die Bestätigung für ihre Vermutung. Trotzdem ist es für manche Angehörige ein Schock. Durch die Diagnosestellung ist es Realität geworden.

Männer suchen für ihre Frauen sofort Hilfe für ihre Frauen.

Frauen suchen erst viel später Hilfe da sie glauben sie können damit selber umgehen.

### Ist die Information ausreichend

Ärzte informieren über Medikamentöse Therapie. Pflegeauskunft erfolgt seitens der Ärzte kaum. Erfolgt seitens der Pflege bei der Pflegeeinstufung. Beratung der Pflege für die Angehörige ist enorm wichtig. Selbsthilfegruppen sind ein wesentlicher Bestandteil.

### Kann man zu viel informieren

Ist aus meiner Sicht schwer beurteilbar

Fordern sie selbst mehr Informationen ein

Ist unterschiedlich. Oftmals mehr dann wieder weniger

### Haben die Angehörigen für diese Diagnose Verständnis

Meistens ist es keine Überraschung seitens der Angehörigen, da sie wissen dass etwas nicht stimmt. Bekommen die Bestätigung für ihre Vermutung. Trotzdem ist

es für manche Angehörige ein Schock. Durch die Diagnosestellung ist es Realität geworden

Unterstützung/Begleitung von Angehörigen

Gibt es Richtlinien für Angehörige

Aktion 80 plus – ist eine Aktion wo alle Menschen die diesen Altersabschnitt erreicht haben einen Beratungsscheck erhalten. Bei Erhalt erfolgt eine persönliche Kontaktaufnahme mittels Telefon. Bei Wunsch wird ein Beratungstermin vereinbart.

Aktion 90 plus – erfolgt abermals das gleiche Prozedere wie oben beschrieben. Bei dieser Personengruppe ist der Zugang eher schwierig, da die Akzeptanz dafür fehlt.

Personen mit 60 plus, sind bereits offener und informieren sich selber.

Generell gilt eine Bring und Holschuld

Was wäre Sinnvoll, um eine gute Begleitung der Angehörigen zu erzielen

Case and Care Management. Es erfolgt alles von der Zentrale beim ISD. Es wird auch in Heimen Vermittelt die dem ISD nicht angehören. Aufgrund des mobilen Dienstes kann auch schon im Vorfeld erkannt werden, ob eine Heimeinweisung in absehbarer Zeit zu erfolgen hat.

Ein Angehöriger benötigt sehr viel Verständnis und Empathie.

Vorinformationen über eine eventuelle Heimeinweisung

Verwaltung, Finanzielles (Pension, Pflegegeld, Taschengeld) Ummelden, Heimaufenthalt, Heimgesetz, Heimvertrag mit Bewohner und ISD,

Für viele Angehörige ist diese Info Flut zu groß um sie verarbeiten zu können. Dadurch geht einige Information die natürlich wichtig ist verloren. Der Grund liegt darin, dass sie oft unter Druck stehen ihren Angehörigen in ein Heim einweisen zu müssen, da es schnell gehen muss.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie empfinden sie als Experte die Zusammenarbeit zwischen Heimmitarbeiter und Angehörigen,- können sie das beurteilen

Wir versuchen in unserem Unternehmen die Angehörigen mit einzubeziehen. Es gibt Bewohner die den Mitarbeiter nichts sagen trauen was sie gerne möchten und sich dann ihren Angehörigen anvertrauen. Dadurch gibt es ein Unverständnis seitens der Angehörigen warum man nicht auf die Wünsche des Bewohners eingeht. Oft sind es Missverständnisse wo es zu Konflikten kommt, die durch ein Gespräch gelöst werden könnten. Die Pflege sieht sich nach wie vor in erster Reihe und nicht in der zweiten Reihe. Dadurch könnten sie viel Objektiver Situationen beurteilen. Angehörige müssen an erster Stelle stehen um die Vorlieben des Bewohners zu erfragen. Es ist wichtig, was der Bewohner wirklich möchte in seinem Lebensabschnitt. Eine Biographie eines Bewohners ist schwierig zu eruieren da man nicht weiss ob er Biographisch diesen Lebensabschnitt bereits abgeschlossen hat. z.B: Hat als jugendlicher gerne diesen Musikstil gehabt. Jetzt in seinem Alter hat er musikalisch ganz andere Vorlieben. Darum sind die Angehörigen sehr wichtig um zu erfragen was der Bewohner für Vorlieben zurzeit hat und die MitarbeiterInnen müssen dies auch verstehen.

Wie erfolgt die Schnittstelle bei Einweisung in ein Heim, Schnittstelle Anfang - Angehörige, - Heimleitung,- MitarbeiterInnen des Heimes Schnittstelle Ende, aus der Sicht des Experten

Die Einweisung zu einem der ISD Heime erfolgt über eine eigene Zentrale. Diese Beschäftigt sich ausschließlich mit allen Bürokratischen Elementen. Hier gibt es eigene Richtlinien über die Heimeinzugsgestaltung.

Wenn wir die BewohnerInnen in ein Krankenhaus einweisen müssen, erhalten wir keine Informationen über den BewohnerInnen mehr – Datenschutz. Wir sind dadurch auf die Angehörigen angewiesen um über unseren BewohnerInnen Informationen zu erhalten:

- Wie geht es ihm
- Liegt er im sterben
- Erfolgte eine weiter Transferierung

Es bestehen zurzeit Bemühungen mit unserem örtlichen Krankenhaus, dass wenn der ISD sich über den BewohnerInnen Erkundigungen einholen möchte die auch erhält, wenn der BewohnerInnen in ein anderes Krankenhaus verlegt worden ist. Momentan erhält man diese Information nicht. Dies ist für uns auch in Bezug einer neuen Einstufung wichtig damit wir dem Arzt sagen können wo der BewohnerInnen sich zurzeit befindet.

Die Rücküberweisung vom Krankenhaus zu uns in das Heim ist leider oft mangelhaft. BewohnerInnen kommen in einem schlechteren Allgemeinzustand mit einer Mangelhaften Dokumentation. Die Angehörigen werden auch nicht informiert über die Rücküberweisung in das Heim.

Probleme die immer wieder auftreten .....

Dass die Angehörigen

- zu wenig Information über den Krankheitsverlauf besitzen
- zu wenig Informationen über Verschlechterung erhalten
- das Heimgesetz nicht kennen

Feinheiten der Sprache

Verständnis für die Erkrankung, Angehörige und Mitarbeiter.

Mit Emotionen umgehen lernen – Mitarbeiter Innen, nichts persönlich nehmen vom Bewohner

Ältere Menschen 80 plus, haben Berührungängste mit einem Heim. Bei dieser Personengruppe

Angehörige benötigen oft mehr Betreuung und Zuwendung als ihre Schützlinge selbst. Es kommt häufig zu Gewissenskonflikte, wenn sie die Leistungen selbst nicht erbringen können oder wollen und Fremdhilfe beanspruchen. Nicht nachvollziehbare Unzufriedenheit, indem nichts passt, was in einem Heim geschieht, wurzelt in dieser Gegebenheit und es bedarf viel psychologischem Gespür mit dieser Tatsache umzugehen. Es bedeutet auch, dass wir in der Pflege mehr aushalten müssen, als sonst im Umgang im Alltag üblich ist.

Verbesserungsmöglichkeiten .....

Aufklärung seitens der Hausärzte, Krankenhäuser und Fachärzte um was es eigentlich bei dieser Erkrankung geht.

Deutschsprachiges Personal

Mehr psychiatrisches geschultes Personal in den Heimen

Angehörige sollte das Heim informieren wie es den BewohnerInnen im Krankenhaus ist, wie es ihm geht.

Wenn der Bewohner aggressiv ist, versuchen den Auslöser zu eruieren. Oft ist es nur eine Kleinigkeit die den Bewohner Aggressiv macht. Mit den

richtigen Maßnahmen kann man das verhindern. Z.B: Wenn der BewohnerInnen nicht am Morgen duschen will, sondern er gewöhnt ist am Abend. – Pflege sollte aus der zweiten Reihe denken.

Bedürfnisse der Angehörigen und Bewohnern muss man erkennen.

Vorträge in der Öffentlichkeit durchführen, um den Mitmenschen die Angst eines Heimes zu nehmen. Was wird in einem Heim geboten, Heimgesetz, Besichtigen eines Heims, Organisation, Aktivitäten

Mehr mit Vereinen zusammenarbeiten, da es in Vereinen viele ältere Menschen gibt.

Eng mit der Politik zusammenarbeiten

Wahlmöglichkeiten im Extramoralen Bereich – Johanniter, Caritas, Samariterbund

Heimanwaltschaft vermehrt nutzen, dies ist eine Installierte Stelle vom Land Tirol wo sich Angehörige Beschwerden können.

Ideen die zur Erleichterung .....

Offene ehrliche Kommunikation mit den Angehörigen

Vor Einweisung in das Heim sollte eine Vollständige Aufklärung über Verwaltung, Finanzielles, Ummelden, Heimaufenthalt Gesetz, Heimvertrag mit Bewohner und ISD,

Es sollte in der Pflegedokumentation vermerkt werden, „wann“ die Angehörigen verständigt werden möchten.

Jegliche Veränderung am Bewohner sollte den Angehörigen gemeldet werden. Damit sind sie Informiert und es gibt keine Konflikte.

Man soll: kritikfähig, konfliktfähig, lösungsorientiert, offen sein

Wichtig ist, dass man auch Fehler eingesteht und man auch diese Reflektiert. Akzeptanz ist ein wesentlicher Faktor.

Kriterienkatalog für eine Aufnahme in ein Heim, z.B: Wohnungssituation, Familiensituation, Heizungsperiode

Enger mit dem Extramoralen Bereich zusammenarbeiten, um zu erfahren ob eine Heimeinweisung in Zukunft bevorsteht. Dadurch kann man früher mit den Angehörigen Kontakt aufnehmen und sie Vorbereiten.

Vorträge für ehrenamtliche Mitarbeiter abhalten

Angehörigennachmittage oder Abende einführen, wo sich Angehörige austauschen können.

Nachdem sich für den Heimbeirat (Heimgesetz des Landes Tirol) nur noch wenige Bewohner finden, die kognitiv in der Lage sind, ihre Wünsche und Anregungen auszusprechen,, werden dazu Angehörige beigezogen und eingeladen.



## Interpretation Gruppendiskussion Angehörige (Hermine Schneeberger)

### Fokusgruppe 1:

Der Grundreiz der Gesprächsrunden war „Erinnern Sie sich zurück an folgende Situation – Mein Angehöriger wird ab nun in einem Heim leben. Wie ist es Ihnen beim Einzug in das Heim ergangen?“

In der Diskussionsrunde 1 haben 3 von den 5 TeilnehmerInnen angegeben, dass der Entschluss, den Angehörigen zur Betreuung in ein Heim zu geben, keine Ängste oder Befürchtungen bei ihnen ausgelöst hat. Eine Person (A1) sagte, dass er sein sehr rationaler Mensch sei, und für ihn sei keine andere Möglichkeit Frage gekommen. Eine 24-Stunden-Betreuung hätte er nicht in Betracht gezogen, da er damit in seinem Bekanntenkreis schlechte Erfahrungen gemacht habe und er trotzdem sich in der Verantwortung gefühlt hätte –er wäre mehr „angehängt“, müsse sich auch noch um die Schwestern kümmern. Die Person A2 gab an, für sich auch keine andere Möglichkeit als eine Heimbetreuung gesehen zu haben. Seine Frau wurde immer vergesslicher und hat eines Tages nach einem Arztbesuch, der nur über die Straße entfernt ist, nicht mehr nach Hause gefunden und damit einen Großeinsatz der Polizei und Feuerwehr inklusive Hubschrauber zur Suche ausgelöst. Dies war für ihn der Zeitpunkt der Entscheidung, die Gattin in einer Institution betreuen zu lassen, da er selbst schon 83 Jahre alt ist und mit der immer zu nehmenden Demenzerkrankung überfordert war. Ebenso habe ihn die Veränderung im Wesen der Gattin durch die Demenzerkrankung sehr mitgenommen.

Er fühle sich, seit die Gattin im Heim betreut ist, bei weitem besser und es gehe ihm persönlich auch gesundheitlich besser.

Der Diskussionsteilnehmer A4 gibt an froh zu sein, dass sein Mutter jetzt im Heim ist. Er habe immer Ängste gehabt, wenn sie alleine zu Hause war, trotz einer „Rufuhr“. Er sagte, er sei immer unruhig gewesen und bei jedem Telefonklingel war er sehr angespannt, in der Angst es könnte zu Hause bei der Mutter, die ja alleine lebte, etwas passiert sein. In der letzten Zeit bevor sie ins das Heim kam, war sie 5 -6 Mal gestürzt, da sie auch Diabetikerin ist und im Umgang mit dem

Insulin nicht verlässlich war. Zum Schluss konnte sie die Rufuhr nicht mehr bedienen. Für die Person A4 war das der Auslöser, die Mutter im Heim versorgen

zu lassen. Er sagt, er habe deswegen kein schlechtes Gewissen, weil es die Mutter dann ja auch wollte.

Für 2 der TeilnehmerInnen war die Tatsache, für die Betreuung des Angehörigen nicht mehr aufkommen zu können sehr schwer. Die Person A3 gab an, die Mutter 10 Jahre neben einer Berufstätigkeit zu Hause versorgt zu haben. Die Situation sei für sie äußerst schwierig gewesen da, die Mutter überhaupt nicht einsichtig war und sehr wesensverändert war. Sie sagte, dass speziell die letzten 4 Jahre sie am Rande ihrer Kräfte war. Und dass sie nach einem Krankenhausaufenthalt hier ein Zimmer bekommen habe, was für sie eine große Erleichterung aber auch ein gewisse Enttäuschung schwang mit, es trotz aller Bemühungen nicht geschafft zu haben. Die Person (A3) gab an, dass am Ende aber doch die Entlastung, die durch die Heimbetreuung da war, sehr wichtig für sie war. Sie sagte ebenfalls aus, dass sie es genieße, nun wieder in Ruhe arbeiten gehen und wieder einmal in Urlaub fahren zu können.

....."ich bin dankbar, dass ich jetzt wieder arbeiten gehen kann, ohne dass mir ein Magengeschwür aufgeht".....

„Für sie wäre es auch immer klar gewesen, nicht jegliche Verantwortung an das Heim abzugeben und sie meinte, es liege viel in der Eigenverantwortung, sich um manche Sachen auch weiterhin zu kümmern. Daher habe sie auch keine Ängste und Befürchtungen gehabt, da sie sich auch weiterhin aktiv an der Betreuung ihrer Mutter beteilige, und das vom Heim sehr begrüßt und gefordert wurde.

Die Teilnehmerin A5 gab an, sehr schwer damit fertig geworden zu sein, die Mutter in eine Betreuungsinstitution zu geben. Sie habe ein sehr schlechtes Gewissen gehabt. Sie hat als Alleinerzieherin einer 12jährigen Tochter und trotz Berufstätigkeit die Mutter, die im Nebenhaus wohnte betreut. Anfangs auch noch den Ex-Schwiegervater. Sie sagte, sie habe für alle gekocht, geputzt, eingekauft, Medikamente besorgt. Dann sei ihr das alles zu viel geworden und sie ist in ein „Burn out“ gefallen. Dann wurde ihr bewusst, es nicht alleine zu schaffen und sie holte sich Unterstützung stundenweise bei der Volkshilfe. Doch diese Hilfe war zu wenig. Die Person A5 gab an, dass ihre Mutter ständig die Tabletten verwechselte und es schwer war, die Wohnung sauber zu halten, wegen der verlorengegangenen Fähigkeiten, sich selbst sauber zu halten, z.B. Leibstuhl in der Wohnung ausgeleert. Als dann auch nachts häufig aus dem Bett stürzte und sie wieder am Rande eines Nervenzusammenbruchs stand, konnte sie sich

entscheiden, die Mutter in einem Heim betreuen zu lassen. Die Teilnehmerin gibt zugleich aber auch an, dass sie anfangs in ein Loch gefallen sei, und mit der nun vorhandenen Zeit nichts rechtes anzufangen wusste.

Die Moderatorin möchte wissen, ob die Lebensgeschichte der Bewohner erfragt und berücksichtigt wird.

Die Gesprächsteilnehmerin A5 gab an, dass die Lebensgeschichte beim Eintritt ins Heim geschrieben wird. Sie sagt, dass sie von den MitarbeiterInnen des Heimes erfahren hat, dass von jedem Bewohner eine Biographie geschrieben wird. Sie hat das gemeinsam mit ihrer Mutter und einer Pflegerin gemacht. Soweit es möglich war, hat die Mutter selbst noch Angaben gemacht und wo sie es nicht mehr wusste, wurde sie als Tochter mit eingebunden. Sie hat das als sehr gut empfunden. Sie sagt außerdem, dass ihre Mutter ihren Tagesablauf so fast gestalten kann, wie es von zu Hause gewohnt ist und auf Veränderungen wird Rücksicht genommen. Auch die Person A3 hat den Eindruck, dass sehr gut auf die Lebensgeschichte ihrer Mutter eingegangen wird auch auf die Veränderungen. Sie gab zum Beispiel an, dass ihre Mutter immer sehr süß gegessen hat, dass sie das aber jetzt nicht mehr mag und darauf wird entsprechend beim Essen reagiert. Ihre Mutter sei zudem sehr gebildet und kunstinteressiert. Die Pflegemitarbeiter unterhalten sich mit ihr darüber und das freut sie. Da hat sie noch nichts vergessen.

Der Gesprächsteilnehmer A4 gibt in diesem Zusammenhang auch an, dass seine Mutter, die immer sehr früh schlafen gehen möchte, das auch darf und ist ebenfalls der Meinung, dass die Biographie gut in die tägliche Arbeit integriert ist.

Alle Diskussionsteilnehmer, die den/die Angehörigen/Angehörige zu Hause selbst gepflegt hatten, gaben auch an, dass ihre Laienerfahrung respektiert wurde, und sie hätten den Eindruck, dass dies auch in die alltägliche Pflege miteinbezogen würde, soweit sie das beurteilen können.

Die Moderatorin möchte wissen, was die Angehörigen beim Einzug als besonders hilfreich empfunden haben.

Als sehr besonders wichtig und eine gute Unterstützung beim Heimeinzug haben die Angehörigen die besonders freundliche Atmosphäre, die in diesem Heim herrscht hervorgehoben.

Die Person A3 gab, an dass sie sich mehrere Heime angeschaut habe. In Institution habe sie gleich beim Hereinkommen ein gutes Gefühl gehabt. *„Ich habe gespürt, hier sind Menschen.“*

Die Person A3 gab, an dass sie sich mehrere Heime angeschaut habe. In Institution habe sie gleich beim Hereinkommen ein gutes Gefühl gehabt. *„Ich habe gespürt, hier sind Menschen. Es muss nicht das modernste sein, aber es muss ein Herz drinnen sein und das habe ich hier gespürt“.*

A1 gab ebenfalls an, dass er das Umfeld hier für die Menschen als sehr gemütlich, heimelig und ansprechend findet, obwohl es nicht um ein neugebautes Haus handelt.

Dies gaben auch die Personen A2 und A5 an. Sie sprachen ebenso über die Freundlichkeit der Heimmitarbeiter aller Berufsgruppen aus und sie gaben an, sich auch gleich willkommen gefühlt zu haben.

Auf die Frage, ob sie etwas beim Heimeinzug vermisst hätten, oder sie mehr Unterstützung gebraucht hätten, waren alle Diskussionsteilnehmer der Meinung, dass für sie die nötige Unterstützung da war.

A3 gab, an sie glücklich sei, dass hier das alles so gut passt und dass sie das richtige Heim für sie und ihre Mutter gefunden hat, und sie zu Fuß zu Besuch kommen kann. Sie genieße die räumliche Nähe. Das ist auch für A4 und A5 ein positiver Aspekt, um jederzeit schnell auf Besuch kommen zu können.

Auch mit der aktuelle Pflege- und Betreuungssituation sind alle anwesenden Personen sehr zufrieden.

Informationswesen:

Die Frage, wie die Diskussionsteilnehmer über die Diagnose erfahren haben, wurde sehr unterschiedlich beantwortet. A3. gab an, selbst darauf gekommen zu sein. Der Hausarzt veranlasste die Überweisung zu einem Neurologen. Durch einen Minimental-Test wurde die selbstgestellte Diagnose bestätigt. Sie gab, es schon lange vermutet zu haben, es ihr dann aber schwer gefallen sein, es wahrhaben zu wollen. Sie sagte, sie haben einen Hausarzt, den sie auch privat sehr gut kenne und der nimmt sich schon Zeit für Gespräche. Beim Facharzt Informationen zu bekommen sein schon schwieriger. Das geschieht nur auf konkretes Nachfragen.

Die Person A1 gab an, mit seiner Mutter zu Hausarzt gegangen zu sein, als er bemerkte, dass sie immer vergesslicher wurde und so eine Art „Verfolgungswahn“ hatte. Dieser sei seiner Meinung nach sehr salopp damit umgegangen. Der Arzt habe gesagt, dass sie froh sein solle, wenn sie sich nicht mehr alles merkt. Sie brauche eh nicht mehr so viel. A1 sagte aus, dass er sich die ersten Informationen über Demenz aus dem Internet geholt zu haben. Die Person A1 äußerte schon auch Verständnis für den Hausarzt, da im Warteraum oft 20 Patienten auf einmal sitzen und er nur 5 Minuten Zeit hat für Gespräche.

Die Teilnehmer A1 und A4 gaben an, dass über einen möglichen Krankheitsverlauf nicht gesprochen wurde.

Über die Alltagsgestaltung ihrer Angehörigen werden die Teilnehmer für sie ausreichend informiert. A4 äußerte sich außerdem sehr zufrieden über die Angebote der Seniorenbetreuung.

Die Moderatorin möchte wissen, wie die Zusammenarbeit mit den Pflegenden hier erlebt wird.

Die Person A3 gibt an, es sehr gut und positiv zu empfinden. Es ist immer jemand da und sie habe noch nie jemanden grantig oder ungeduldig erlebt. Sie kommt jeden Tag und sie fühlt sich sehr wohl.

A5 gibt an, sie habe vollstes Vertrauen in die Pflegepersonen und es hat noch nie etwas gegeben, das für sie nicht gepasst hätte.

A2 fühlt sich gemeinsam mit seiner Gattin hier auch sehr gut aufgehoben und gab auch an, viel Vertrauen in die Pflegepersonen zu haben. Er verbringt täglich den Nachmittag hier er hat das Gefühl, er gehört hier irgendwie dazu.

Die Moderatorin möchte wissen, inwiefern die Angehörigen in die Alltagsgestaltung mit eingebunden werden.

A2 gibt an, da er viele Stunden hier verbringt, ist er ein Teil des Alltages seiner Frau, er genieße das sehr und ist dankbar, dass er das hier so leben darf.

A3 empfindet die Einbindung auch gut und ist der Meinung, dass da viel in der Eigenverantwortung der Angehörigen liegt, wer sich wie weit einbringen möchte.

A1 möchte aber keine Verpflichtung dazu eingehen. Er besuche seine Mutter regelmäßig, aber mehr könne bzw. möchte er nicht dazu erbringen. Deswegen habe er sich ja für eine Heimbetreuung entschieden.

Die Moderatorin möchte abschließend noch wissen, was die Zusammenarbeit noch verbessern könnte.

äußerte schon auch Verständnis für den Hausarzt, da im Warteraum oft 20 Patienten auf einmal sitzen und er nur 5 Minuten Zeit hat für Gespräche.

Die Teilnehmer A1 und A4 gaben an, dass über einen möglichen Krankheitsverlauf nicht gesprochen wurde.

Über die Alltagsgestaltung ihrer Angehörigen werden die Teilnehmer für sie ausreichend informiert. A4 äußerte sich außerdem sehr zufrieden über die Angebote der Seniorenbetreuung.

Die Moderatorin möchte wissen, wie die Zusammenarbeit mit den Pflegenden hier erlebt wird.

Die Person A3 gibt an, es sehr gut und positiv zu empfinden. Es ist immer jemand da und sie habe noch nie jemanden grantig oder ungeduldig erlebt. Sie kommt jeden Tag und sie fühlt sich sehr wohl.

A5 gibt an, sie habe vollstes Vertrauen in die Pflegepersonen und es hat noch nie etwas gegeben, das für sie nicht gepasst hätte.

A2 fühlt sich gemeinsam mit seiner Gattin hier auch sehr gut aufgehoben und gab auch an, viel Vertrauen in die Pflegepersonen zu haben. Er verbringt täglich den Nachmittag hier er hat das Gefühl, er gehört hier irgendwie dazu.

Die Moderatorin möchte wissen, inwiefern die Angehörigen in die Alltagsgestaltung mit eingebunden werden.

A2 gibt an, da er viele Stunden hier verbringt, ist er ein Teil des Alltages seiner Frau, er genieße das sehr und ist dankbar, dass er das hier so leben darf.

A3 empfindet die Einbindung auch gut und ist der Meinung, dass da viel in der Eigenverantwortung der Angehörigen liegt, wer sich wie weit einbringen möchte.

A1 möchte aber keine Verpflichtung dazu eingehen. Er besuche seine Mutter regelmäßig, aber mehr könne bzw. möchte er nicht dazu erbringen. Deswegen habe er sich ja für eine Heimbetreuung entschieden.

Die Moderatorin möchte abschließend noch wissen, was die Zusammenarbeit noch verbessern könnte.

## Fokusgruppe 2

Der Grundreiz der Gesprächsrunden war „Erinnern Sie sich zurück an folgende Situation – Mein Angehöriger wird ab nun in einem Heim leben. Wie ist es Ihnen beim Einzug in das Heim ergangen

In dieser Diskussionsrunde gaben 3 von 5 Teilnehmern an, dass die Entscheidung für eine Heimbetreuung emotional sehr schwer war.

A1 gibt an, dass es für sie schwierig war, den Angehörigen in eine fremde Umgebung und fremden Menschen zur Betreuung zu überlassen. Der Gedanke, dass er sich in der neuen Umgebung nicht wohl fühlen könnte, er sich in der neuen Umgebung nicht zu recht finden könnte, und dass der ungewohnte Lebensrhythmus ihn noch mehr verwirrt und er einsam sein könnte, machte ihr anfangs sehr zu schaffen. Doch die Notwendigkeit einer Heimbetreuung, da sich selbst berufstätig war, war unumgänglich. Das Vertrauen, dass er in diesem Heim gut aufgehoben ist, erleichterte für sie die Situation.

Die Teilnehmerin A2 gab sogar an, dass für sie „das in das Heim bringen“ ihres Angehörigen schlimmer war, als dann sein Sterben. (war im Mai 2012 verstorben). Sie hat ihren Gatten über 2 Jahre zu Hause betreut und hat sich in dieser Situation sehr allein gelassen gefühlt. Das extramurale Angebot an Hilfe war für sie nicht ausreichend, da ihr Angehöriger rund um die Uhr eine Person zu Pflege benötigt hat. Eine 24-Stunden-Pflege war nicht möglich, da das Platzangebot in der Wohnung nicht vorhanden war. Sie gab an, in dieser Situation sehr überfordert gewesen zu sein. Die sozialen Kontakte sind verlorengegangen und sie hat in dieser Zeit kaum ein paar Minuten für sich selbst gehabt. Eine Heimunterbringung war sie dann notwendig, da ihr Angehöriger sich sehr in seiner Persönlichkeit verändert und sie geschlagen hat. Auch konnten die erforderlichen Hygienemaßnahmen (Körperpflege und Ausscheidungen) zu Hause von ihr nicht mehr erbracht werden.

Gesprächsteilnehmerin A3 sagte, dass auch für sie und ihre Familie nicht einfach war, ihre Angehörige in ein Heim zu Betreuung zu geben, da ihre Mutter immer sagte, so was käme für sie nie in Frage. Eine 24-Stunden-Pflege war keine Option, da der Ehemann keine fremden Personen im alten Bauernhaus haben wollte. A3 gab an, dass neben der Berufstätigkeit mit der zunehmenden Demenz die Pflege zu Hause nicht mehr möglich war, da sie zudem nicht in dem Haus wohnte.

Die Person A4 gab an, dass ihre Eltern gemeinsam in das Heim gekommen sind, wobei der Vater schon nach 6 Wochen verstorben ist. Die Mutter ist dann geblieben. Da die Betreuung durch sie und ihre Schwester nicht zu erbringen war. Die Mutter würde gerne wieder heimgehen, aber nur, wenn sie sich selbständig versorgen könnte, doch das ist durch die Demenz nicht möglich. Sehr schlimm empfindet sie den Druck von außen, der auf sie einwirkt, warum die Betreuung nicht von ihr oder der Schwester übernommen würde. Das ist für sie sehr belastend. Sie gibt an, bei Freizeitaktivitäten ein schlechtes Gewissen zu haben und sie empfindet es als unangenehm, wenn jemand aus der Nachbarschaft oder der Umgebung sie dabei sieht. Die öffentliche Meinung ist, dass sie die Freizeit ja im Heim bei Mutter verbringen solle.

A4 gab an, dass er die einzige Bezugsperson für seinen Angehörigen sei, seit seine Gattin an Brustkrebs verstorben ist. Seine Schwiegereltern waren schon gemeinsam im Heim, seit seine Gattin erkrankt ist, die sich vorher um sie Pflege gekümmert habe. Für ihn ist die Heimbetreuung die optimale Wohnform für seinen Schwiegervater und er gab an, hier sehr zufrieden zu sein.

A5 machte dazu keine Angaben.

Die Moderatorin möchte wissen, ob die Lebensgeschichte – die Biographie erfragt wird und in der Betreuung beachtet und geachtet wird?

Auf die Frage nach der Erhebung der Biographie machten die Diskussionsteilnehmer sehr unterschiedliche Angaben.

A1 gibt an, sie habe schon den Eindruck, dass auf die Lebensgeschichte eingegangen wird. Auf ein strukturiertes Gespräch oder Fragebogen könne sie sich nicht erinnern. Sie sagte auch aus, dass viele PflegerInnen zu ihrem Vater Kapitän sagten, da er aus Hamburg komme, was er aber nie war. Grundsätzlich würde sie das schon begrüßen, wenn so ein Gespräch beim Einzug stattfinden



würde mit dem künftigen Bewohner oder einem Angehörigen, da das in Betreuung für sie schon Qualität hätte. Das Personal wäre über den neuen Bewohner informiert und würde sich in der Kommunikation leichter tun, es gäbe leichter Anknüpfungspunkte. Sehr gut ist, dass die Bewohner eigene Möbelstücke und Erinnerungsstücke mitbringen können und sich den neuen Lebensraum ein wenig gestalten können.

A2 sagte aus, sich schon erinnern zu können, dass manches gefragt wurde, aber nicht forciert.

Viele Informationen seien ein Zufallsprodukt und stellen sich erst im Laufe der Zeit heraus.

A3 gab an, dass beim Essen nach Lieblingsspeisen und Vorlieben gefragt werde und dies nach Möglichkeit berücksichtigt werde. Ihr ist aber auch bewusst, dass ein Pflegeheim nicht das zu Hause ist und vieles nicht so möglich, wie es der Bewohner gewohnt ist.

A4 ist der Meinung, dass bei ihrer Angehörigen mehr auf die persönlichen Wünsche eingegangen werden könnte. Die Bewohnerin empfindet zum Beispiel, dass sie immer das Essen gemeinsam mit den andern Mitbewohnern einnehmen muss als Plage, denn sie wäre viel lieber alleine im Zimmer. A4 befindet, darauf sollte mehr Rücksicht genommen werden.

A5 gab an, dass er gemeinsam mit seiner Frau einen ausführlichen Bogen ausgefüllt zu haben, bei dem die ganze Lebensgeschichte erfragt wurde.

Die Moderatorin möchte wissen, was die Angehörigen beim Einzug als besonders hilfreich empfunden haben.

A1 gibt an, dass es für sie und ihren Vater sehr hilfreich war, sich das Heim gemeinsam anzusehen und dann schließlich eine gemeinsame Entscheidung zu treffen. Das Einverständnis des Vaters zu der neuen Wohnform war sehr erleichternd. Außerdem sagte sie aus, dass die Freundlichkeit und das Bemühen der Pflegekräfte beim Einzug sehr gut waren.

A3 sagte, dass sie die Mutter schon einmal in der Kurzzeitbetreuung war und sie die Mitarbeiter schon gekannt habe und die sie damals sehr zufrieden war. Auch sie lobte die Freundlichkeit der gesamten Mitarbeiter.

A2 sagte aus, dass ihr Vater schon in der Tagesbetreuung und daher schon bekannt gewesen sei. Das habe ihren Angehörigen den Einzug ins Heim sehr erleichtert, da ihm dadurch vieles schon bekannt war.

A5 gab an, dass er auch von der Menschlichkeit der Heimleitung sehr beeindruckt sei: „Wie der Herr- so Gscherr“ – dieses Sprichwort käme hier gut zum Tragen. Gleich nach den ersten Gesprächen sei er davon überzeugt gewesen, dass diese Einrichtung die Richtige für seinen Schwiegervater sei. Er besuche seinen Angehörigen schon 31/2 Jahre und er habe noch nie eine Pflegerin gesehen, die grantig und ungeduldig gewesen wäre. Dies findet er überaus beeindruckend.

Die Moderatorin möchte wissen, ob die Pflegeerfahrung der Angehörigen in die Betreuung mit einbezogen werden.

A2 gab an, dass soweit es den Betreuungspersonen möglich war, schon die Erfahrungen mit einbezogen wurden. Ihr Vater war beim Heer und war ein Frühaufsteher und das wurde schon berücksichtigt. Zudem war die Erfahrung, die sie in der Pflege ihres Gatten mitgemacht hätte schon wichtig gewesen für die Betreuung, denn er wäre schon zu Hause sehr verhaltensauffällig gewesen. Er habe sie geschlagen und wollte nicht gewindelt werden.

A4 sagte, dass ihre Erfahrungen mit der Pflege zu Hause den PflegerInnen wohl bekannt wären, aber dies in der Heimbetreuung mit den personellen Ressourcen nicht immer möglich sei, zum Beispiel abends duschen oder ein Fußbad vor dem Schlafen. Sie erkenne aber schon ein Bemühen, dem soweit es dem Pflegepersonal möglich ist nachzukommen.

Die Moderatorin will wissen, wie sie die Situation aktuell erleben?

Alle Diskussionsteilnehmer äußerten große Zufriedenheit mit der Grundpflege der Bewohner. A1 gibt an, dass ihr Vater immer „wie aus dem Ei gepellt“ aussehe. Er persönlich habe immer großen Wert auf sein Erscheinungsbild gelegt und dem wird in diesem Heim ganz großartig nachgekommen, trotz der vorhandenen Inkontinenz.

Zwei der anwesenden Angehörigen gaben an, dass sie den Eindruck haben, dass die Bewohner zu wenig beschäftigt werden. A2 gibt an, dass die Ergotherapie sehr bemüht sei, aber zu wenig Stunden im Haus sei, um eine ausreichende Beschäftigungstherapie mit den Bewohnern zu machen. Die Bewohner werden ihrer Ansicht nach auch zu wenig ins Freie gebracht. Sie vermutet, dass das aus

Personalmangel mit qualifizierten Kräften geschieht. Sie ist zudem der Meinung, dass hier durch minderqualifiziertes Personal, so eine Art Animateur, Abhilfe geschaffen werden könnte zum Beispiel für Kartenspiele oder die Bewohner mit dem Rollstuhl ins Freie bringen.

A1 äußerte sich positiv, dass der Kontakt mit Schulen hier im Ort gepflegt wird. Kinder kommen, um mit den alten Leuten zu basteln oder zu musizieren.

A3 gibt an, dass zur Unterstützung auch freiwillige Ehrenamtliche ins Haus kommen, die Besuchsdienst machen, und das werde von ihr sehr geschätzt.

A5 gab zu bedenken, dass die Betreuung unerschwinglich werden würde, wenn mehr Personal für die Beschäftigungstherapie engagiert würde.

Alle Diskussionsteilnehmer gaben an, mit dem Essen sehr zufrieden zu sein und das sei für die alten Menschen sehr wichtig, wenn sie Gerichte bekommen, die sie von früher kennen.

Die Moderatorin möchte wissen, wie die Angehörigen von der Diagnose erfahren haben.

Information:

Die Person A2 gab an, bei vielen Ärzten gewesen zu sein, ohne eine Diagnose wegen der Verhaltensauffälligkeit ihres Gatten erhalten zu haben. Auch nicht, als er bereits einige Tage im Krankenhaus war und Medikamente bekommen habe. Sie wurde erst durch einen Sachwalterschaftsantrag mit der Diagnose konfrontiert. Das war für sie wie ein „Schlag ins Gesicht“. Erst dann wurde sie über die Demenzerkrankung informiert und dass ihr Mann unzurechnungsfähig sei. Sie gab weiteres an, dass er dann sehr schnell entlassen wurde, und sie sich selbst um einen Therapieplatz in einem Alzheimerzentrum gekümmert habe. Sie hatte das Gefühl, dass der Mensch nicht wichtig sei.

A3 gibt an, dass sie nach einem kleinen Schlaganfall der Mutter im Krankenhaus damit konfrontiert wurde, dass ihre Mutter an Demenz erkrankt sei und sie nicht mehr alleine leben können würde. Sie hat dann Hilfe von der Überleitungspflege bzgl. eines Pflegplatzes bekommen, weniger aber Informationen über die Erkrankung. Die holte sie sich von Zeitschriften und von Erfahrungen anderer.

A5 sagt aus, dass das sehr verschieden sei. Er habe schon mit Ärzten gesprochen, die sich aufopfernd um ihre Patienten kümmern. Andere halt weniger,

weil sie sich die Zeit nicht nehmen, sondern nur kostendeckend arbeiten. A1 gab an, dass sie selbst darauf gekommen sein, das mit ihrem Vater etwas nicht stimme, das über die normale Vergesslichkeit hinausgeht. Bei einem gemeinsamen Familienurlaub habe er sie als Tochter plötzlich nicht mehr erkannt und gefragt ob sie verwandt wären. Eine leichte Vergesslichkeit wäre schon vorher dagewesen, aber das wäre für sie schon ein schwerer Schlag gewesen. Die Betreuung erfolgte anfangs durch den Hausarzt und die Information war für sie ausreichen gewesen.

Die Moderatorin möchte wissen, wie die Zusammenarbeit mit den Pflegenden erlebt wird.

A5 äußerte sich nochmals lobend über die die Freundlichkeit und Menschlichkeit der Pflegenden. Zudem finde er immer eine Ansprechperson, die kompetent sei, wenn er jemanden brauche.

A4 gab an, dass die Mitarbeiter des Heimes in einer für die Mutter und die Angehörigen sehr schwierigen Situation sehr großes Entgegenkommen da gewesen wäre und eine Krankenhauseinweisung erst wirklich geschehen sei, als unumgänglich war. Das hat sehr viel Vertrauen in die Institution geschaffen und sich sehr positiv auf die Zusammenarbeit ausgewirkt.

Die Moderatorin möchte wissen, ob die Angehörigen in der Alltagsgestaltung mit eingebunden werden.

A3 gibt an, dass das jederzeit möglich sei, und jedem überlassen werde, wie viel er sich einbringen möchte.

A1 sagte aus, dass die Geburtstage der Bewohner immer sein nett gestaltet seien und ein Fest für die ganze Familie ist. Ein Tisch wird schön gedeckt und es gäbe immer eine gute Mehlspeise.

A4 gibt an, es Feste hier im Heim gibt, zum Beispiel das Faschingsfest, das immer sehr lustig sei. Auch ansonsten könne sie jederzeit hier kommen, und Zeit mit ihrer Angehörigen verbringen, und es gibt da keinerlei Einschränkungen. Meistens kommt sie und gibt ihrer Mutter das Essen ein.

A2: Reibungspunkte in der Kommunikation habe es nur gegeben, wenn es in der Pflegesituation unklar war für sie, warum manches so passiert ist und nicht anders.

Alle anderen Gesprächsteilnehmer gaben keine Reibungspunkte an.

Die Moderatorin möchte wissen, was die Zusammenarbeit verbessern könnte.

A1 sagte aus, dass es verschiedene Infoabende im Heim schon gäbe und sie mit diesem Angebot zufrieden sei. Verbesserung gäbe es für sie nur in der Beschäftigungstherapie, wobei ihr auch sehr bewusst ist, dass dies nur mit zusätzlichen Kosten verbunden wäre und mehr vom ohnehin sehr engagierten Personal nicht leistbar sei.

Die restlichen Diskussionsteilnehmer machten hierzu keine weiteren Angaben mehr, mit dem Hinweis, dass ohnehin schon alles gesagt sei.

Die Diskussionsrunde wurde sehr engagiert geführt und durchaus kritische Aspekte wurden diskutiert, jedoch in einer sehr wohlwollenden Atmosphäre, das auch auf ein gutes Gesprächsklima in der Einrichtung hindeutet.

### Fokusgruppe 3

Der Grundreiz der 4 Gesprächsrunden war „Erinnern Sie sich zurück an folgende Situation – mein Angehöriger wird ab nun in einem Heim leben. Wie ist es Ihnen beim Einzug in das Heim ergangen“?

A1 gab an, dass es ihr nicht gut dabei ergangen sei. Das Fortschreiten der Demenz und die Tatsache, dass die Mutter oft weggegangen ist und eine Suche erforderlich war, habe sie belastet. Als Alleinerzieherin eines behinderten Sohnes ist die Pflege zu Hause nicht mehr möglich gewesen. Allerdings hatte sie dabei am Anfang ein schlechtes Gewissen und die Frage, ob sie sich im Heim wohl fühlen würde, empfand sie sehr belastend.

A2 sagte aus, dass er gemeinsam mit seiner Gattin die Mutter lange zu Hause betreut habe. Er habe wohl mehrere Geschwister, doch die kamen mit der Pflege nicht zurecht, als die Mutter inkontinent wurde und sie dadurch Hilfe beim Waschen brauchte und gewickelt werden musste. Er sei dann immer von der Arbeit geholt worden und das sei bei seinem Beruf als Arzt nicht immer machbar. Außerdem hatte sie nicht die nötige Ansprache und die Erkrankung schritt rasch voran. Daher wurde die Mutter dann von ihm und seiner Frau betreut, obwohl sie noch zwei behinderte Kinder zu Hause zu betreuen hatten. Erst als seine Gattin dann an Krebs erkrankte und die Pflege nicht mehr schaffte, musste eine Heimbetreuung gesucht werden. Auch der Umstand, dass seine Mutter einige Zeit

nichts mehr gegessen hatte, und sie über eine PEG-sonde ernährt werden musste, machte die Betreuung zu Hause für die bereits kranke Gattin schwer.

Bei der Person A3 wurde die Mutter immer vergesslicher. Sie habe ihr Leben lang sehr viel gearbeitet und das sei dann nicht mehr gegangen. Als sie dann immer seltsamer wurde, suchten sie einen Psychiater auf. Die Mutter habe auch dann zu Hause nichts mehr gegessen und sie nahm sehr viel an Gewicht ab. Die bisherige Betreuung war so nicht mehr ausreichend. Seine Schwester habe sich dann um einen Heimplatz gekümmert. Es war ihm am Anfang auch überhaupt nicht wohl dabei, da er wusste, dass seine Mutter nicht einmal zu Besuch in das Heim gegangen ist. Sie hatte das nicht gemocht und wollte nie in einem Heim betreut werden.

Die Moderatorin möchte in Erfahrung bringe, ob die Lebensgeschichte erfragt wird und in die Betreuung mit einbezogen wird.

A1 gab an, dass sie schon dazu befragt wurde. Sie sagte auch, dass sich das durch die Erkrankung bei ihrer Mutter sehr verändert habe, aber sie schon den Eindruck hat, das berücksichtigt wird, was die Mutter mag und was nicht.

A2 sagte, dass seine Mutter immer gerne in der Kapelle war und sie wurde auch von den Schwestern immer hingebacht. Sie habe dort immer in ihrer

Muttersprache gebetet und er konnte oft nicht glauben wie dement seine Mutter sonst war, weil sie die Gebete alle noch gekonnt hatte.

A2 gab auch an, was sehr viele Leute hier sehr schätzen sei die Zweisprachigkeit der Schwestern. Viele der alten Menschen hier haben slowenisch als Muttersprache. In der Erkrankung versessen die Menschen ihre erste erlernte Sprache zuletzt und sie fühlen sich sicherer und geborgen, wenn das betreuende Personal die Sprache auch versteht.

Die Moderatorin erfragte auch, ob die Pflegerfahrung der Angehörigen berücksichtigt werden.

In dieser Gruppe war nur eine der Angehörigen bereits pflegebedürftig, als sie ins das Heim gekommen ist. Die Person A2 gibt an, dass seine Erfahrungen sehr gut geschätzt werden zudem er auch der Hausarzt der Mutter ist.

Die Moderatorin möchte wissen, was besonders unterstützend beim Einzug empfunden wurde.

A1 gab an, dass es für sie sehr erleichternd war, dass ihre Mutter von den Schwestern sehr freundlich aufgenommen worden sei und sie den Eindruck habe, dass es Mutter hier gut geht. Sie findet die Betreuung und Pflege sehr gut. Das war für sie sehr wichtig und nimmt sehr viel Druck weg. Die Person A2 brachte nochmals die Zweisprachigkeit vor und gab an, dass dies sehr erleichternd sein und eine Unterstützung sein und nicht in jedem Heim hier in der Gegend selbstverständlich. Dies macht das Heim her zu etwas besonderem und für die Menschen hier unbezahlbar. Seine Mutter war schon einmal in Kurzzeitpflege hier in diesem Heim nach einem Schenkelhalsbruch. Anfangs noch mit Widerwillen doch dann gefiel es ihr ganz gut. Das ist bei der Entscheidung für eine Heimbetreuung auch unterstützend. Da es meiner Mutter damals gut gefallen hat, haben wir wieder geschaut, dass sie hier unterkommen könnte.

Die Moderatorin erfragt, wie sie Angehörigen die momentane Situation empfinden.

A2 gab an, dass die Pflege hier im Heim „tip top“ sei. Seine Mutter ist eine sehr pflegeintensive Bewohnerin, da sie sich kaum noch selbständig bewegen kann und sie sei noch nie Wundgelegen und sei eine großartige Leistung. Außerdem dauert das Eingeben des Essens nach der Entfernung der Peg-Sonde pro Mahlzeit ungefähr ein bis zwei Stunden und sie sei sehr gut ernährt. Die Kommunikation empfindet er als gut, und die Qualität hängt meist mit den handelnden Personen zusammen.

A5 möchte unbedingt erwähnen, dass in diesem Heim das Essen ganz besonders sei. Es werde frisch gekocht und nicht aus einer Konservenbüchse oder aufgewärmt von irgendwo hergefahren. Die Bewohner bekommen Gerichte, die sie von früher kennen. Das findet sie gut, denn die dementen Bewohner essen von Haus aus schon weniger und neue Gerichte vielleicht dann gar mehr.

Die Moderatorin spricht die Information über die Erkrankung an

Zu dieser Thematik äußerte sich nur A2, da er auch Hausarzt von manchen Angehörigen der Diskussionsteilnehmer ist, machten sie keine Angaben dazu. Er sagte dazu, dass die Demenz brauche eine besondere Betreuung und Begleitung. Zu wenig Ansprache und geistige Forderung, beschleunige die Erkrankung. Er sehe das täglich in seiner Praxis, dass bei Menschen mit diagnostizierter Demenz die Erkrankung schneller voranschreitet, wenn sich niemand um sie kümmert oder sie immer dieselben wenigen Personen um sich herum haben.

Er gibt an, dass es genetische Präpositionen gibt, wer daran erkrankt und wer nicht. Er könne dies aus seiner heraus erkennen, da es mütterlicherseits bereits mehrere Fälle von schwerer Demenz gibt. Es ist auch für ihn als Arzt, der gut über die Erkrankung Bescheid weiß, schwer zu akzeptieren, da seine Mutter nur mehr ein menschliche Hülle sei, man könne sie streicheln, sie berühren, aber sie registriert dies nicht. Diese Veränderung sei schwer für alle Angehörigen. Er habe auch selbst einen Spezialisten zu Rate gezogen, um die optimale medikamentöse Therapie zu erhalten. Er sagt aus, dass es kein adäquates Mittel gebe und das es schwierig ist, diese immer bewilligt zu bekommen, selbst für ihn als Arzt. Es sei zudem nicht einfach für meist schluckbeeinträchtigten Menschen, diese Tabletten oder Kapseln schlucken zu können, da diese meist sehr groß sind.

Seine Situation als Arzt bei der Information über die Erkrankung betrachtet er auch kritisch. Er gibt an, dass er die Patienten in der Praxis nur sehr selten sieht und dann meist nur für fünf Minuten, das sind nur kurze Momentaufnahmen. Wenn auch die Angehörigen keine hilfreichen Angaben machen können, sei es für sehr schwer die Erkrankung richtig einzuschätzen. Fachärzte hätten da eventuell schon mehr Möglichkeiten, da sie mehr Zeit für die Patienten einplanen könnten. Kritisch betrachtet er auch das Heimaufenthaltsgesetz, dass der Pflege nur mit Meldung an die Behörden Fixierungen erlaubt. Die Person A2 glaubt, dass es dadurch zu vielen Stürzen kommt, da die Bewohner nicht geschützt werden können. Polster und Niedrigflurbetten sind laut seinen Aussagen keine Alternative. Er habe selbst für seine Mutter ein Attest zur Fixierung geschrieben, als sie noch gehfähig war und immer aufstehen wollte, obwohl sie nicht mehr alleine konnte.

Die Moderatorin möchte erfahren, wie Zusammenarbeit mit den Pflegenden erlebt wird.

A4 gibt an, die Situation als gut zu empfinden. Sie wird über Feste im Heim ausreichend informiert und sie kann sich in die Alltagsgestaltung ihres Angehörigen entsprechend einbringen. Die habe immer die Möglichkeit, sooft es ihr ausgeht hierher zu kommen.

Auch A2 erwähnt, dass er mit der Pflege zufrieden ist. Er gibt an, dass alle immer sehr nett zu wären und er findet immer eine adäquate Ansprechperson, die beschied weiß und kompetent ist. Sonst machte keiner dazu eine Aussage.



Auf die Frage der Moderatorin nach Verbesserungsvorschlägen kam nur die Anregung mehr für die Bewegung der Bewohner anzubieten. A1 meinte, in einem beweglichen Körper bleibe auch der Geist länger rege.

Die Diskussion war anfangs eher abwartend und wurde sehr von einer Person dominiert. Dies konnte trotz aller Bemühungen der Moderatorin nicht besser geführt werden. Die Atmosphäre war aber trotzdem sehr gut und die Teilnehmer waren stolz, an einem Projekt mitarbeiten zu können.

#### Fokusgruppe 4

Der Grundreiz der Gesprächsrunden war „Erinnern Sie sich zurück an folgende Situation – mein Angehöriger wird ab nun in einem Heim leben. Wie ist es Ihnen beim Einzug in das Heim ergangen?“

2 Teilnehmer dieser Diskussionsrunden haben die Angehörigen lange selbst zu Hause gepflegt.

Die Person A1 gibt an, dass bei seiner Mutter von dem Zeitpunkt, wie er es gemerkt hat, dass seine Mutter an Demenz erkrankt ist, bis zur Entscheidung für ein Heim fünf Jahre vergangen sind. Er sagt aus, dass es im nach hinein für ihn erschreckend ist, es lange nicht gemerkt zu haben, was ihr los ist. Begonnen habe es mir Kleinigkeit, wie Schlüssel verlegt. Als sie ihr Enkelkind nicht mehr erkannte, machte ihn wirklich stutzig. Nach zwei weiteren Jahren dann sei es immer schlimmer geworden. Sie habe sich nicht mehr gepflegt und oft vergessen zu essen, sie wurde ein anderer Mensch. Der Diskussionsteilnehmer A1 sagte, das zu akzeptieren sei ihm sehr schwer gefallen. Obwohl er und seine Frau beide berufstätig waren, pflegten sie noch einige Jahre zu Hause mit einer Heimhilfe gemeinsam. Die Gattin ist Lehrerin und ab Mittag dann zu Hause. Er habe sich immer Sorgen gemacht, wenn sie alleine war. Schwierigkeiten gab es auch mit der Körperhygiene, die sie nicht mehr durchführte und sich weder von seiner Gattin noch von ihm selbst helfen ließ. Als sie dann mehrere Male weggelaufen ist und einmal sogar nachts und er nichts davon bemerkte, wurde ihm klar, dass nun an einer Betreuung im Heim nichts mehr vorbei ging. Er habe aber ein sehr schlechtes Gewissen gehabt und anfangs immer das Gefühl es nicht geschafft zu haben, die Mutter zu versorgen.

Die Gesprächsteilnehmerin A2 gibt an, dass ihr Vater nun schon zwei Jahre hier wohnt. Sie lebten gemeinsam auf einem Bauernhof. Ihr Vater habe sein Leben

lang hart und viel gearbeitet. Daher sei es ihr besonders schwer gefallen, ihren Angehörigen in einem Heim unterzubringen, zumal es in der ländlichen Umgebung immer noch als Selbstverständlichkeit gilt, Angehörige selbst zu Hause zu versorgen. Durch die Demenz des Vaters wurde es auf dem Hof, den sie gemeinsam mit ihrem Mann im Nebenerwerb betreibt (ihr Mann geht zur Arbeit, sie ist zu Hause), zu gefährlich, da er immer herumwanderte und es eben viele Gefahrenquellen gibt, die ein Verbleiben am Bauernhof nicht möglich machte. Außerdem habe sie noch zwei Kinder im Alter von zehn und zwölf Jahren zu versorgen. Sie sagt, dass es ihr fast das Herz gebrochen habe, den Vater in ein Heim zu „verpflanzen“.

A3 gibt an, dass seine Situation eine andere sei. Seine Mutter war erst 69 Jahre alt, als er bemerkte, dass sie dement ist. Sie lebte lang alleine und durch seinen Job habe er nur alle zwei Wochen Zeit für einen Besuch gehabt. Aufmerksam haben ihn eigentlich die Nachbarn gemacht, die bemerkten, dass die Zeitung tagelang nicht geholt wurde, im Sommer der Ofen beheizt wurde. Seine Mutter habe aber immer gesagt, wenn sie auf Hilfe angewiesen ist, dann gehe sie in ein Heim. Sie wollte niemanden zur Last fallen. Da das von ihr klar ausgesprochen war, es für ihn selbstverständlich sich darum zu kümmern. Erschreckt hat ihn allerdings schon, dass mit so einem relativ jungen Alter schon dement sein kann. Er sagte zudem noch, dass er vermutet, dass es durch ihre Einsamkeit schon beschleunigt wurde.

Die Person A4 sagt aus, dass seine Frau schon sehr lange hier sei und sie mittlerweile bettlägerig ist. Sie erkenne ihn nicht mehr und sie müsse über eine Sonde ernährt werden.

Er gemeinsam mit seiner Frau alleine gewohnt, denn seine lebten in Wien. Ihm sei nichts anderes übrig geblieben, als eine Heimbetreuung. Aber sei hier sehr zufrieden.

Die Moderatorin möchte wissen, ob die Lebensgeschichte, Gewohnheiten und Vorlieben erfragt werden?

A1 gibt an, dass das schon erfragt würde, aber er sei in dieser Einzugsphase so gestresst und aufgeregt gewesen, da habe er manch wichtiges zum Mitteilen vergessen oder es erschien ihm momentan nicht wichtig. Im Nachhinein betrachtet ist er der Meinung, dass das zu einem früheren Zeitpunkt gemacht werden könnte

zum Beispiel wenn man sich im Heim vormerkt. Er sagte, er hätte ein paar Wochen darauf gewartet und in dieser Zeit hätte er das in aller Ruhe zu Hause erledigen können. Er findet es als sehr wichtig, dass die Betreuungspersonen über die Bewohner und ihre Eigenheiten Bescheid wissen. Sie hätten dann Anknüpfungspunkte in der Kommunikation und in einer neuen Umgebung wäre das gut. Man könne besser auf die neuen Bewohner eingehen.

Im Großen und Ganzen habe er jetzt schon den Eindruck, dass bei seiner Mutter die Biographie beachtet wird.

Die Person A3 gibt an, sich nicht erinnern zu können, an ein Gespräch über die Biographie seiner Mutter. Er habe aber im Heim klare Anweisungen gegeben, was er haben möchte in der Betreuung, außerdem wisse er in welcher Pflegestufe dass seine Mutter sein und was für Leistungen ihr da zustehen.

Er findet es auch sehr wichtig, die Biographie zu erfragen und er empfindet es als Fehler, wenn die nicht passiert. Er habe dies mit der Heimleitung und der Pflegedienstleitung geklärt.

A3 gibt an, dass die Biographie bei ihrem Vater gut beachtet werde. Er redet ja sehr oft vom Bauernhof und der Arbeit dort. Besonders eine der Schwestern verstehe es ganz besonders gut, da auf ihn einzugehen. Dies ist aber zufällig so geschehen, denn ein Gespräch habe mit ihr keiner geführt. Sie gibt an, dass ihr so ein Gespräch die schwere Situation beim Heimeinzug ihres Vaters für sie erleichtert hätte.

Als hilfreich für eine Entscheidung für ein Heim gab A2 an wäre für ihn die Möglichkeit des „Probewohnens“ für ein paar Tage oder ein Wochenende solange die alten Menschen das noch selbst entscheiden können. Hierbei könnte man herausfinden, ob einem das ganze Umfeld in diesem Heim überhaupt zusagt. A2 sagte aber, er sei jetzt mit der Betreuung sehr zufrieden. Auf die Frage der Moderatorin, wie er zufrieden definiere, gibt er an, dass seine Mutter immer gewaschen und frisiert sei und das Personal seine Anweisung befolgt. Zudem gibt er an, dass alle MitarbeiterInnen des Heims sehr freundlich seien.

Auch die Gesprächsteilnehmerin A3 sagt aus, dass die Mitarbeiter im Heim sehr nett und freundlich seien und mit ihrem Vater sehr liebevoll umgehen.

Die Moderatorin möchte in Erfahrung bringen, wie die Angehörigen die Diagnose erfahren haben?

Die Person A2 gibt an, zuerst zu Hausarzt gegangen zu sein. Der habe sie aber gleich zu einem Neurologen verwiesen, mit dem Hinweis, dass er auf diesem Gebiet kein Experte sei, und das habe sie so gut gefunden. Sie habe dann alles erfahren, was sie wissen wollte. Sie war beim Gespräch sehr hartnäckig und habe sehr viel gefragt und hatte den Eindruck, dass der Arzt schon etwas unter Zeitdruck stand. Sie ließ aber nicht beirren und das Ergebnis war für sie befriedigend. Nach der Diagnose sei es ihr nicht gut gegangen. Sie habe es ja schon irgendwie gewusst, dass es Demenz oder Alzheimer sein wird, aber wenn man dann das dann wirklich weiß, sei das der „Hammer“, weil man dann irgendwie weiß, was auf einem zukommt, aber irgendwie auch nicht.

Der Gesprächsteilnehmer A1 gibt an, das ihn der erste Weg zu Hausarzt führte. Dieser konnte anfangs keine richtige Diagnose stellen. Er sagte, dass dies im Alter normal sei. Erst kurze Zeit bevor seine Mutter ins Heim kam, wurde er dann zu einem Neurologen verwiesen. Dieser machte dann einen Test und sagte, dass seine Angehörige an Demenz leide. Er verschrieb Medikamente mit dem Hinweis, dass er nicht wisse, ob diese auch wirken und ein Medikament zum Schlafen. Die Aufklärung empfand er als sehr kurz und zusätzliche Informationen holte er sich aus dem Internet.

Die Moderatorin möchte in Erfahrung bringen, ob die Angehörigen über den Tagesablauf seiner Angehörigen informiert sind?

Nach einer kurzen Nachfrage bei der Moderatorin, was sie damit meinte, gibt die Person A3 an, dass er es für seinen Teil schon wisse. Er habe ja klare Anweisungen gegeben und wenn er mehr wissen will, frage er nach.

A4 sagt aus, dass die Schwestern ihm immer erzählen, was über den Tag geschehen sei. Das findet er gut. Er ist ja jeden Tag über mehrere Stunden im Heim und bekomme ja selbst sehr viel mit.

A1 gibt an, über manches informiert zu werden und über manches auch nicht. Er habe den Eindruck, dass man nachfragen muss, aber auch darf.

Die Moderatorin möchte wissen, wie die Zusammenarbeit mit den Pflegenden erlebt wird?

A4 gibt sehr spontan an, dass er sich immer, sehr wohl fühlt. Da er täglich mehrere Stunden hier verbringt, ist die Station seine zweite Heimat geworden. Die Schwestern reden immer mit ihm, je nachdem wie viel Zeit sie gerade habe. Er

habe dafür auch Verständnis, denn sie sind ja dort in der Arbeit und müssten diese auch tun.

Auch die Gesprächsteilnehmerin A2 gibt an, dass sie den Eindruck hat, dass ihr Vater hier gut versorgt wird und auf seinen Bedürfnisse gut eingegangen wird.

Mehrere Diskussionsteilnehmer sagten aus, dass immer eine kompetent Ansprechperson zu finden sei, und das wird als sehr wichtig empfunden. Allerdings nicht immer in einer guten Gesprächsqualität. A1 sagt aus, dass die Schwestern manchmal kurz angebunden seien, dass das aber wahrscheinlich mit dem Zeitdruck in Zusammenhang stehe.

A3 gibt an, dass für ihn des Öfteren Reibungspunkt war, wenn das Personal nicht seine Wünsche und Anweisungen befolgt hatte. Das habe sich aber in Gesprächen für ihn lösen lassen.

Auf die Frage der Moderatorin, inwiefern sie in die Alltagsgestaltung eingebunden werden, gibt A2 an, dass das sehr verschieden sei. Er glaube aber, dass jeder sich einbringen könne, soweit das eben für jeden möglich sei. Er oder seine Frau kommen fast täglich und kümmern und beschäftigen sich mit seiner Mutter. Die verschiedenen Feste hier im Heim empfindet er als sehr nett und gelungen.

A2 glaubt auch, dass es sehr individuell sein, wie sich die Leute einbringen. Sie selber helfe zum Beispiel im Advent an einem Nachmittag, wo Kekse gemeinsam mit den Schwestern und Bewohnern gebacken werden. Das mache ihr und allen Beteiligten viel Freude.

A3 gibt an, dass er den Eindruck habe, dass jeder sich einbringen kann, aber er sein kein muss. Das würde ihn auch überfordern, da er dafür keine Zeit hätte.

Die Moderatorin möchte wissen, was die Zusammenarbeit verbessern könnte?

Auf diese Frage antwortete die Person A1, dass ihm auffalle, dass viele Bewohner allein auf diversen Gängen im Heim „herumsäßen“ und zu wenig Angebot da ist zur Beschäftigung wie zum Beispiel Ergotherapie oder Bewegungsstunden für Bewohner. Er habe den Eindruck, dass viele Leute sehr einsam seien.

A5 meinte dazu, dass es schon einen Besuchsdienst von Freiwilligen gäbe. Das sei aber viel zu wenig.

A2 gibt an, dass ihr der heutige Abend sehr gefallen habe. Der Austausch mit anderen war für sie sehr positiv. Das könnte sie sich auch für die Zukunft gut vorstellen.

Die Diskussion hat sehr emotional begonnen, besonders zwei der TeilnehmerInnen waren des Öfteren den Tränen nahe. Die Atmosphäre war aber sehr gut und auch Kritik wurde in einer konstruktiven Form geäußert.

## Transkription Beispiel Angehörige (Hermine Schneeberger)

Angehörigengesprächsrunde vom 28.12.2012 Angehörigengesprächsrunde 4

Nach der Begrüßung durch Pflegedienstleitung Übergabe der Leitung der Runde an Frau Schneeberger.

Nach einer kurzen Vorstellungsrunde und der nochmalig Einholung des Einverständnisses der Aufzeichnung auf Tonband beginnt die Gruppendiskussion.

Sie haben hier einen Angehörigen im Heim zur Betreuung. Denken jetzt Sie einmal zurück an die Entscheidung wie es war den Vater, Mutter oder den Gatten ins Heim zu geben? Wie ist es Ihnen in dieser Situation ergangen? Welche Ängste und Befürchtungen waren da? Wie geht es einem als Angehöriger in dieser Situation?

**A1:** Ja, wie ergeht's einem da? Bis bei meiner Mutter die Entscheidung des Heimes gefallen war, sind 5 Jahre vergangen. Es hat angefangen mit der Erkrankung mit der üblichen Vergesslichkeit. Im nach hinein betrachtet, erschreckt es mich, die Demenz nicht früher entdeckt zu haben. Aber sie hat da so Strategien entwickelt, um es so lange wie möglich zu verheimlichen. Am Anfang war das ja nur, so alltäglich, jeder vergisst doch mal etwas. Sie hat bei uns zu Hause im Erdgeschoss gewohnt. Die Schlüssel verlegt, die Haustür nicht abgesperrt, sie ist noch einkaufen gegangen und ohne was zu kaufen wieder heimgekommen. Das erste Mal stutzig geworden bin ich, als sie meinen Sohn, also ihr Enkelkind nicht erkannt hat. Er hat wohl nicht mehr bei uns gewohnt, doch er war immer ihr Sonnenschein und er ist ja der einzige Enkel. Aber auch das hat sie gut überspielt- er war eine Woche nicht da. Nach ca. zwei Jahren nach den ersten Zeichen ist es dann ziemlich rapide gegangen. Sie hat sich nicht mehr gepflegt, hat oft vergessen zu essen. Da war sie schon ein ganz anderer Mensch. Da kommt erst einmal an die Grenzen. Meine Frau und ich sind beide berufstätig. Meine Gattin ist Lehrerin und daher doch mehr zu Hause als mancher anderer, und auch ich habe versucht, da zu sein und bei der Betreuung mitzuhelfen. Das ist aber glaube ich, nur für eine begrenzte Zeit möglich, speziell, wenn man noch in die Arbeit geht. Wir haben zuerst eine Heimhilfe gehabt, die ihr gekocht hat und sich am Vormittag vorbeigeschaut hat, dann ist meine Frau ja wieder von der Schule nach Hause gekommen. Aber sie war doch solange alleine und da hat man schon Sorge, dass alles noch steht, die Küche nicht brennt und ihr auch so nichts passiert ist. Sie hat sich aber nicht mehr von mir oder meiner Frau waschen lassen. Das hat sie dann

doch noch irgendwie mitbekommen – „von mein Buam zieh ich mich nicht aus“ Auch meine Frau hatte mit ihr so ihre Schwierigkeiten. Körperlich ist sie ja noch gut beisammen gewesen und dann ist sie ein paarmal wegelaufen und gestürzt. Einmal sogar nachts, und wir habens nicht bemerkt, dann war es für uns klar – wir schaffen das nicht mehr und meine Mutter ist im Heim besser aufgehoben.

Gab es für Sie Ängste und Befürchtungen im Zusammenhang mit dem Heimeinzug?

**A1:** Ja, das schon. Schließlich legt man ja so quasi die Verantwortung in fremde Hände, die man nicht kennt. Man gibt einen mir ganz wichtigen Menschen in eine fremde Umgebung und in ein Umfeld das auch ich als Angehöriger nicht kenne.

**A2:** Ja, so ähnlich habe ich das auch empfunden.

**A1:** Außerdem war da auch am Anfang das schlechte Gewissen. Wir habens nicht geschafft und die Mama abgeschoben.

**A2:** Ja, und dann macht man sich auch noch Gedanken, was werden die Leute denken. Aber mich hat eh keiner angesprochen. Außerdem kann einer, der noch keinen dementen Menschen betreut hat mitreden. Das ist schon ein gewaltiger Unterschied zu „normalen“ alten Leuten.

**A2:** Mein Angehöriger hier im Heim ist mein Vater. Er ist mittlerweile fast zwei Jahre da. Wir haben zu Hause einen Bauernhof im Nebenerwerb und er hat sein ganzes Leben dort gelebt und hat immer hart gearbeitet. Bei ihm ist es sehr schnell gegangen. Er hat sich ganz rapide verändert. Ich hab mir schon gedacht, dass das Alzheimer oder so sein könnte, aber sich als Tochter das einzugestehen, ist schon ein Hammer. Wir sind dann zum Hausarzt gegangen und der hat uns sofort zu einem Neurologen verwiesen. Er hat gesagt, für so was gibt es Experten und das ist er nicht. Das habe ich gut gefunden.

Für mich war es eine schwere Entscheidung, meinen Vater in einem Heim anzumelden. Weil das bei uns, und wenn man auf einem Bauernhof lebt, ganz selbstverständlich ist, dass man sich selbst um die alten Leute kümmert. Aber der Papa war schon so“ daneben“ und auf einem Hof ist halt einmal gefährlich, da fällt man gleich einmal durch eine „Futterlucke“ am Heuboden oder so. Mein Mann geht zur Arbeit und ich versorge den Hof und 2 Kinder die damals zehn und zwölf waren. Und das ging einfach nicht. Aber einen alten Menschen, der immer auf einem Hof gelebt hat, in ein Heim zu „verpflanzen“ hat mir fast das Herz



gebrochen. (*weinerlich*). Mein Kopf hat gewusst, dass es für ihn das Beste ist, aber es war sehr, sehr schwer.

Pause

Das kann ich gut verstehen. Möchte noch jemand seine Erfahrungen erzählen?

**A3:** Ja, meine Erfahrung ist eine ganz andere. Hier im Heim lebt ebenfalls meine Mutter. Und die hat selbst vorgesorgt und sie hat immer gesagt, wenn ich einmal auf Hilfe angewiesen bin, gehe ich in ein Heim. Für mich war das auch gut, denn sowohl ich als auch meine Frau haben gute Positionen im Beruf und keiner hätte deswegen kürzer treten können, was ja unweigerlich notwendig gewesen wäre. Es hat auch einige Zeit gedauert, bis wir die Demenz entdeckt haben. Wir wohnen zwar nicht so weit entfernt, aber wir sind vielleicht einmal oder manchmal auch nur alle zwei Wochen zu Besuch gekommen. Uns haben die Nachbarn meiner Mutter aufmerksam gemacht, dass sie oft tagelang die Zeitung und die Post nicht aus dem Postkasten holt und im Sommer den Ofen anheizt. Aber das war so phasenweise dann wieder besser ja, fast normal und dann war sie wieder ganz verwirrt Da haben meine Frau und ich beschlossen, ein Heim für die Mutter zu suchen, und da sie das schon immer gesagt hat, war es für uns nicht so schwer, diese Entscheidung zu treffen, obwohl sie dann eben nicht mehr ganz bei sich war. Sie war auch noch nicht so alt 69 und körperlich fit. Erschreckt hat es uns aber schon, mit so einem Alter schon so verwirrt zu sein. Sie war aber halt die ganze Zeit viel alleine und wenn man keine Ansprache hat, geht sicher alles viel schneller, wenn man geistig nicht gefordert wird.

Pause

**A1:** ja, das ist am Anfang das Um und auf. Die Menschen müssen gefordert werden, sonst geht das mit dem vergessen viel, viel schneller. Meine Mutter hat ihren Enkelsohn nicht mehr erkannt, aber sie war noch immer sehr gut im Kreuzworträtsel lösen. Und sie den kleinen Nachbarkindern hat sie noch Märchen erzählen können. Das von früher vergessen sie als letztes, kommt mir vor.

**A4:** Meine Frau ist schon sehr lange hier im Heim. Ich bin 83 Jahre alt und meine Gattin 81. Sie ist schon fast 10 Jahre hier. Mittlerweile ist sie bettlägrig und erkennt mich nicht mehr und muss über eine Sonde ernährt werden. Ich komme aber jeden Tag um 14 Uhr hier und trinke einen Kaffee hier und esse eine Mehlspeise. Ich erzähle ihr dann, was ich den ganzen Tag getan habe. Ob sie da

was mitkriegt, weiß ich nicht. An Anfang, wie sie hergekommen ist, hat schon noch ein bisschen gehen können, aber das kann sie schon lang nicht mehr. Wir haben alleine gewohnt und meine 2 Kinder sind in Wien und haben dort ihre Familien. Also ist mir nichts anderes übrig geblieben, Aber ich bin hier recht zufrieden und es geht ihr glaube ich nichts ab.

Werden beim Einzug die Lebensgeschichte, Gewohnheiten und Vorlieben erfragt?

**A1:** Ja, schon aber das könnte noch besser sein – man wird schon so Sachen gefragt, aber in der Einzugsphase ist man so gestresst und aufgeregt, ich jedenfalls und meine Frau sowieso, dann vergisst man wichtiges oder es erscheint einem momentan nicht wichtig. Ich weiß ja nicht, ob das machbar ist, aber ich habe mir gedacht, das könnte man ja schon machen, sobald man im Heim vorgemerkt oder einen Heimplatz bekommt, wie das sonst geht, weiß ich nicht, bei uns hat es schon ein paar Wochen gedauert, bis wir den Platz hatten und da hätte man das schon machen können. Oder so eine Art Fragebogen, denn man in Ruhe zu Hause schon ausfüllen kann. Wichtig ist das schon, dass die Schwestern etwas über die Leute wissen, da haben sie dann schon Anknüpfungspunkte und für die Menschen, der in eine neue Umgebung kommt ist das sicher gut, wenn man die „Schompendeln“ kennt und die Leute darauf eingehen können.

Haben Sie den Eindruck, dass die Biographie in der Betreuung geachtet wird?

**A1:** ja, das glaube ich schon. Ich ja aber nicht den ganzen Tag da, aber schon, je nach den Möglichkeiten halt.

**A3:** Ich glaub es wäre ganz gut, wenn die Möglichkeit von zum Beispiel „Probewohnen“ für ein paar Tage oder wenn nur über das Wochenende ist. Solange man noch ganz bei Sinnen ist, kann man, glaube ich schon sagen, ob mir das Heim, und das ganze „rund um a dum“= (Umfeld) überhaupt zusagt.

Ich weiß nicht, ob das möglich ist. Die Idee finde ich aber gut!

**A3:** Ich wurde zu den Gewohnheiten meiner Mutter nicht befragt, ich kann mich jedenfalls an nichts wirklich erinnern. Ich habe aber den Schwestern klar gesagt, was meine Mutter will und was nicht. Die ersten Tage lag sie immer schon um 18:30 im Bett und hat um 19:00 wenn ich sie besucht habe, schon geschlafen. Das kann man doch nicht machen. Meine Mutter hat immer noch die Nachrichten OÖ heute geschaut und meistens noch die Zeit im Bild – erst dann ist sie zu Bett gegangen. Ich habe gesagt, dass sie erst um 20:00 zum Schafen gehen soll.

Wäre es für sie wichtig gewesen, solche Dinge im Vorfeld schon zu besprechen?

**A3:** Meiner Meinung ist das ein Fehler, wenn es nicht passiert, ich habe das aber persönlich mit der Heimleitung und der Pflegedirektion abgeklärt. Momentan bin ich zufrieden, wies läuft.

Was heißt das für sie? Können sie das zufrieden etwas genauer beschreiben?

**A2:** Ich bin mit der körperlichen Pflege zufrieden. Meine Mutter ist immer frisch gewaschen und frisiert, wenn ich hinkomme und das ist 2 mal die Woche und unregelmäßig. Das Personal befolgt meine Anweisungen und außerdem sind sie immer freundlich.

**A1:** Ja, das kann ich bestätigen. Ich habe noch nie jemanden erlebt, der nicht freundlich war.

**A3:** Ich kann nur sagen, zu meinem Papa sind sie auch ganz lieb. Er will ja immer in den Stall gehen. Und es gibt da eine Schwester, die mit ihm immer über die Landwirtschaft und die Viecher redet, das lenkt ihn dann ab und er wird dann

ruhiger, wenn die ihm sagt, das die Küh eh schon gemolken sind und er braucht sich nicht drum kümmern. Das haben die Schwestern aber selbst herausgefunden. Mir hat das a Gefallen, wenn wir das ganz an Anfang geredet hätten, dann war´s ma vielleicht nicht so schwer gefallen, den Papa da herzubringen.

**A4:** Wenn ich zu meiner Frau komm, fühl ich mich immer wohl. Es reden alle mit mir. Irgendwia is die Station meine zweite Heimat worden. Und ich kann mit wem reden. Immer habens halt net so viel Zeit, aber sie san ja da in der Arbeit.

Das ist schön für sie, wenn sie sich da so wohl fühlen.

Wie haben Sie von der Diagnose erfahren?

**A1:** Ich war mit meiner Mutter beim Hausarzt. Er hat das am Anfang auch nicht beurteilen können und gesagt, das das im Alter halt daherkommt und das ist normal. Erst als dann so voran geschritten ist, hat er uns zu einem Neurologen verwiesen, das aber schon kurz vor dem Einzug ins Heim.

Wie ausführlich war die Aufklärung?

**A1:** sehr kurz. Er hat gesagt, dass an Demenz leidet, und hat von einem Test,....  
Mi ---Mi

Minimental-Test

**A1:** ja, genau und hat ein Medikament verschrieben. Und er hat noch gesagt, dass er nicht weiß, ob die Tabletten wirklich wirken. Und für den Abend eine Beruhigungstablette.

Und so sind wir dann nach Hause gegangen.

Wie war das für sie?

**A1:** Meine Frau und ich haben uns im Vorfeld schon im Internet informiert und deshalb wussten wir schon ein bisschen Bescheid über Demenz.

**A2:** Uns hat der Hausarzt gleich zum Neurologen verwiesen. Man muss aber schon sehr hartnäckig sein und viel Fragen. Von selbst erzählen sie nicht so viel. Ich glaube, ich war ihm ein wenig anstrengend, weil ich so viel gefragt habe. Ich habe aber alles erfahren, was ich wissen wollte.

Werden sie von den Pflegenden hier über die Alltagsgestaltung informiert?

**A3:** Was meinen sie damit?

Ich meine damit, wissen sie, wie der Tagesablauf ihres Angehörigen? Was ist geplant?

**A3:** Ich für meinen Teil weiß es, weil ich nach frage und wie ich eh schon gesagt habe, ich habe Anweisungen für das Personal vorgegeben.

Wie wird das angenommen?

**A3:** na ja, es war schon des Öfteren ein ich sage mal Diskussionspunkt. Ich habe auch zumeist eine kompetente Ansprechperson, wenn ich was zu besprechen habe.

**A4:** Mir erzählen die Schwestern immer, wenn ich komme, was den Tag geschehen ist, aber ich bin auch ja viel da.

**A1:** Über manches wird informiert und über manches auch nicht. Nachfragen muss man schon. Aber ich der Meinung von Herrn..... Man findet zu

mindestens während der Woche immer eine Ansprechperson. Oft sind sie halt dann ein wenig kurz angebunden- aber sie haben immer viel Arbeit.

Inwiefern werden sie in die Alltagsgestaltung miteingebunden?

**A2:** ich glaube, das ist halt sehr verschieden. Aber i glaub, es darf jeder sich einbringen, soweit er will und er auch kann. Die Geburtstagsfeiern finde ich immer ganz nett.

Ich zum Beispiel helfe immer im Advent Kekse backen – das macht den meisten viel Freude und mir auch.

**A3:** Ich bin auch der Meinung, dass sich jeder einbringen kann, wie er sich will, aber es ist kein Muss – das würde mich überfordern.

Was könnte die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Angehörige verbessern?

**A1:** Was mir so noch eingefallen ist. Die Leute sitzen oft so einzeln irgendwo am Gang herum. Ich finde, sie könnten meiner Meinung mehr beschäftigt werden. Ich glaube es gibt am Vormittag eine Bewegungsstunde im Speisesaal und irgendwann kommt eine Ergotherapeutin. Meine Frau und ich kümmern uns ja sehr um meine Mutter und kommen auch täglich, aber da gibt es viele Leute, die nicht so viel Besuch bekommen und die sind einsam.

**A5:** Es gibt schon einen Besuchsdienst, aber die kommen vielleicht einmal die Woche für eine Stunde.

Hat noch jemand Verbesserungsvorschläge für die Zusammenarbeit:

**A2:** Vielleicht regelmäßige Angehörigenabende. Für mich war das heute sehr positiv. Ich habe gesehen, dass alle hier Schicksale haben und das reden darüber hat mir gefallen. So was gibt es nicht.

Pause

Gut, wenn sie keine Anregungen mehr für mich haben, dann bedanke ich mich für Ihr Kommen und ihre Mitarbeit. Es war eine sehr interessante Runde. Noch einmal danke und einen schönen Abend.

## Transkription Beispiel MitarbeiterInnen (Anna Mair)

am 18.12.12 im Altenwohnheim Ebbs von 13.00 -14.00 Uhr, Wintergarten Neubau

### **Anwesend:**

Zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und drei PflegehelferInnen, alle 100% beschäftigt

### Begrüßung

Mit dieser Gruppendiskussion möchten wir euch einladen zu diskutieren, was Mitarbeiter brauchen, um gut mit Angehörigen von an Demenz erkrankten BewohnerInnen zusammenarbeiten zu können und um herauszufiltern, was sich PflegemitarbeiterInnen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Angehörigen wünschen und was sie dazu benötigen.

### Ablaufvorgaben

Zeitvorgabe circa eine Stunde-

Die Gesprächsrunde wird mit Diktafon aufgenommen, dafür wird die Erlaubnis eingeholt.

Das Ergebnis wird anonym niedergeschrieben.

Das Ergebnis wird dann dokumentiert und ausgewertet und mit den Ergebnissen der anderen drei Gruppendiskussionen zusammengeführt schließlich daraus Schlussfolgerungen gezogen.

Jede/r TeilnehmerIn soll ausgewogen zu Wort kommen und muss die Diskussionsleiterin dafür sorgen, dass nicht Einzelne die Diskussion dominieren.

Vorbringen der Bitte, dass wegen der Aufzeichnung nicht alle gemeinsam sprechen.

Erklärung, dass sich die Diskussionsleiterin so wenig wie möglich in die Diskussion einbringt.

Erklärung, dass am Flipchart Stichwörter mitgeschrieben werden.

Erklärung des Nichtzieles der Gruppendiskussion: keine Bewertung der MitarbeiterInnen im Umgang mit Angehörigen.

Keine Diskussion über einzelne Angehörige in der Organisation sondern einfach was von den MitarbeiterInnen benötigt wird, um gut miteinander zusammenarbeiten zu können.

„Wie sieht für Euch das ideale Miteinander zwischen Angehörigen und Pflege aus?“

Das Schwierigste ist immer in die Diskussion einzusteigen aber wie sieht für euch das ideale Miteinander aus?

Zum kurzen Ablauf zu unserer Gruppendiskussionsrunde .Diese Diskussion wird auch noch in drei anderen Bundesländern mit jeweils auch fünf MA durchgeführt. Die Dauer beträgt ca. eine Stunde, je nachdem wie es uns in der Diskussion geht. Das Gespräch wird aufgenommen und da möchte ich euch gleich bitten, dass ihr mir dazu die Erlaubnis gebt. Es wird anonym ausgewertet - nicht mit Namen oder so oder sonst was. Wenn wir das Ergebnis haben, wird es dokumentiert und ausgewertet und dann mit den anderen Ergebnissen der Gruppendiskussionen zusammengeführt und eine Schlussfolgerung daraus gezogen und wenn möglich, Maßnahmen abgeleitet. Es ist wichtig, dass jeder zu Wort kommen darf und sich in die Diskussion einbringt. Bitte nicht alle durcheinander reden, weil sich sonst die Auswertung schwierig gestaltet. Dann werde ich einfach die wichtigsten Schlagwörter auf dem Flipchart vermerken. Sonst ist es schon so, dass ihr die Gesprächsrunde möglichst alleine führen sollt, ohne dass ich viel dazu beitrage. Was schon ist, das wir einen Leitfaden entwickelt haben nach dem ich euch am Ende der Diskussion fragen werde, was noch nicht diskutiert wurde. Das werde ich euch dann aber direkt fragen, um eure Meinung dazu zu erhalten. Das wäre es...was noch ist, ist dass diese Gruppendiskussion nicht das Ziel hat, zu bewerten, wie wir mit Angehörigen umgehen. Auch soll nicht über einzelne Angehörige in der Organisation diskutiert werden sondern global, was ihr braucht um gut mit Angehörigen arbeiten zu können. Ich glaube, das Wichtigste ist gesagt und würde ich gerne mit dem ersten Grundreiz die Diskussion eröffnen.

„Wie soll für euch das ideale Miteinander zwischen Angehörigen und Pflege ausschauen?“

Ich habe es auf dieses Plakat geschrieben als Anhaltspunkt, damit man immer wieder einmal schauen kann, worum es geht. Den Fragebogen haben wir selber aufgebaut und soll herausfinden, was ihr an Unterstützung und Hilfen und Informationen benötigt, um gut mit Angehörige und Kollegen zusammenarbeiten zu können.

Das Schwierigste bei Diskussionsrunden ist immer der Anfang. Ich möchte mit der Frage beginnen: Was glaubt ihr, wie das ideale Miteinander zwischen Pflege und Angehörigen ausschauen sollte?

**M2:** Dass man miteinander kommunizieren kann und dass jeder weiß seitens Angehörige wie auch Pflege /eh/ dass man mit allem kommen kann, wenn was zum Fragen ist, dass man keine Hemmungen hat zu Fragen oder was. Wichtig ist auch, dass wir den Angehörigen viel Information geben. Vielleicht auch über die Erkrankung selber, was im Krankenhaus oft von den Ärzten oft versäumt wird und so. Wenn die Angehörigen aber zu wenig über die Krankheit wissen, dann kann das auch immer wieder zu Konflikten führen. Wenn man ihnen das aber wegnimmt, wissen sie auch mehr und es kommt nicht so leicht zu Konflikten. Dass man ihnen vielleicht sagt, dass es so oder so sein kann. Dann läuft es vielleicht auch besser.

**M5:** Ja vielleicht auch aufzeigen, was noch kommen wird in Zukunft

**M2:** Genau

**M5:** Dass sie sich ein bisschen einstellen können, ohne dass sie dann das Gefühl haben, dass wir versagt haben auf Deutsch gesagt. Dass der Verlauf so sein könnte.

**M3:** Dass wir ihre Angehörigen nicht heilen können, sondern nur schauen, dass ihre Angehörigen so lange wie möglich einen guten Level haben. Dass die Pflege dahingehend geht, dass es einfach nicht besser wird, sondern sich eher verschlechtern wird.

**M4:** Wenn das eine Diskussion ist, dann darf ich auch was anderes sagen. Oder eine andere Meinung haben. Es ist super, dass man die Angehörigen darüber informiert. Aber ich frage mich, ob wir dafür die richtigen Leute sind? In der Pflege, ob das nicht vielleicht von den Ärzten passieren sollte, und dann frage ich mich, wie ja gerade in der Demenzerkrankung oft die Angehörigen es nicht wahrhaben wollen oder einsehen können und deswegen denke ich mir schon, dass das Aufklärungsgespräch von Ärzten oder im Krankenhaus passieren sollte. Weil uns glauben sie vielleicht auch nicht was wir sagen und ich finde, dass vielleicht Kompetentere über das Krankheitsbild aufklären sollen.

**M2:** Das im Großen und Ganzen schon aber ich finde einfach, es sind manche alltagsbezogene Sachen.



**M5:** Kleinigkeiten.

**M3:** Wo man so in einem ärztlichen Gespräch die Fragen von Angehörigen, die da so kommen, weiterhelfen können.

**M5:** Aber das Erstgespräch und die Aufklärung auf alle Fälle einmal zuerst von den Ärzten.

**M3:** Das im Großen und Ganzen schon aber die ganzen alltagsbezogenen Sachen die versäumt werden oder nicht zur Sprache kommen, da sollen die Angehörigen schon von uns aufgeklärt werden.

**M6:** Zum Beispiel, dass eine Schluckstörung dazu kommen kann, das keine Ahnung etwas dazu kommen kann. Es ist wahrscheinlich ein Problem das die Angehörigen nicht sehen wollen.

**M4:** Ideal wäre es auch, da wo man weniger Einfluss hat aber der Bewohner mehrere Angehörige hat, dass sich wenigstens die Angehörigen einig wären. Der eine Angehörige möchte zum Beispiel, dass seine Mutter mehr Ansporn kriegt und mehr Input und noch mehr gefördert werden soll. Der andere möchte, wenn es der Mutter nicht so gut geht, wir sie im Bett lassen. Ach lassen wir sie! Und das ist oft das Schwere das Mittelglied zu finden. Vielleicht wäre es gut, wenn sich der Arzt mit den Angehörigen bespricht, wir es vielleicht mehr anregen sollen und ein Gespräch vermitteln zwischen den Angehörigen untereinander. Ich weiß zwar nicht, ob wir uns da zu viel in die Privatsphäre von den Angehörigen mischen, aber vielleicht sind sie sich dann einig, wie es weiter geht mit ihren Angehörigen und was sie von uns und gegenseitig erwarten?

**M3:** Dass man sich, wenn Interesse besteht, vom Haus her zusammensitzt mit den Angehörigen und fragt wie es ihnen dabei geht. Da kann ja auch ein Arzt dabei sein. Dass sie einfach mal sagen können, wie es ihnen geht. Wir wissen oft nicht, was für Gedanken sie haben oder wie es in Ihnen aussieht?

**M2:** Ich finde auch, dass man besonders die Angehörigen am Anfang ernst nehmen soll und dass sie uns ernst nehmen sollen. Da denke ich, wir haben eine so gute Pflegeplanung, geh und dann machen wir die Planung und dann finde ich es gut wenn man mit den Angehörigen darüber redet oder ihre Ideen noch erfragt. Besonders bei der Aufnahme da geht es alles viel zu schnell! Die kommen da herein und alles ist neu. Ich meine es allgemein. Da müsste die Zusammenarbeit

besser geplant werden. Ich weiß nicht, vielleicht sollen sie auch mit uns reden wenn etwas nicht passt. Oder Sie haben auch keine Bezugsperson bei uns.

**M3:** /eh/ die Erwartungen uns gegenüber Sie haben. Keine Bezugsperson im Haus oder nicht einmal auf der Station als Ansprechpartner.

**M4:** Das wäre gut! Auf einmal haben sie eine Sturzmatte oder Seitenteile und die Angehörigen sind nicht informiert. Die Angehörigen sind dann oft total entsetzt .Ja Daheim waren sie noch mobil. Bei uns sind sie auf einmal gedämpft

**M5:** Und haben eine Protektorhose an sind überhaupt nicht mehr frei. Wollen das die Angehörigen überhaupt? Welche Erwartungen haben sie uns gegenüber.

**M4:** Ja da haben wir aber das Leitbild erstellt und da hat es ja geheißen was wir für Möglichkeit haben und was sie erwarten können. Und da ist schon gestanden, dass wir ein Erstgespräch haben worüber die Angehörigen schon aufgeklärt werden was möglich ist und was nicht. Ich glaube schon, dass der Herr Geisler [Heimleiter] schon Ansprechpartner ist oder die Anni [Pflegedienstleiterin]. Ich glaube schon, dass wir das haben. Ein Erstgespräch soweit, dass sie wissen was sie erwartet. Aber dann sind sie auf der Station und wie geht's dann weiter? Ja aber speziell für die Demenzbewohner, dass da jemand zuständig wäre also Ansprechpartner das wäre gut.

**M2:** Aber das kann auch nicht nur einer machen auf der Station, der muss den Angehörigen schon zu Gesicht stehen. Es ist nicht gesagt, nur weil einer dafür zuständig ist, dass das besser ist. Denn es ist immer eine Sache vom Öffnen her. Wenn mir der nicht sympathisch ist, dann öffne ich mich als Angehöriger nicht. Kommst du mit Anni?

Ja gut super!

**M4:** Ich hätte noch den Vorschlag, dass wir eine Angehörigenselbsthilfegruppe gründen lassen .Oder es Nachmittage gibt, wo man sich trifft und wo andere Angehörige von demenzerkrankten Bewohnern zusammenkommen und ein Meinungsaustausch stattfindet, aber die Angehörigen dabei nicht alleine lässt, sondern sie geführt werden.

Das gibt es jetzt seit kurzen!

**M4:** Bei uns gibt es das? Seit wann?

**M1:** Das wurde im November vom Sprengel [ambulanter Dienst] gegründet.

Ist die einzige Selbsthilfegruppe des Unterlandes. Zweimal haben sie sich schon getroffen. Dabei geht es aber nicht um das Altersheim sondern um den extramuralen Bereich

**M4:** Bei uns im Haus?  
Ja, aber da könnten unsere Leute auch hingehen

**M5:** Das wäre vielleicht auch ideal, wenn das jeder Mitarbeiter im Haus wüsste. Damit wir es unseren Angehörigen vorschlagen könnten, dass es das jetzt in der Unteren Schranne [Einzugsgebiet des Heimes und des ambulanten Dienstes mit 12.000 Einwohnern] gibt.

**M4:** Oder es die Ärzte den Angehörigen sagen. Wir könnten auch die Kontaktadresse weitergeben .Oder im Krankenhaus Kufstein, dass man dort schon erfährt, dass es eine Selbsthilfegruppe im Altersheim als Ansprechpartner gibt.

**M5:** Oft wissen wir selber gar, nicht was so läuft im Haus. Folder könnten wir machen, gibt's ja auch nicht, und auflegen. Ja, dass das die Leute auch wirklich wissen.

**M2:** Ja, so groß soll es auch nicht werden es soll ja für unsere Leute sein.

**M3:** Das soll halt für die Leute aus dem Unterland sein.

**M4:** Das finde ich wirklich gut, ich habe das echt nicht gewusst, dass es eine Selbsthilfegruppe gibt.

**M3:** Das wäre sicher Interessant.

**M2:** Weil einfach, wenn die Angehörigen beisammen sitzen, man gegenseitig seine Erfahrungen austauscht kann. Es ist ja oft etwas gleich in der Demenz.

**M4:** Das wäre sehr wichtig.

**M2:** Dann ist einem vielleicht schon wieder leichter wenn man merkt, dass es den anderen gleich geht. Wenn es einem schwer ist und man sich alleine gelassen fühlt, geht es einem vielleicht wieder besser. Man hätte Fragen und möchte Antworten.

**M4:** Im Prinzip tun das unsere Angehörigen eh schon, dass sie sich ein bisschen zusammen tun und ihre Erfahrungen austauschen. Aber so gezielt, das wäre schon lässig, das wäre sicher eine gute Idee.

**M1:** Die Frage ist auch noch, sehen wir es als miteinander zwischen Angehörige und Pflege? Manchmal sehen wir sie auch, dass sie gegen uns sind, weißt du wie ich meine?

**M5:** Bis das Vertrauen aufgebaut ist!

**M3:** Ja manchmal, weil sie das Verständnis nicht haben für die Krankheit oder das Fortschreiten der Erkrankung.

**M4:** Das ist die Phase, wo man sich eingestehen muss, dass es jetzt so ist.

**M3:** Wo der Bewohner in die Phase kommt, wo er sich verschlechtert, wo er den nächsten Sprung macht.

**M5:**

Das hätte ich mit dem gemeint, dass man gleich einmal sagt, was noch passieren kann. Wenn es dann passiert, haben die Angehörigen nicht das Gefühl, wir haben alles falsch gemacht, sondern das ist einfach der Verlauf der Krankheit. Ja, sagst du es später, hören sie dich nicht mehr, dann ist es zu spät. Das ist dann schade.

**M3:** Sie glauben das auch so schwer, vielleicht eh mit so einer Gruppe. Da merkt man dann, ja der hat die gleiche Krankheit, das kommt einfach.

**M4:** Ich finde auch wichtig, dass die Angehörigen vertrauen zu uns haben dazu gehört auch, dass wir bedingungslos ehrlich sind. Das ist so ein Punkt und solange das nicht passiert, haben die sicher kein Vertrauen zu uns. Um das Vertrauen zu gewinnen, muss ich zuerst absolut ehrlich sein. Es braucht auch sehr viel Zeit für die Gespräche für Angehörigen, was ich finde, dass wir das nicht gut tun können. Denn sie brauchen einen so hohen, viel zu hohen Zeitaufwand und wir sind beim Arbeiten und haben das und das zu tun, da ist es wirklich zu kurz, mit den Angehörigen zu sprechen. Nicht, dass ich es nicht gerne möchte! Weil sie es brauchen. Oft muss man die Angehörigen mehr betreuen als die Bewohner. Aber dafür ist keine Zeit eingeräumt. Ich war selber ein betroffener Angehöriger. Ich kann zwar zusätzlich in den Durchführungsnachweis Angehörigengespräch führen eintragen. Aber ich habe nur acht Stunden zum Arbeiten. Manche Angehörige brauchen oft eine Stunde und das wäre dann oft auch noch nicht genug und du

kommst einfach nicht weg. Oft auch noch in deiner Mittagspause, wenn sie das Bedürfnis haben zu reden.

**M2:** Man merkt auch, dass sie es viel öfter brauchen würden.

**M5:** Ja eine Viertelstunde ist oft zu wenig.

**M3:** Ja, dann denk ich mir, ich nehme mir doch Zeit, aber Planen kann man es auch nicht wirklich, weil ich nicht weiß, wenn der Angehörige das Gespräch braucht, wann er reden möchte.

**M1:** Ich wäre aber schon dafür, dass man fix sagt, zu mindestens einmal im halben Jahr muss man mit jedem Angehörigen eines demenzkranken Bewohners ein längeres Gespräch führen. Ich wäre da schon so.

**M2:** Ich finde, dass es öfter sein sollte oder bei Bedarf.

**M1:** Oder mit einer 100% Schwester oder Stationsschwester, oder ich meine, die dafür Zeit haben.

**M5:** Bei Bedarf wenn es Ihnen schlecht geht aber auch gezielt nachfragen, wie geht es dir mit dem Ganzen? Das fragen wir nicht, wir fragen auch nur die normalen Floskeln.

**M2:** Das wird sich nicht ausgehen, man redet ja sowieso mit den Angehörigen jeden Tag ein bisschen, das schon. Aber dass du wirklich auf ihn zugehst und fragst, wie geht's dir? Bist zufrieden mit der Betreuung deines Angehörigen, dass du auf ihn zugehst und sagst, Treffen wir uns morgen Nachmittag und reden einmal durch, was wir jetzt alles bei deinem Papa oder Mama machen und dann sage ich das aber schon. Oder jetzt ist es leider viel schlechter geworden, schau, jetzt kann er nicht mehr gehen und so weiter.

**M4:** In deiner Freizeit?

**M1:** Nein nicht in meiner Freizeit.

**M4:** Da muss ich arbeiten! (Lachen aller) Da muss ich Bewohner ins Bett bringen oder beim Essen helfen. Nein, eben das muss schon einer machen. Der ist dann aber gerade nicht da, wenn er gebraucht wird.

**M2:** Manche sagen schon von Haus aus, das interessiert mich nicht oder kann es nicht. Außer es sind mehrere, dann könnte man sich vom Haus aus zu einer Gesprächsrunde zusammenfinden.

**M4:** Du meinst eher, dass du separat da bist mit einer kleinen Runde oder was? Oder einen Angehörigen persönlich, wenn das meine Mutter ist, oder einen Sachwalter, weiß es nicht, halt einen einladen.

**M5:** Das bräuchte es eigentlich bei allen Angehörigen.

Ja ich weiß, aber wir haben uns auf Angehörige von demenzerkrankte Bewohner beschränkt. Ja es ist sicher noch schwieriger, wenn ich selbst betroffener bin und einen an Demenz erkrankten Angehörigen habe.

**M4:** Ich bin selber Betroffene einer demenzkranken Mutter gewesen, ich denke mir so oft, dass es eigentlich eine der schlimmsten Krankheiten ist, weil es ein Abschiednehmen ist. Er ist physisch da und es ist so ein arger Prozess, wenn ich denke, wie schlecht es mir dabei gegangen ist. Und ich weiß aber auch, wie wichtig es ist, wenn es dir schlecht geht und du dich bei dem Pflegepersonal ausweinen kannst. Das tut schon gut, nur kann man das nur spontan machen.

**M1:** Es geht ihnen sicher schlecht, den Angehörigen!

Mir ist es auch nicht anders ergangen wie ich feststellen musste, dass mich meine Mutter nicht mehr erkennt, da hilft alles Fachwissen nichts, es trifft dich voll auf der emotionalen Ebene!. Ja am Anfang hat man Hemmungen. Auch wenn du dich damit abgefunden hast, ist es nach wie vor noch hart. Du kannst zuschauen bis zum bitteren Ende, wo dich der Mensch wirklich nicht mehr kennt. Was dann so schwierig ist.

**M3:** Ja, dass man die Gespräche dazwischen sowieso braucht um die Angehörigen aufzufangen, ist unumstritten schon ein guter Ansatz.

**M2:** Es bleiben einfach sonst zu viele Fragezeichen für den Angehörigen, wenn keiner da ist, der sie informiert. Wo du einfach siehst, deine Eltern verändern sich, aber du auch nicht so genau weißt Wie?, Warum? Wieso?. Man hat Hemmungen, du traust dich vielleicht nicht nachzufragen und bist dann mit deiner Not und Ängsten alleine.

**M3:** Die Angehörigen schämen sich oft, wie sich ihre Angehörigen uns gegenüber verhalten und versuchen sich zu entschuldigen. Das sie vielleicht für das Personal

lästig sind oder für die Mitbewohner. Die Angehörigen fragen oft na wie geht's euch jetzt mit ihr, früher war sie nicht so. Dass du dann Zeit hast, um mit ihnen reden zu können. Da musst du zeitnah reagieren und ein Gespräch führen, nicht erst in einer Woche. Die Zeit muss man dann haben und sich nicht vor Kollegen rechtfertigen müssen und sagen können, ich habe jetzt mit der Angehörigen 10 Minuten redet müssen, weil sie ein Problem gehabt hat.

**M5:** Ja genau das finde ich auch.

**M3:** Ja danke, das passt so.

**M4:** Ja aber manche Angehörige fordern so viel Zeit die wir im normalen Stationsablauf nicht geben können.

**M1** Was sagt ihr eigentlich dazu. Wie sieht das ideale Miteinander zwischen Angehörigen und Personal aus?

**M2.** Ich sehe es so, dass der Angehörige sehr wertvoll für uns sein soll nicht als störend empfunden werden soll. Dass er, wenn wir gut zusammenarbeiten sehr wichtig für uns ist. Er braucht uns und wir brauchen ihn. Weil wenn sie gut ausgekommen sind, wissen sie sehr viel über den Angehörigen.

**M3:** Es ist schon so, wenn ein paar [Angehörige] relativ viel Besuch bekommen, wir schon sehr in der Betreuung unterstützt werden, weil wenn die zwei Stunden unterwegs sind wir einen Bewohner weniger zu betreuen haben. Der ruft, weil im langweilig ist, weil er keine Ansprache hat, weil andere auch zum Heraussitzen sind und er beschäftigt ist. Das ist schon fein.

**M1:** Was sich die Angehörigen selber suchen, wie sie ihre Angehörigen beschäftigen können. Wir suchen ihnen selten was. Wenn die Angehörigen da sind, machen sie es mit ihnen. Suchen wir ihnen eine Aufgabe die sie mit ihren Angehörigen machen können?

**M5:** Nein, das ist noch ein Manko bei uns, dass wir ihnen noch nicht zeigen, was sie mit einem dementen Angehörigen machen können. Das machen wir oft nicht, das wird noch vernachlässigt. Z. B.: Gedächtnistraining oder irgendwas, oder was es so geben würde.

**M2:** Das machen wir schon.

**M5:** Aber ein bisschen zu wenig. Ansätze sind da, aber zu wenig noch.

**M4:** Die Ergotherapie mit ihren ganzen Sachen, die sie auf Station gebracht hat, um mit den Bewohnern durchzuführen.

Wird dies auch genutzt oder liegt es nur in den Kästen herum?

**M4:** Zu Weihnachten nicht aber sonst schon.

**M5:** Aber wir müssten es den Angehörigen zeigen, was sie noch machen könnten. Wir machen es oft am Vormittag, aber Nachmittag wenn die Angehörigen da sind, zeigen wir es ihnen nicht. Da gehen sie oft spazieren mit Ihnen.

**M4:** Aber engagierte Angehörige fragen danach zum Beispiel. Luftmaschen häkeln, Memo und so weiter.

**M2:** Aber wir müssen auf die Angehörige zugehen, die nicht selber fragen, sondern Sie motivieren, sich mit ihren Angehörigen gemeinsam zu beschäftigen.

**M4:** Ich sehe es manchmal als Flucht oder Desinteresse.

**M2:** Das kannst du jetzt so nicht beurteilen-

**M1:** Vielleicht sollte man bei der Aufnahme schon darauf eingehen, was der Bewohner gern gemacht hat.

**M2:** Es gibt auch Stadien der Demenz, wo es oft nicht mehr möglich ist zu kommunizieren. Es ist dann sehr bedrückend. Sie kommen zu Besuch, können nicht recht reden und wären froh, wenn sie etwas Sinnvolles machen könnten. Man möchte ja was Sinnvolles tun. Haben dann das Gefühl, ich bin dagewesen und habe nichts getan. Fühlen sich oft schlecht. Wir sollen dann schauen, dass sie sich nicht einfach zurückziehen, sondern ihnen sagen, dass es sehr wertvoll für ihren Angehörigen ist, wenn sie einfach nur da sind. Dass ihr Angehöriger die Stimmung schon noch aufnimmt, positiv wie negativ. Ihr könnt einfach nur dazusitzen, ihr müsst nicht weiß-was machen.

**M3:** Dass man ihnen einfach mal was vorliest oder den Snoozeleraum anbietet, damit sie sich zurückziehen können.

**M5:** Du siehst echt nur den Idealfall von Angehörigen, ich sage dir, es gibt Angehörige, die sitzen sich gerne ins Kaffee, nehmen die Angehörigen mit nach unten und trinken ein Bier und Ratschen untereinander und vergessen ihre Angehörigen ganz. Zum Beispiel eine Angehörige hat fünf Kinder, die sitzen umeinander und trinken Kaffee und essen Kuchen und die Bewohnerin schreit



umeinander bis wir zu ihnen sagen, sie sollen sie bitte wieder auf Station bringen. Sie machen es nicht aus Boshaftigkeit, aber es fehlt oft das Verständnis.

**M4:** Ich habe auch was gefunden für die Angehörigen. Es gibt eine Angehörigenzeitung es heißt „Eine wichtige Zeit meines Lebens“ und da können Gedanken festgehalten werden, Gefühle und auch Fotos eingeklebt werden. Es wäre toll, wenn man es in Angehörigengruppen vorstellen könnte und ihnen so die Möglichkeit gibt, schöne Momente festzuhalten, es heißt Angehörigenbegleitbuch. Ich habe es selber im Internet gefunden aber selber in der Hand gehabt habe ich es nicht.

**M2:** Ist wahrscheinlich gut, wenn man sich es von der Seele schreiben kann.

**M5:** Zum Beispiel bei ihren Geburtstagsfeiern oder wenn ein Foto von der Mama gemacht wurde und dazu seine Gefühle aufschreibt, das hätte mir sehr viel geholfen. Wo sie lacht und dass man das dann hineingibt, ist sicher eine nette Erinnerung. Mir hätte das sicher sehr gut getan. Und auch der Stammtisch wäre für mich das Um und Auf, oder Selbsthilfegruppen, oder, oder

**M1:** Wenn ich jetzt jemanden im Heim hätte möchte ich gut informiert sein. Dann möchte ich gerne, dass ich nicht das Gefühl habe, ich bin ein lästiger Angehöriger.

**M5:** Das glaube ich geben wir eh nicht den Angehörigen, oder? Wo die Türen ja jederzeit auf sind und sie immer kommen oder anrufen können.

**M4:** Das finde ich auch gut, dass du jederzeit kommen kannst.

**M3:** Dass wir ihnen einfach sagen, dass von 8-9 Uhr einfach oft gewaschen wird und wenn sie uns nicht unterstützen wollen, wäre es besser, wenn sie danach kommen könnten. Aber es ist im Prinzip jederzeit möglich, können auch schon um 8.00 Uhr. Was manche auch tun (Lachen aller)-

**M2:** Wenn ich der Angehörige bin, muss man manchmal auch der Unangenehme sein.

**M5:** Sie regen sich über Sachen auf, wo sie oft schon Recht gehabt haben sich darüber aufzuregen.

**M2:** Was man davor [als Pflegeperson] auch nicht sieht.

**M5:** War öfter schon bei verschiedenen Situationen, das ihnen vorkommt, dass bei gewissen Sachen bei ihrer Mama zu wenig passiert. Oder das und das nicht

richtig ist. Wo ich mir danach gedacht habe, stimmt, ich hätte mich auch aufgeregt.

**M4:** Ich möchte auch noch bei der ganzen Angehörigenarbeit sagen, ich als Pflegende bin manchmal ein bissl überfordert, das möchte ich euch auch noch sagen. Und zwar nicht mit der Arbeit mit dementen Bewohnern überfordert sondern darauf habe ich mich eingelassen, das ist mein Beruf, meine Ausbildung, das mache ich, aber was mich oft extrem aufregen kann, ehrlich, das sind die Angehörigen, die sehr aufwendig sind und ich mir denke, warum muss ich die auch noch haben?. Die laden mir den Mist von ihnen auch noch auf, du hast dein Leben, deinen Beruf und dann noch die Angehörigen die dich oft zu palavern. Zum Beispiel eine Angehörige, die selber Psychiaterin war, die ist dagestanden und hat dir 20 Minuten über ihr Leben erzählt, das zeigt zwar das sie sich aufgehoben fühlt aber manchmal denke ich mir schon für was wir alles zuständig sind.

**M3:** Ja das schon, ihnen geht's gut, aber wie geht es mir dabei? Dabei fühle ich mich oft als seelischer Mistkübel. Ganz gewiss wahr. Und wenn du dann noch Kollegen hast, die dir ihren Mist erzählen, das hast ja auch noch nebenbei, denen du auch noch zuhören musst, aber ich denke, wir sind in gewisser Weise manchmal Seelsorger

**M2:** (*Lachen*). Danke, dass du für uns der Mistkübel bist.

**M4:** Das probiert jeder, jeder versucht es Gott sei Dank, damit brauchen wir weniger Psychiater (*Lachen* aller). Wir von der Pflege sind dafür schon prädestiniert, kein Wunder das es so viele Burnouts gibt.

**M1:** Ich weiß in Innsbruck ein Heim, da haben sie eine Lebensberaterin für Demente eingestellt.

**M3:** Wer wird dabei betreut, die Angehörigen oder die Dementen?

**M1:** Nein, die Bewohner werden da betreut, ja wahrscheinlich auch die Angehörigen. Sie hat eine Ausbildung in Kommunikation und alles Mögliche.

**M4:** Ich will eine Psychiaterin im Haus! Ist ein Scherz. Gleich wie Ergotherapie im Haus auch eine Psychotherapie wäre toll. Ha für uns (*Lachen* aller). Für uns nein, für die Leute. Es gibt ja schon Ausbildungen für Seniorenberatungen, das gibt es ja schon oder Personalberatungen. Wie sagen wir immer? Supervision und mehr.

Na, na, Lebensberatung für alte Leute da gibt es was. Die haben ja so viele Psychopharmaka und anderes. Die was ihr Leben nicht aufgearbeitet haben.

**M3:** Wenn Bewohner ihr Leben nicht aufgearbeitet haben, bist du extrem auf Angehörige angewiesen die sagen, das und das ist gewesen. Wir haben auch schon Bewohner gehabt, die aus Polen vertrieben worden sind. Wo man merkt, oh, jetzt ist sie gerade wieder auf der Flucht, jetzt wird sie gerade angegriffen das kannst du dir dann wirklich vorstellen. Da brauchst du dann Angehörige die sagen, das war vorher schon so das hat sie bis jetzt nicht verarbeitet. Und in der Phase der Demenz werden wir es auch nicht mehr aufarbeiten können.

**M4:** Aber das Ganze geht ja in die Biografiearbeit hinein. Da brauchst du dann die Angehörigen, dass du weißt, wie weit hat er es aufgearbeitet. Was ich super finden würde, wenn wir mehr Schulungen für Angehörigengespräche erhalten könnten.

**M1:** Das wäre super.

**M4:** Wie kann ich reden mit den Angehörigen oder wie schütze ich mich.

**M2:** Wie mache ich es, dass es den Angehörigen gut geht und mir auch noch.

**M4:** Weil das Ausgelaugt werden da herinnen oft vorkommt. Es ist einfach so, dass an uns gesaugt wird besonders an uns Frauen, wenn man Familie auch noch hat.

**M2:** Ja das trifft auch uns Männer.

**M5:** Entschuldigung (Lachen aller), das war jetzt gemein, ja du hast recht es trifft auch Männer. Aber durch das, dass wir so viel Frauen sind. Entschuldigung.

**M2:** Das passt schon.

**M1:** Das ist oft nicht so leicht, alle Angehörigen und Bewohner sitzen am Tisch und du stehst außen. Was erwarten die Angehörigen jetzt von dir? Bist nicht da, dann ist nicht recht, tust du was ist es nicht recht, das ist schwierig, wie tust du da. Wenn du nicht da bist sagen sie auch, nie ist jemand da. Schwierig, schwierig, ja.

**M3:** Das ist oft schwierig, man macht etwas mit einer Tochter aus und die nächste will es ganz anders haben, da hat man das Gefühl, ich werde eh nicht ernst genommen.

**M5:** Da geht es ihnen mit uns aber auch genauso. Wir Mitarbeiter sind uns auch nicht immer einig.

**M2:** Wenn Konflikte unterer den Angehörigen herrschen ist es oft schwierig, weil wir ihre Situation nicht mehr lösen können.

**M3:** Aber das überträgt sich dann automatisch auf den Bewohner und auf das Heim, und auf das Personal. Bei manchen Bewohnern bist du die ganze Zeit in der Zwickmühle, wenn die Angehörigen da sind, weil du es einmal dem und einmal dem gerecht machen möchtest.

Eine Frage hätte ich noch. Seht ihr euch von den Angehörigen in der Auskunft zur Lebensgeschichte und Gewohnheiten der Bewohner gut unterstützt?

**M5:** Ich glaube, dass wir da oft selber zu wenig nachfragen.

**M3:** Da müsstest du oft mehr Zeit haben um nachzufragen, um auf die Biographie einzugehen.

**M2:** Ich glaube auch, dass es in der jetzigen Zeit viele Angehörige gibt, die nicht viel über ihre [die der Bewohner] Gewohnheiten wissen. Weil sie selber die ganze Woche in der Arbeit sind und die Eltern oft nur vereinzelt am Wochenende sehen.

**M5:** Bei uns denke ich, wissen sie schon noch viel.

**M2:** Bei euch am Land, aber bei uns in der Stadt nicht.

**M1:** Aber wenn einmal die Routine drinnen ist, fragt man nicht mehr so viel nach. Nein das stimmt.

**M1:** Dann laft's wias laft“.

**M4:** Am Anfang muss man es machen, wenn es da nicht passiert, dann nicht mehr.

**M1:** Ja, hast Recht.

**M3:** Es liegt auch daran, wie die Frequenz der Besuche von den Angehörigen ist. Wenn die oft da sind. Bei manchen kommt einmal im Monat jemand, bei anderen jeden Tag.

**M2:** Und manche kommen so gut wie gar nicht und wenn sie dann kommen, dann drehen sie gleich voll auf.

**M3:** Dann muss man gleich volles Programm fahren.

**M2:** Oft auch weil sie ein schlechtes Gewissen haben.

Inwieweit seht ihr euch von den Angehörigen im Tagesablauf der Bewohner unterstützt?

**M5:** Bei manchen ganz gut und bei manchen überhaupt nicht.

**M2:** Da haben wir auch schon ganz super Leute gehabt, die uns sehr viel abgenommen haben. Die uns wirklich unterstützen, die sich abwechseln mit den Besuchen, damit oft jemand da ist.

**M3:** Oft kommen Angehörige und helfen der Mutter beim Essen. Ja, die zu den Essenszeiten kommen sitzen sich gerne daneben und reden und helfen ihren Angehörigen gerne beim Essen.

**M2:** Oft bei denen Familien wo es ganz gut funktioniert, die haben eine gute Bindung zu dem Bewohner.

**M5:** Nein, nein ich glaube, es kommt darauf an, wie sie vom Vater und von der Mutter erzogen worden sind. Manchmal sind nur ein oder zwei Kinder und das funktioniert super und andere haben zehn Kinder und es funktioniert überhaupt nicht. Was du in deiner Kindheit bekommen hast, das gibst du auch wieder zurück.

**M3:** Es gibt schon Einige, die bekommen immer am selben Tag in der Woche Besuch.

**M4:** Das stimmt schon, aber eigentlich ist es nur ein kleiner Teil, die uns unterstützen.

**M5:** Ich weiß aber nicht, ob das die Mitarbeiter überhaupt möchten.

**M1:** Manche haben das Gefühl, dass man dann vielleicht eine Schwester abzieht, da weniger Arbeit ist. Deshalb wird es gar nicht gewünscht.

**M4:** Ehrlich? Das habe ich noch nicht gehört dass das jemand nicht mag?

**M5:** Das schon, aber nur zu einem gewissen Teil.

**M4:** Bei der Körperpflege wäre es ein bisschen eigenartig. Aber sonst.

**M3:** Das möchten auch die Angehörigen nicht.

**M5:** Das würde zu weit gehen.

**M5:** Aber oft werden sie schon als lästig empfunden.

**M5:** Nein, das glaube ich nicht.

**M1:** Ich glaube, dass das bei euch auch nicht anders ist.

**M5:** Ja, das glaube ich auch.

**M3:** Nein ich freue mich immer.

**M4:** Wir haben nette Angehörige.

**M5:** Die können dir auch unsympathisch werden, wenn sie den ganzen Tag da picken, dann gehen sie dir schon gehörig auf die Nerven.

**M4:** Das liegt auch an der Sympathie der Angehörigen, ob man sie als belastend empfindet oder nicht.

**M5:** Genauso ist es auch.

**M1:** Ich weiß von Seminaren her, dass wenn es sich um schwierigere Angehörige handelt, sie von Pflegepersonal als lästig und störend empfunden werden. Das ist immer wieder Diskussion im Seminar gewesen. Wo darauf hingewiesen wurde, dass wir als Pflegepersonal uns bewusst machen müssen, wie wertvoll der Angehörige für uns ist. Wie viel er uns entlasten kann. Man muss ihn als positiv sehen.

**M4:** Das ist logisch, dass wir das tun. Das hat sicher mit Sympathie was zu tun.

**M5:** Ja, das passt echt gut. Man hatte aber auch welche, wo man froh ist, wenn sie wieder gegangen sind, weil sie eine solche Unruhe in die Station bringen und den Bewohnern nicht gut tun.

**M4:** Das wissen wir ja alle. Wo wir uns nicht gefreut haben, wenn sie zu Besuch kamen. Das liegt aber an der Art, was die Angehörigen gehabt haben.

**M2:** Wo du als Pflegeperson alles machen willst und du machst es ihnen nicht richtig. Es geht einfach nicht.

**M4:** Es gibt einfach manche, mit denen nicht gut Kirschen essen ist.

**M3:** Manchmal ist es aber schon gut, wenn der Angehörige seine Meinung sehr vertritt und du die Sachen überdenkst, denn man ist schon sehr eingefahren in seinem Job und wenn du dann darauf kommst, dass sie Recht haben.

**M4:** Aber soll eigentlich der Bewohner im Mittelpunkt stehen und nicht der Angehörige? Wir haben ja auch schon die Erfahrung gemacht, dass die Angehörigen bestimmen was der Bewohner machen darf. „Das isst du jetzt und sag ja es schmeckt dir usw.“ Wir haben wirklich schon Angehörige gehabt, wo wir eine Bewohneranwältin zuziehen haben müssen, weil die Angehörigen teilweise so dominant sind. Teilweise müssen wir die Bewohner vor den Angehörigen schützen. Das ist auch schon dagewesen.

**M1:** Dass wir als Pflegekräfte professionell sind, sehn es zwar als unsern Beruf, aber wir sind nicht emotionslos. Wir sehen es nicht als Angehörige, weil wenn ich Angehöriger bin, sehe ich es mit viel mehr Emotionen, sie wollen manchmal sicher oft nicht so gescheit sein, wie sie uns vorkommen. Sie sehen es einfach aus einer anderen Perspektive. Sie sind manchmal einfach hilflos und da reagiert man oft empfindlicher.

Inwiefern seht ihr eine Überforderung bei Bewohnern nach einem Besuch ihrer Angehörigen?

**M4:** Ja sehr. Besonders wenn sie ihn nicht mehr erkennen. Das ist sehr belastend

**M3:** Angehörige können damit lange nicht gut umgehen, wenn sie nicht mehr erkannt werden oder man sie als Mutter oder Schwester sieht.

**M4:** Zuerst versuchen sie es zu überspielen und sagen, ja Mama, was ist heute mit dir los. Ja, sie ziehen es ins Lächerliche.

**M5:** Ja, da sind schon viele weinend aus der Tür raus.

**M3:** Da ist dann halt ein Gespräch wichtig, dass man ihnen erklärt, dass das zur Krankheit dazugehört, dass es anderen auch so geht!

Seht ihr die Fortbildungsmaßnahmen im Haus für Angehörige und für euch als ausreichend?

**M4:** Da hätten wir noch viele gute Ideen.

**M2:** Einfach viel von dem was wir diskutiert haben.

**M5:** Ja eine Fortbildung zu diesem Thema wäre sicher sehr hilfreich. Wie wir mit den Angehörigen umgehen sollen, wie wir schwierige Gespräch führen sollen. Dann wär sicher ein eigener Angehörigenstammtisch sehr gut.

**M2:** Angehörigenfortbildungen über Demenz anbieten, damit sie besser damit umgehen können. Z. B.: von den Abläufen her und was noch alles geschehen kann.

**M3:** Ja wenn die Angehörigen so mit dir reden, was gibst du dann für Antworten?

**M5:** Was darf ich sagen?

**M3:** Wie weit bin ich professionell, wie weit bin ich privat?

**M4:** Das kannst du aber nicht lernen, das ist immer situationsbezogen.

**M3:** Aber trotzdem gibt es einig Tipps dazu.

**M5:** Man gibt halt oft seine eigene Meinung dazu.

**M2:** Ich täte sagen, so oder so, man muss einfach immer aufpassen, welche Worte man verwendet.

**M5:** Ja das ist das.

Von wem seht ihr euch im Umgang mit Angehörigen unterstützt (Lachen aller)

**M4:** Natürlich von der PDL und von dem Haus.

Ihr sollt ganz ehrlich sein.

**M2:** Eigentlich noch eher wenig.

**M5:** Da müsste man fast wieder vorne anfangen, was möchte ich von den Angehörigen. Was dürfen sie tun, möchten sie alles tun. Wieweit möchte ich überhaupt, dass sie mitarbeiten.

**M3:** Wo setze ich die Grenze. Wem darf ich Fragen, der mit mir die Grenze zieht.

**M1:** Dann ist da auch eine gewisse Angst da. Wenn der dann sagt, ich komme jeden Tag zum Esseneingeben und das machen jetzt drei bis vier Angehörige, dann heißt es gleich, braucht einer von euch weniger arbeiten. Gut, aber dann wird Personal eingespart und dann bin ich wieder ganz alleine. Das geht ja dann so weiter.



Ja, das können sicher Ängste von den Mitarbeitern sein.

**M3:** Jetzt muss ich aber schon sagen, wir reden von einer Verweildauer in unserem Haus, die oft nicht so lang ist. Und wer hat jemals Angst gehabt, nur weil drei Angehörige täglich kommen, dass gleich Personal abgezogen wird, das glaube ich nicht. Hast du wirklich Angst gehabt, dass dir Personal abgezogen wird, weil dich Angehörige unterstützen?

**M2:** Es gibt ja auch viele Angehörige die denken, ihr werdet ja dafür bezahlt, dass ihr meinen Angehörigen versorgt. Es ist denen ihre Aufgabe.

**M3:** Viele die ihre Angehörigen ins Heim geben haben, haben ihn ja vorher schon gepflegt und sind froh, wenn sie etwas mehr Freizeit haben.

**M2:** Ja, aber andere pflegen daheim oft bis zur Selbstaufgabe. Dass sie selber ganz fertig sind und auf dem Zahnfleisch daherkommen.

**M4:** Ich denke mir oft wie das gewesen ist, wie früher der älteste Sohn das Haus bekommen hat, aber dafür die Angehörigen zuhause pflegen musste bis zum bitteren Ende ohne Hilfe, weil sie das Geld nicht gehabt haben oder sparen wollten. Da hat man sich ja geschämt, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die brauchen schon Hilfe unsere Angehörigen. Das war einfach eine andere Generation und da gibt's noch viele.

**M3:** Ja das ist ja jetzt auch noch so, dass ihnen das Haus oft noch gehört und nur das Wohnrecht vergeben haben dass sie da von unserem Haus her von der Verwaltungsseite und von der Rechtslage her unterstützt gehören.

**M5:** Über das wird ja eh geredet.

**M1:** Tolle Sachen könnten sie mehr machen.

**M3:** Was ist toll? M. Heim fahren oder ins Dorf fahren und solche Sachen. Ich wollte einmal mit einer Bewohnerin zu ihrer Wohnung fahren, aber dann ist sie mir fast nicht mehr ins Auto eingestiegen. Es war gar nicht so einfach sie hat gesagt, jetzt muss ich wieder dahin, wo ich nicht zuhause bin. Ist halt schwierig.

Wo seht ihr die meisten Konfliktsituationen mit den Angehörigen?

**M4** Wenn sie sich beschweren. Oft meinen wir ungerechtfertigter Weise.

**M1:** Wir meinen gleich mal, dass es ungerechtfertigt ist, wenn Kritik an uns geübt wird.

**M4:** Manchmal ist es auch gerechtfertigt. Ja natürlich, wenn sich dann noch jemand über uns beim Verwalter beschwert, dann geht's auf. Das ist dann das Schwierigste, wenn nicht mit dir persönlich das ausgedet wird, sondern sich gleich hinten herum beschweren und wir dann von der Führung eine auf den Deckel kriegen.

**M5:** Das passiert meistens in der ersten Phase bis sie uns gut genug kennen und uns vertrauen. Da ist es am schwierigsten, da ist es ganz am schwierigsten.

**M4:** Das sind dann Situationen, wo es wirklich, phu, schwierig ist.

**M2:** Das sind aber meistens Angehörige, die ein schlechtes Gewissen haben, dass ihre Angehörigen bei uns sind. Die haben meisten selber ein Problem und projizieren es dann auf uns. Wir machen dann nichts richtig.

**M1:** Da wäre jetzt wieder eine Psychologin wichtig, die durchs Haus geht (Lachen aller).

**M4:** Die dann fragt, wie geht's den dir? Wie geht's dir? Und so weiter auf jeder Station bräuchten wir eine. Oft ist es auch die Überforderung mit der neuen Situation, also Misstrauen uns gegenüber.

**M3:** Ja genau!

**M4:** Uns gegenüber. Angst vor dem Neuen was da kommt. Oder das Schlechte was sie gehört haben.

**M5:** Bis sie wissen, wie wir arbeiten. Das Vertrauen aufgebaut haben uns gegenüber, das ist die schlimmste Zeit.

**M2:** Die Medien sind auch Schuld dabei.

**M4:** Ja genau.

**M2:** Ja weil zur Zeit alles auf ambulante Betreuung abzielt, Pflege zuhause und so weiter.

**M3:** Das Heim ist ja so teuer

**M4:** Dass sie Kompetenzen abgeben müssen. Schon alleine der Spruch „kimmst ins Heim oder musst ins Heim“, sie kann nicht mehr daheim sein. Da gibt es viele Vorurteile dem Heim gegenüber, immer noch.

**M2:** Ja, da gibt es einfach immer wieder Meldungen was so alles passiert im Heim.

**M3:** Skandale, ja es wird einfach so propagiert daheim pflegen mit der mobilen Pflege und der 24-Stunden-Pflege und das wird ja jeden so eingeflößt

**M5:** Ja, da brauchen wir nicht reden, daheim ist daheim!

**M2:** Ja, oft ist auch das Umfeld Schuld die behaupten, jetzt haben sie sie ins Altersheim abgeschoben.

**M4:** Ja, das Heim hat eine negative Anhaftung.

**M3:** Wenn sie dann hier sind, finden sie es nicht mehr so negativ. Viele Angehörige müssen einfach ins Heim, weil zu Hause die familiäre Struktur nicht mehr gegeben ist.

**M2:** Ich könnte meine Eltern auch nicht pflegen.

**M3:** Ich hätte nicht einmal Platz in meiner Wohnung.

**M5:** Ganz ehrlich gesagt würde ich es auch nicht schaffen. Das ist sicher oft auch ausschlaggebend für das schlechte Gewissen.

**M2:** Aber man ist ja auch nicht verpflichtet, dass man seine Eltern zuhause pflegen muss. Das ist ein Geschenk, wenn man es machen kann. „Ich muss ja meine Eltern nicht im Heim verschwinden lassen und sie nicht mehr besuchen“ ich kann ja die Zeit, die ich habe, nützen und wenn es nur eine Stunde ist, um sie zu besuchen.

**M4:** Da ist man dann nicht so überfordert, als wenn man sie daheim pflegt.

**M3:** Oft erreichen die Angehörigen, die gepflegt haben, selber eine Altersgrenze, wo man einfach nicht mehr will und kann. Sie selber einfach das Recht haben, ein bisschen Freiheit zu haben.

**M2:** Deshalb ist es in dieser Situation gut, wenn wir am Anfang zu den Angehörigen sagen: „Ihr habt's Recht, dass ihr uns das Vertrauen gebt, eure Eltern sind gut versorgt. Ihr habt Recht, eure Eltern werden von uns gut versorgt.“

**M5:** Das hören sie sicher nicht oft von uns. Das ist richtig, ihr braucht kein schlechtes Gewissen zu haben ihr könnt auch so für eure Eltern da sein.

**M3:** Sagen, dass das keine schlechte Entscheidung war. Kinder werden erwachsen, aber Demente werden immer mehr und mehr zum Kind und brauchen dich immer mehr. Dass ein Angehöriger mit einem gewissen Alter es einfach nicht mehr schafft. Dass man sie da schon bestärken kann und sagen, das war richtig, ihr könnt ja auch so öfter kommen. Gewisse Situationen habt ihr dann nicht mehr, sei es die Grundpflege alleine zu Hause und vieles mehr.

**M2:** Man hat kein Recht, da jemanden als schlechten Menschen hinzustellen, nur weil man es nicht mehr schafft.

**M3:** Es kann auch nicht jeder pflegen.

**M5:** Was für mich auch wichtig ist, dass man ihnen erklärt, dass es ganz normal ist, dass sie [Bewohner] zu uns oft netter sind als zu ihnen [Angehörigen]. Dass sie mit uns einen näheren Umgang haben und mehr Zeit verbringen als mit den eigenen Angehörigen. Oft sind sie zu ihnen nicht so freundlich, manchmal sind sie [Angehörige] da ein bisschen eifersüchtig. Das man ihnen dann das Gefühl gibt, das das normal ist, und betont, wie schön ist, dass sie so viel zu Besuch kommen, und die Situation dadurch ein bisschen entschärft wird.

**M1:** Ja, das finde ich auch, das ist schon einige Male so gewesen, dass man dann das Gefühl hat, sie sind eifersüchtig, weil sie zu uns netter sind als zu ihnen.

**M2:** Ja das ist schon so, denn wie oft sehe ich meine Mutter? Vielleicht einmal am Tag oder einmal im Monat und unsere Bewohner sehe ich fast immer.

**M3:** Wenn sie dann mehr auf uns horchen als auf ihre Angehörigen.

**M5:** Zum Beispiel bei uns lachen sie gleich.

**M3:** Ja, weil der Tagesablauf auch den Schmah jetzt bringt und der Angehörige kann nicht mitlachen weil er nicht da war.

Jetzt sind wir gleich fertig. Ich möchte nur noch wissen, wie erlebt ihr die Bewohner nach einem Angehörigenbesuch?

**M2:** Unterschiedlich, besonders bei den Dementen, die sind oft unruhiger, weil ihnen dann oft bewusst wird, das sie sich gar nicht mehr auskennen.

**M3:** Ja, weil sie jetzt nicht mitdürfen nach Hause oder warum kommt der jetzt im Straßengewand daher.

**M4:** Ich habe das Gefühl, wenn Bewohner regelmäßig Angehörigenbesuche bekommen, sind sie danach nicht so unruhig als wenn die selten vorbeikommen.

**M5:** Aber bei den dementen Bewohnern kommt es drauf an, in welcher Abbaustufe er sich befindet. Da er ja oft nicht mehr weiß, dass er Besuch erhalten hat.

**M3:** Aber die Bewohner, die in der laufenden, suchenden Phase sind, sind sicher unruhiger, wenn ihre Angehörigen wieder heimgehen. Kommt auch darauf an, wie der Besuch kommt, ob er selber im Stress ist und das überträgt sich dann schon auf den Bewohner. Wenn er ruhiger hereinkommt ist auch der Bewohner ruhiger, wenn er geht.

**M1:** Oft kann es auch ein Gespräch auslösen, da sie [Bewohner] dann unbedingt nach Hause müssen zu ihren Angehörigen. Halt je nach Phase.

Habt ihr das Gefühl, wenn Angehörige besser über den Verlauf der Demenz aufgeklärt wären, dass dann die Bewohner ruhiger sind, wenn die Angehörigen nach Hause gehen?

**M5:** Ja, wenn sie nämlich schon vorher anfangen, jetzt muss ich aber gehen und nervös werden, dann wird der Bewohner oft auch unruhiger, als wenn er einfach gehen würde und sagen, dass er morgen wieder kommt.

**M2:** Die Angehörigen gehen dann ja und du hast die unruhigen Bewohner dann da.

**M5:** Ja, alles ist dann ein bisschen angespannt. Wenn sie sagen würden, tschüs bis morgen, dann...

**M2:** Ja, wenn man weiß, dass es den Bewohner unruhig macht, ist es besser, sie gehen einfach, aber bei den anderen ist es schon gut, wenn sie sich richtig verabschieden, vielleicht dass man es nicht direkt in Worte fasst z.B. nur [die Hand] drückt.

**M1:** Lacht. Die individuelle Verabschiedung. Ich finde die Demenzpflege ist ja auch sehr individuell.

**M3:** Da die Bewohner ja kein Zeitgefühl mehr haben und die Besuche ja häufig am Nachmittag sind und die Bewohner ja von Haus aus am Nachmittag nach Hause wollen, wenn es dunkel wird.

**M5:** Ja wenn es dunkel wird, jetzt gehen wir Heim.

**M2:** Dass einfach die Verabschiedung von einem Demenzkranken nicht mehr so wichtig ist, da er es ja zeitlich nicht mehr zuordnen kann. Ich glaube, dass es aber für den Angehörigen selber viel wichtiger ist, sich zu verabschieden. Das sind oft Gesten und Floskeln, die für den Betroffenen oft gar nicht mehr relevant sind. Aber etwas auslöst wenn bestimmte Wörter fallen.

So jetzt können wir die Diskussion beenden. Ich denke, wir haben alle Fragen unseres Leitfadens besprochen. Danke für eure rege Diskussion, ihr wart super fleißig und jetzt gehen wir zum gemütlichen Teil über. Danke.

#### Zeichenerklärung

.. kurze Pause

... längere Pause

/eh/ Planungspause

(lachend) Begleiterscheinung des Sprechens (steht jeweils vor der Textstelle)

Sehr gedehnte Sprechweise mit Leerzeichen zwischen den Buchstaben = e  
t w a s o

[eckige Klammer = Ergänzung des Protokollführers zum besseren Verständnis]

### Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbst angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

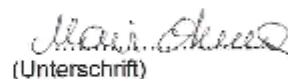
Die Arbeit wurde bisher keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Die schriftliche Abschlussarbeit kann nur nach Absprache mit dem Leiter/der Leiterin der Sonderausbildung veröffentlicht werden.

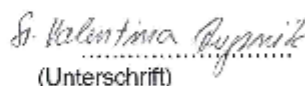
Bad Schallbach 09.04.2013  
Ort, Datum

  
(Unterschrift)

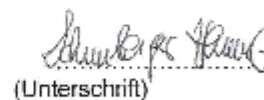
Bad Schallbach 09.04.2013  
Ort, Datum

  
(Unterschrift)

Bad Schallbach 09.04.2013  
Ort, Datum

  
(Unterschrift)

Bad Schallbach 09.04.2013  
Ort, Datum

  
(Unterschrift)

Bad Schallbach 09.04.2013  
Ort, Datum

  
(Unterschrift)