

ZQP diskurs

Das Magazin der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege

Ausgabe 2022

Gewalt in der Pflege

Titelthema → ab Seite 4

Prävention

Projekt zur Sicherheitskultur
in der Pflege
→ Seite 18

Nachhaltigkeit

Der „Gesundheitsförderungsprozess“
einfach erklärt
→ Seite 26

Resilienz

Belastung Angehöriger
messen
→ Seite 40



04

Gewaltprävention ist ein bedeutsames Thema

Ältere pflegebedürftige Menschen müssen dringend besser geschützt werden

11 Gewaltprävention durch Hausärzte und Hausärztinnen

Wie Ärzte und Ärztinnen ihre Rolle einschätzen

12 Gewalt erkennen in der Hausarztpraxis

Im Interview erklärt Dr. Ralf Suhr, welche Bedeutung Hausärzte und Hausärztinnen im Kontext Gewaltprävention haben

14 „Da wollte dieser Herr mich immer küssen – der war plempel ...“

Sexuelle Gewalt in der Pflege – zum aktuellen Forschungsstand und zum neu gestarteten ZQP-Kooperationsprojekt „SeGEL“

17 Tabuthema „Sexuelle Gewalt“

Im Gespräch erläutert Simon Eggert, warum das Thema „Sexuelle Gewalt“ für die Pflege nicht so stark wahrgenommen wird und was das Projekt „SeGEL“ leisten soll



18

Sicherheitskultur stärken

Wissen, Kompetenzen und Strukturen in Organisationen verbessern

20 Qualitätsbewertung in der stationären Pflege

Das neue Bewertungsverfahren für Pflegeeinrichtungen im Überblick

22 „Der Fokus liegt auf der pflegebedürftigen Person“

Gespräch mit QPP-Qualitätsprüferin Christiane Kannenberg

23 Mundgesundheit erhalten und fördern

Bericht zum neuen Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit des DNQP

25 „Die Mundpflege hat ein hohes Präventionspotenzial“

Daniela Sulmann erläutert im Interview, warum der neue Expertenstandard nötig ist

Inhalt



Was ist eigentlich der „Gesundheitsförderungsprozess“?

Das Konzept zur Umsetzung von Prävention im Kontext Pflege kurz erklärt

30 „Einen schönen Tag erleben“

Unterwegs in der geriatrischen Tagespflege des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerks (EJF) in Berlin-Heiligensee

36 Gute Pflegeinformationen

Theorie-Praxis-Transfer: Beitrag zur Definition und zu den Qualitätskriterien guter Pflegeinformationen

37 Verständlich. Übersichtlich. Evidenzbasiert.

Prof. Dr. Ralph Möhler erklärt, was man unter evidenzbasierten Gesundheits- und Pflegeinformationen versteht und warum sie wichtig sind

38 Lebensmüdigkeit und Suizidalität

Auch ältere pflegebedürftige Menschen sind nicht selten von Lebensmüdigkeit und Suizidalität betroffen



Belastung und Resilienz

Neues Instrument zur präventiven Beratung pflegender Angehöriger

42 Assessment für die professionelle Beratung

Die Stiftung entwickelt eine neue Software-Lösung, um das präventive Potenzial von Beratung besser nutzen zu können

43 Leichter Zugang zu Leitlinien und Standards

Um den Zugang zu aktuellen Dokumenten zu vereinfachen, hat das ZQP seinen Online-Dienst weiterentwickelt

44 „Die Angehörigen zu begleiten, ist ebenso wichtig“

Besuch in der Gedächtnissprechstunde der Charité am Campus Mitte



Liebe Leser und

Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen und gegen Pflegende ist auch in Deutschland keine Ausnahmeerscheinung und eine erhebliche gesellschaftliche Herausforderung. Dabei sind alle Settings und Konstellationen betroffen, von der häuslichen bis zur stationären Pflege. Das ZQP engagiert sich für Aufklärung zu dem Thema – mit Forschungsprojekten, vielfältigen Publikationen und Arbeitsmaterialien sowie dem Portal pflege-gewalt.de. Zudem wirbt das ZQP für eine Präventionsallianz von Zivilgesellschaft, staatlichen Organisationen und Fachgruppen zum Gewaltschutz im Kontext Pflegebedürftigkeit. Lesen Sie dazu den Leitartikel. ↗S. 4

Insbesondere sexuelle Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen ist ein verdrängtes und wenig erforschtes Thema. Bekannt ist, dass Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen entsprechenden Gewaltformen ausgesetzt sein können. Wahrscheinlich werden solche Vorfälle jedoch oft nicht bekannt. Das ZQP arbeitet darum an dem Projekt „SeGEL“. ↗S. 14

Hausärzte und -ärztinnen können bei der Prävention von Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen eine wichtige Rolle spielen. Um

Einstellungen zu ihrer Verantwortung und ihre Wissensbedarfe systematisch zu beleuchten, hat das ZQP eine Studie dazu durchgeführt. ↗S. 11

Im Zusammenhang mit dem Thema „Prävention in der Pflege“ kursieren viele, teils recht abstrakte Begriffe. Dabei den Überblick zu behalten, ist nicht unbedingt einfach. Wir wollen zur Orientierung beitragen und erläutern in dieser Ausgabe den „Gesundheitsförderungsprozess“. ↗S. 26

Sicherheitskultur in der Pflege hat das präventive Potenzial, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen zu verringern. Doch bisher ist Sicherheitskultur in Pflegeeinrichtungen und -diensten kaum verbreitet. Das ZQP will mit dem Projekt „PriO-a“ zu deren Implementierung im ambulanten Pflege-Setting beitragen. ↗S. 18

Und auch die Mundpflege hat erhebliches Präventionspotenzial. Was in der professionellen Pflegepraxis zu beachten ist, beschreibt der neue Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit des DNQP, an dessen Erstellung Daniela Sulmann vom ZQP beteiligt war. ↗S. 23

Prävention ist nicht zuletzt auch bedeutsam in Bezug auf pflegende Angehörige. In zwei



Leserinnen,

Studien widmen sich darum das Zentrum für psychische Gesundheit im Alter und das ZQP der Frage, welche Faktoren belastend und welche stärkend auf pflegende Angehörige wirken. Ziel ist es, ihnen individuell passende präventive Maßnahmen anbieten zu können. ↗S. 40

Von Lebensmüdigkeit und Suizidalität können auch ältere pflegebedürftige Menschen betroffen sein. Vielfach könnten entsprechende Krisen präveniert oder zumindest abgemildert werden. Das ZQP hat dazu gemeinsam mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland einen Kurzratgeber erstellt.

↗S. 38

Darüber hinaus erfahren Sie in diesem Heft, was gute Pflegeinformationen ausmacht und wie das ZQP diese umsetzt. ↗S. 36 Außerdem erhalten Sie einen Einblick in die Entwicklung eines softwarebasierten Assessmentinstruments für die professionelle Beratung. ↗S. 42

Folgen Sie uns zudem im Rahmen unserer Praxisreportagen in die Gedächtnisambulanz der Charité – Universitätsmedizin Berlin ↗S. 44 und in die Tagespflegeeinrichtung des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerks (EJF). ↗S. 30

Zu guter Letzt möchten wir den vielen Menschen Danke sagen, die dem ZQP verbunden sind und die gemeinnützige Arbeit ermöglichen. Besonderer Dank gilt dabei unseren engagierten Unterstützerinnen und Unterstützern im Kuratorium, wissenschaftlichem Beirat und Stiftungsrat, den externen Kooperationspartnerinnen und -partnern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stiftung – sowie insbesondere unserem Stifter, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und seinen Mitgliedsunternehmen.

Viel Freude beim Lesen wünschen

Christa Stewens

Vorsitzende des Stiftungsrats des ZQP

Dr. Ralf Suhr

Vorsitzender des Vorstands des ZQP



Gewaltprävention ist ein bedeutsames Thema

Simon Eggert & Ralf Suhr

Gewalt gegen besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen ist in den vergangenen Jahren zurecht verstärkt in die Wahrnehmung der Öffentlichkeit gelangt und entsprechende Präventionsbemühungen haben zugenommen. Gesundheitlich sehr stark belastete und damit ebenfalls sehr verletzliche ältere Menschen drohen dabei immer noch übersehen zu werden. Dies liegt wahrscheinlich u. a. daran, dass sie in medialen Diskursen kaum eine Stimme, kaum ein Gesicht haben. 90-Jährige mit erheblichen körperlichen und kognitiven Einbußen etwa, die Gewalt erfahren, schildern ihre Erfahrungen und Gefühle dazu generell nicht in Zeitungen, Talkshows oder sozialen Netzwerken. Sie können kaum Aktivisten oder Aktivistinnen in eigener Sache sein, weil sie dazu praktisch keine Möglichkeit mehr haben. Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen ist aber keineswegs eine bedauerliche Ausnahmehrscheinung. Sie wird u. a. als weltweite und erhebliche Herausforderung betrachtet. Nicht zuletzt Menschen mit Demenz sind gefährdet, Opfer von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung zu werden.

Auch die Politik ist hier dringend gefordert. Das ZQP schlägt daher vor, in der neuen Legislaturperiode eine breite bundesweite Präventionsallianz aus Zivilgesellschaft, staatlichen Organisationen und Fachgruppen zum Gewaltschutz im Kontext Pflegebedürftigkeit ins Leben zu rufen. Aus Sicht des ZQP sollte diese Allianz von den zuständigen Ministerien für die Themen „Gesundheit“, „Senioren und Familie“ sowie „Justiz“ übergreifend initiiert werden und Experten sowie Expertinnen aus allen relevanten Bereichen versammeln. Ziel sollte eine systematische Bestandsaufnahme sein, die Lebensbereiche, Handlungsfelder sowie bereits bestehende Ansätze analysiert, konkrete Umsetzungskonzepte für Präventionsmaßnahmen erarbeitet sowie Aufgaben und Verantwortlichkeiten vereinbart. Ein entsprechender Vorstoß müsste dabei nicht zuletzt darauf abzielen, eine sensitive Gewaltpräventions- bzw. Sicherheitskultur in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens gezielt zu fördern. Davon würden auch die dort beruflich Tätigen profitieren, die in ihrem Arbeitsalltag ebenfalls nicht selten durch Gewaltvorkommnisse und -erfahrungen belastet sind.

Gewalt gegen ältere Menschen ist ein komplexes und sowohl auf individueller als auch auf systemischer Ebene gravierendes Problem. Ein Grund hierfür ist, dass Gewalterfahrungen für ältere Menschen mit einer Verringerung ihrer Lebensqualität einhergehen können und mit gesundheitlichen Risiken verbunden sind. Die Annäherung an dieses seit geraumer Zeit bekannte Phänomen vollzieht sich auf begrifflicher Ebene unterschiedlich. Eine gängige Definition wird von der Weltgesundheitsorganisation verwendet und lautet übersetzt: „Unter Gewalt gegen ältere Menschen versteht man eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Handlung im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird.“

Unterschiedliche Erscheinungsformen davon sind gerade auch im Kontext der Versorgung älterer pflegebedürftiger und demenziell erkrankter Menschen zu beobachten. Zu entsprechenden Gewaltformen werden u. a. psychische Misshandlung, körperliche Übergriffe, Vernachlässigung, Freiheitsentzug, finanzielle Ausbeutung sowie sexuelle/sexualisierte Gewalt gezählt. Sie können auch parallel oder miteinander verbunden auftreten, sowohl im familialen wie im professionellen Pflegekontext als auch im häuslichen wie im stationären Setting.

Gewalthandlungen gegen pflegebedürftige Menschen müssen nicht zwangsläufig Delikte im Sinne des Strafrechts darstellen, jedoch kommen auch schwere Gewaltstraftaten vor. Gewalt kann situativ oder situationsübergreifend sowie absichtlich oder unabsichtlich ausgeübt werden. Neben individueller Gewaltanwendung kann auch strukturelle Gewalt wirksam werden. Was als etwas Entsprechendes erlebt oder verstanden wird, steht zudem in einem normativen kulturellen Kontext und kann individuell deutlich variieren und somit uneindeutig sein.

Besondere Vulnerabilität

Pflegebedürftige ältere Menschen sind besonders gefährdet, in grundlegenden Rechten – wie auf körperliche und psychische Unversehrtheit oder auf Selbstbestimmung – verletzt zu werden. Zur Bewältigung des eigenen Alltags oder gar zur Befriedigung zentraler Bedürfnisse auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, führt zu besonderer Vulnerabilität. In umgekehrter Perspektive begünstigt diese Konstellation Machtzuwachs für pflegende oder anderweitig an der Versorgung beteiligte Personen. Aus der Position einer auf Hilfe angewiesenen Person kann es schwerfallen, unangemessen oder verletzend empfundenes Verhalten in einer (Pflege-)Beziehung – ob in professioneller oder familialer Konstellation – zu thematisieren, weil etwa die Angst besteht, dass sich die eigene Lebenssituation als Folge von Beschwerden oder Streit weiter verschlechtert. Auch Scham und Tabus können daran hindern, Missstände anzusprechen. Außerdem sind pflegebedürftige Menschen oft nur eingeschränkt oder gar nicht (mehr) in der Lage, ihre Bedürfnisse und Ansprüche zu arti-

kulieren bzw. durchzusetzen. Hinzu kommt, dass Pflege und Betreuung ganz überwiegend in nicht öffentlichen Bereichen stattfinden. Problematische Situationen entziehen sich somit weitestgehend dem Einblick und Eingriff von außen. Jenseits der Gefahr, Opfer innerhalb einer Pflegebeziehung zu werden, besteht für ca. 800.000 der über vier Millionen pflegebedürftigen Menschen in Deutschland das zusätzliche Risiko, Aggression oder Gewalt durch Mitbewohner und Mitbewohnerinnen in Pflegeeinrichtungen zu erfahren.

Risiken für Gewaltereignisse

Die Ursachen oder Auslöser für eskalierende Pflegesituationen und Gewalt sind vielfältig und unterliegen dem Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren. Dabei wirken individuelle wie strukturelle Einflüsse. Im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung von Risikofaktoren dafür, Gewalt auszuüben, stehen oft Überlastung und Überforderung Pflegender. Und auch wenn die Relevanz dieser Aspekte und damit die Dringlichkeit von Problemen wie Personalman- gel bzw. fehlenden Entlastungsressourcen aus der

Perspektive von Gewaltprävention nicht infrage stehen, darf der Diskurs nicht dahin gehend verkürzt werden. Denn auch andere Faktoren, z. B. psychische Störungen oder mangelnde Kompetenz pflegender Personen, sind relevant. Gerade in der familialen Pflege sind die Beziehungsgeschichte und -qualität im Kontext von Aggression und Gewalt als Einflussfaktoren zu betrachten.

Auch pflegebedürftige Menschen können aggressives oder gewalttägiges Verhalten zeigen; dies steht nicht selten in Zusammenhang mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. psychischen Erkrankungen. Opfer solcher Gewalt werden insbesondere Pflegepersonal, (pflegende) Angehörige oder andere pflegebedürftige Menschen, z. B. als Mitbewohner oder Mitbewohnerin. Wiederum ist ein Risikofaktor dafür, selbst Gewalt auszuüben, selbst von gewaltsa- mem Verhalten betroffen gewesen zu sein.

Häufigkeitsschätzungen untermauern Relevanz

Die erhebliche Bedeutung der Prävention von Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen steht also nicht infrage. Dies wird auch durch Schätzungen zur quantitativen Dimension von Vorkommnissen mit Blick auf unterschiedliche Settings, Akteure und Akteurinnen sowie Gewaltformen gestützt, genaue Häufigkeitsbestimmungen liegen jedoch nicht vor. Denn wahrscheinlich nur relativ wenige Fälle gelangen ins Hellfeld von staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen und werden bspw. in der amtlichen Kriminalstatistik erfasst. Mit anderen sozialwissenschaftlichen Instrumenten lassen sich aufgrund zahlreicher methodischer Restriktionen auch nur begrenzt belastbare Erkenntnisse zu Prävalenzraten gewinnen. Entsprechende Erhebungen sind zudem untereinander oft nicht vergleichbar.

Stationäre Langzeitpflege

Einen Eindruck vom Umfang des Phänomens „Aggression und Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen“ vermittelt der Blick auf das bevölkerungsreichste Bundesland: In einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekt der Deutschen Hochschule der Polizei und des ZQP wurden von Görzen und Kollegen im Jahr 2018 über 1.300 Beschäftigte in 73 nordrhein-westfälischen Einrichtungen u. a. zu diesbezüglichen Häufigkeiten befragt. In den letzten vier Wochen vor dem Interview hatten etwa 75 Prozent der Befragten min-



destens einen Fall von aggressivem Verhalten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern beobachtet; jede dritte befragte Person hatte in diesem Zeitraum mindestens einen Fall körperlicher Gewalt in dieser Konstellation wahrgenommen. Sexuell grenzverletzendes Verhalten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde für den Betrachtungszeitraum von knapp einem Zehntel mindestens einmal erinnert.

Hinsichtlich der Verbreitung von Gewaltanwendungen durch Pflegepersonal gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen in Deutschland liegen ebenfalls nur in begrenztem Umfang Informationen vor: So legen verschiedene Veröffentlichungen nahe, dass die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) immer noch zu häufig vorkommt, obwohl deren Einsatz belastend und gefährlich für pflegebedürftige Menschen ist. Medikamente werden hierzu offenbar nicht selten und auch missbräuchlich eingesetzt. Zusätzliche Bedeutung hat das Thema Freiheitsentzug während der Covid-19-Pandemie 2020/21 in Deutschland erlangt. Im Zuge der Eindämmungsmaßnahmen ist es nicht zuletzt zu gravierenden Freiheitsbeschränkungen in Pflegeeinrichtungen gekommen.

Im Rahmen einer Studie von Görzen in Pflegeheimen in Hessen berichteten 2010 rund 72 Prozent der teilnehmenden professionell Pflegenden, in den zurückliegenden zwölf Monaten mindestens einmal ein Verhalten gezeigt zu haben, das als Misshandlung oder Vernachlässigung eingeschätzt

wurde. Psychische Misshandlung und pflegerische Vernachlässigung wurden am häufigsten angegeben (je 54 Prozent), davon 30 Prozent für psychosoziale Vernachlässigung sowie 24 Prozent für physische Misshandlung. 71 Prozent der Befragten gaben an, im selben Zeitraum Zeugen oder Zeuginnen von entsprechendem Verhalten bei Kollegen und Kolleginnen gewesen zu sein. Nach Einschätzung der Interviewten finden die meisten Gewaltvorkommnisse gegen pflegebedürftige Menschen in den Einrichtungen im Verborgenen statt und werden im Kollegium oder Vorgesetztenkreis oft nicht bekannt.

Eine bundesweite Befragung des ZQP in Pflegeheimen aus dem Jahr 2017 weist in diesem Zusammenhang nicht nur darauf hin, dass Leitungspersonen und Qualitätsbeauftragte offensichtlich ein stark differenzierendes Bewusstsein für das Vorkommen von Gewalt in der stationären Pflege haben. Die Analyse legt auch nahe, dass die Maßnahmen zur Gewaltprävention in vielen Einrichtungen verbessert werden können. In fast der Hälfte der in der Befragung abgebildeten Einrichtungen gab es kein Personal, das speziell für den Umgang mit Konflikten, Aggression und Gewalt geschult war. In einem Fünftel der Einrichtungen war das Thema nicht expliziter Bestandteil des Qualitätsmanagements. Auch für diese Ergebnisse muss aufgrund der oben erwähnten methodischen Restriktionen eine Unterschätzung der tatsächlichen Werte vermutet werden.

Häuslich-ambulante Pflege

In der häuslichen Versorgung können pflegebedürftige Personen von Aggressionen und Gewalt (pflegender) Angehöriger oder von entsprechenden Ver-

haltensweisen durch Mitarbeitende von ambulanten Diensten betroffen sein. Einige Anhaltspunkte dazu, in welchem Umfang pflegebedürftige Menschen von gewaltsamem Verhalten durch Personal ambulanter Pflegedienste betroffen sind, bietet eine Studie von Rabold und Görzen bei ambulanten Diensten in Hannover. Dabei gaben 40 Prozent der Teilnehmenden mindestens eine Verhaltensweise in den zurückliegenden zwölf Monaten an, die als Misshandlung oder Vernachlässigung bewertet wurde. Etwa ein Fünftel berichtete von Formen verbaler bzw. psychischer Gewalt, 19 Prozent von pflegerischer Vernachlässigung, neun Prozent von körperlichen Übergriffen. Entsprechendes Verhalten von beruflich Pflegenden wird also auch in diesem Setting durchaus selbst berichtet.

Auch über die Quantität gewaltsamen Verhaltens pflegender Angehöriger gegen pflegebedürftige Menschen in Deutschland liegen verschiedene Abschätzungen vor. Eine relativ aktuelle aus dem Jahr 2018 wurde vom ZQP veröffentlicht und stützt sich auf eine deutschlandweite Untersuchung zum Thema „Aggression und Gewalt in der informellen Pflege“. Hierzu wurden über 1.000 Personen im Alter von 40 bis 85 Jahren befragt, die in ihrem privaten Umfeld seit mindestens sechs Monaten und mindestens einmal pro Woche einen Menschen pflegen, der (1) 60 Jahre oder älter ist, (2) pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist und (3) häuslich versorgt wird. In diesem Rahmen wurden Angehörige u. a. um Auskunft darüber gebeten, ob sie selbst der pflegebedürftigen Person gegenüber problematisch gehandelt hatten. 40 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben an, in den letzten sechs Monaten mindestens einmal absichtlich ein Verhalten gezeigt zu haben, das in der Studie als Gewalt eingestuft wurde. Fasst man die Auskünfte zu vier Gewaltgruppen zusammen, berichteten 32 Prozent der Befragten, Handlungen „psychischer Gewalt“ vorgenommen zu haben, zwölf Prozent Handlungen von „körperlicher Gewalt“ und elf Prozent Handlungen von „Vernachlässigung“. Sechs Prozent gaben an, „freiheitsentziehende-/einschränkende Maßnahmen (FEM)“ durchgeführt zu haben. Für alle Angaben wird eine Unterschätzung der tatsächlichen Werte angenommen.

Neue Untersuchungen des ZQP ergänzen das Bild in Bezug auf aggressive Situationen oder Gewaltvorfälle in der häuslichen Pflege. So zeigt die Kooperationsstudie „Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise“ von der Charité und dem ZQP, dass sich schon während der ersten Welle der Corona-Pandemie in Deutschland im Frühjahr 2020 Risikokonstellationen für eskalierende Pflegesituationen verschärft haben. In der Befragung gaben pflegende Angehörige an, dass Verzweiflungsgefühle (22 Prozent) und Gefühle von Wut und Ärger (20 Prozent) in der Pflegesituation zugenommen hätten. Belastende Konflikte mit der pflegebedürftigen Person seien mehr geworden, sagten 24 Prozent. In Pflegekonstellationen, bei denen eine Demenz vorlag, lagen die Werte noch höher.

Vorläufige Ergebnisse einer im Frühjahr 2022 erscheinenden Studie des ZQP, für die im Sommer 2021 erneut deutschlandweit pflegende Angehörige zu Gewaltvorkommnissen in der familialen bzw. informellen Pflege befragt wurden, bestätigen die Tendenzen einer ZQP-Analyse aus dem Jahr 2018. Etwa zwei Fünftel der pflegenden Angehörigen berichten, in den zurückliegenden sechs Monaten mindestens einmal ein Verhalten gezeigt zu haben, das als eine Form von Gewalt in der Pflege gewertet wurde. Zudem geben etwa 18 Prozent der Teilnehmenden, die Gewaltvorfälle berichteten, an, im Zuge der Corona-Pandemie hätten entsprechende Probleme zugenommen. Auch hier ist von einer Unterschätzung auszugehen.

Fazit

Die in Deutschland vorhandenen Bemühungen, Gewalt in der Pflege in der Praxis zu prävenieren, sind insgesamt betrachtet u. a. zu fragmentarisch, zu wenig spezifisch, zu wenig systemübergreifend und erscheinen alles in allem als nicht ausreichend. Der oben gegebene Überblick weist auf die Relevanz und Dringlichkeit des Problems für eine Gesellschaft des langen Lebens hin, die menschenwürdige Lebensbedingungen bei Pflegebedürftigkeit nicht zuletzt als wichtiges Ergebnis erfolgreicher Gesundheits- und Sozialpolitik erachtet.

Entsprechend sollte der Fokus in Forschung, Praxis und Politik auf der Entwicklung und Implementierung wirksamer Interventionen zur Gewaltprävention und -reduktion in allen Pflege-Settings liegen. Dabei zeigt der Blick auf die Forschungslage, dass Pionierarbeiten für Deutschland vorliegen, jedoch erheblicher Entwicklungsbedarf besteht, insbesondere mit Blick auf Wirksamkeitsnachweise

und große Implementierungshürden. Dies begründet nicht zuletzt die Notwendigkeit, eine akteursübergreifende und bundesweite integrative Allianz zur Gewaltprävention in der Pflege zu schaffen. Diese muss politisch initiiert, gestützt und finanziert werden.

Ziel eines solchen verbindlichen Netzwerks sollte die systematische Analyse von relevanten Wissenslücken und Handlungsbedarfen sowie bereits bestehender Initiativen und Ansätze in der Praxis sein. Zudem sollten konkrete Umsetzungskonzepte für Präventionsmaßnahmen erarbeitet sowie Aufgaben und Verantwortlichkeiten vereinbart werden. Ein entsprechender Vorstoß sollte darauf abzielen, eine sensitive Gewaltpräventions- bzw. Sicherheitskultur in Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens gezielt zu fördern. Davon würden auch die dort beruflich Tätigen profitieren, die ebenfalls nicht selten durch Gewaltvorkommnisse und -erfahrungen in ihrem Arbeitsalltag belastet sind. 





Gewaltprävention durch Hausärzte und Hausärztinnen

Hausärzte und Hausärztinnen können eine wichtige Rolle bei der Prävention von Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen übernehmen. Sie kennen ihre Patienten und Patientinnen oftmals seit vielen Jahren, haben Einblick in Kranken- und Familiengeschichten. Häufig sind sie dadurch Vertrauenspersonen.

Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen kann in unterschiedlicher Form auftreten. Sie reicht von Vernachlässigung über psychische Gewalt bis hin zu körperlicher oder sexueller Gewalt. Nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen wird dann gefährdet, sondern ihre Gesundheit kann geschädigt werden und im schlimmsten Falle kann Gewalt in der Pflege zum Tod führen. Da sie oftmals nicht leicht zu erkennen ist und sich die Betroffenen in vielen Fällen nicht selbst artikulieren können, bleibt sie häufig unentdeckt. Hausärzte und -ärztinnen könnten eine aktive Rolle einnehmen, um Gewalt in der Pflege vorzubeugen. Hierfür sprechen mehrere Gründe: Neun von zehn pflegebedürftigen Personen holen mindestens einmal pro Quartal hausärztlichen Rat ein; dabei besteht die Möglichkeit, Verdachtsmomente

oder Anzeichen von Gewalt zeitnah zu erkennen. Gleichzeitig geben vier Fünftel der Patienten und Patientinnen an, dass sie ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin vertrauen und mit diesen gut reden können, was auf eine erhöhte Bereitschaft hindeutet, sich auch bei belastenden Themen an sie zu wenden.

Um systematisch zu beleuchten, wie die Hausärzteschaft ihre Situation beim Thema „Gewaltprävention in der Pflege“ einschätzt, hat das ZQP eine schriftliche Befragung von hausärztlich tätigen Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchgeführt. Untersucht wurde darin, wie sie ihre Rolle in diesem Kontext selbst bewerten und wie sicher sie sich hinsichtlich ihrer Vorgehensweise beim Verdacht auf Gewalt bei pflegebedürftigen Patienten und Patientinnen sind. Im Ergebnis schätzen die Mediziner und

Medizinerinnen ihre Verantwortung, im Falle von Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen aktiv zu werden, fast durchgehend als sehr hoch ein – Ausnahmen waren das Vorgehen gegen die Ursachen und die routinemäßige Untersuchung auf Anzeichen von Gewalt. Gleichzeitig äußerten rund zwei Drittel der Befragten Unsicherheit im konkreten Vorgehen bei Verdachtsmomenten auf Gewalt in der Pflege. Auf die Fragen nach Weiterbildungsbedarf, um Gewalt zu erkennen, sowie dem konkreten Vorgehen, wenn ein Gewaltereignis entdeckt wurde, bekundete rund die Hälfte der befragten Ärzte und Ärztinnen Interesse.

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass erhebliches Potenzial für Weiterbildung zum Umgang mit Verdachtsmomenten von Gewalt in der Pflege besteht. Viele Hausärzte und Hausärztinnen scheinen wissen zu wollen, wie sie konkret zum Schutz pflegebedürftiger Menschen beitragen können. Über die Studie und die Bedeutung von Gewaltprävention durch Hausärzte und -ärztinnen spricht Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP und Leiter der Studie, im folgenden Interview. [ct/p/rs](http://p/rs)

Gewalt erkennen in der Hausarztpraxis



Dr. Ralf Suhr ist seit Gründung des ZQP dessen Vorsitzender. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen Prävention und Sicherheit in der Pflege. Dabei geht er u.a. der Frage nach, wie man Gewalt in der Pflege vorbeugen kann. Unter seiner Leitung hat die Stiftung die Studie „Gewaltprävention durch Hausärzte und Hausärztinnen“ durchgeführt.

Gewalthandlungen gegen pflegebedürftige ältere Menschen sind keine Ausnahmeeignisse. Ist diese Tatsache in unserem Gesundheitssystem ausreichend präsent?

Vor zehn Jahren war es nach meiner Wahrnehmung noch deutlich schwieriger, über Gewalt im Kontext Pflege zu sprechen – öffentlich, aber auch in Fachkreisen. Leider erfährt Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen als relevantes Gesundheitsproblem nach wie vor nicht die Aufmerksamkeit, die der Bedeutung für die Opfer und für das Gesundheitssystem entspricht. Aufklärung und Verhinderung von Gewalt gegen Kinder ist zum Glück endlich ein zentrales Thema geworden. In Bezug auf pflegebedürftige Menschen steht das noch aus. Wir wissen nach wie vor viel zu wenig über diese Gewaltform in Deutschland und über wirksame Präventionsansätze. Ich erhoffe mir darum von der neuen Bundesregierung, dass die Frage, wie wir pflegebedürftige ältere Menschen insgesamt besser vor Gewalt schützen können, mit einer nationalen Initiative beantwortet wird. Denn es geht hier schlicht um die Basis guter, menschenwürdiger Pflege.

Welche Bedeutung können Hausärzte und Hausärztinnen in diesem Kontext haben?

Eine erhebliche. Hausärzte und Hausärztinnen sind eine besonders geeignete Fachgruppe im Gesundheitswesen, um Gewalt aufzudecken, da sie ihre Patienten und Patientinnen vergleichsweise oft sehen und deren Lebensgeschichte häufig schon

Ärzte und Ärztinnen sind besonders geeignet, um Gewalt aufzudecken.

lange begleiten. Aber bis zu unserer Studie war kaum etwas dazu bekannt, wie die Praktiker und Praktikerinnen im deutschsprachigen Raum selbst das Thema einschätzen.

Und wie sehen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie ihre diesbezügliche Rolle?

Nahezu alle Befragten empfinden es beispielsweise als ihre ärztliche Pflicht, gegen Gewalt zulasten eines pflegebedürftigen Patienten beziehungsweise einer pflegebedürftigen Patientin vorzugehen und einer Wiederholung von Gewalt-handlungen vorzubeugen. Zugleich äußerte der Großteil der Teilnehmenden Unsicherheit bezüglich des weiteren Vorgehens bei einem Verdacht auf Gewalt und ein erhebliches Interesse an Fortbildungen zum Thema Gewaltprävention. Allerdings wird zum Beispiel eine grundsätzliche Untersuchung pflegebedürftiger Patienten oder Patientinnen auf Anzeichen von Gewalt abgelehnt.

Was sind denn Hindernisse für Hausärzte und Hausärztinnen im Präventionsbereich?

Wir dürfen nicht vergessen: Die zeitlichen Resourcen in der hausärztlichen Praxis sind erheblich beschränkt. Die durchschnittlich pro Patient beziehungsweise Patientin zur Verfügung stehenden sieben Minuten reichen oft nicht für vertrauensvolle Gespräche, in welchen sensible Themen wie Gewalterfahrungen besprochen werden können. Auch eine entsprechende ausführliche Anamnese kann in diesem Rahmen nicht erfolgen – zumal die Differenzialdiagnose komplex ist. Manche Anzeichen von Gewalt lassen sich nur schwer von Symptomen unterscheiden, die auf andere Gründe zurückzuführen sind. Ärzte und Ärztinnen wollen im Falle eines Verdachts etwa auf sexualisierte Gewaltanwendung ganz sicher sein, bevor sie eine falsche Vermutung äußern.

Welche Schritte sollte ein Hausarzt oder eine Hausärztin im Verdachtsfall einleiten und welche Rolle spielt dabei die Schweigepflicht?

Das ist eine berechtigte und nicht pauschal zu beantwortende Frage. Denn die ärztliche Schweige-

pflicht ist ein hohes Gut. Ihr stehen nur in bestimmten Situationen Offenbarungsbefugnisse oder -pflichten gegenüber. Beim Kinderschutz hat der Gesetzgeber den Ärzten und Ärztinnen mittlerweile mehr Möglichkeiten eingeräumt, adäquat auf eine Kindeswohlgefährdung zu reagieren beziehungsweise Beratung zum Beispiel beim Jugendamt einzuholen, wenn sie eine solche vermuten. Im Kontext des Schutzes von älteren pflegebedürftigen Menschen stehen entsprechende Instrumente so nicht zur Verfügung. Es wäre aus Perspektive der Gewaltprävention sicherlich hilfreich, wenn der Ärzteschaft hier mehr rechtssichere Handlungsoptionen eröffnet würden.

Das klingt unbefriedigend.

Ja, aber Wegschauen ist natürlich keine Alternative. Auf jeden Fall sollte der Arzt oder die Ärztin versuchen, einem Verdacht genauer nachzugehen. Dabei können rechtsmedizinische Beratungsstellen unterstützen, die es teilweise gibt. Dort können Hinweise zum richtigen Vorgehen etwa bei der Dokumentation von Gewaltspuren eingeholt werden. Ist ein Patient oder eine Patientin einwilligungs- und auskunftsfähig, dann sollten auffällige Symptome in einer vertraulichen Gesprächssituation angesprochen werden. Wenn dies nicht der Fall ist und die Person von einem pflegenden Angehörigen begleitet wird, hängt es sicherlich nicht zuletzt von der Art des Verdachts und dem Zugang zu der Begleitperson ab, welches weitere Vorgehen sinnvoll ist. Handelt es sich zum Beispiel um eine Gewaltform wie Vernachlässigung, kann zunächst ein Gesprächseinstieg darüber gesucht werden, ob mehr Unterstützung in der Pflegesituation benötigt wird oder andere Beratungsbedarfe bestehen. Vielleicht liegt eine Überlastung vor oder es bestehen problematische Konflikte in der Pflegebeziehung. Denn für verschiedene Formen der Gewaltanwendung von pflegenden Zugehörigen sind das entsprechende Risikofaktoren. lp



DASS ICH DAS NOCH
ERLEBEN MUSS!

„Da wollte küssen –

Simon Eggert, Daniela Sulmann & Ralf Suhr

Sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt ist in unserer Gesellschaft keine Seltenheit – die stationäre Altenpflege stellt hier keine Ausnahme dar. Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen sind als Opfer dabei oftmals weitestgehend sprachlos und in verschiedener Hinsicht ausgeliefert. Viele solcher Fälle werden wahrscheinlich nie bekannt. Ob nun Pflegende, Therapeuten und Therapeutinnen oder medizinische Fachleute damit konfrontiert sind: Das Thema kann überfordern.

Wer Kontakt mit Bewohnerinnen oder Bewohnern von Pflegeeinrichtungen hat, ist vielleicht schon auf Sätze gestoßen, die dem in der Überschrift zitierten ähnlich sind. Auch wenn sie anekdotisch vorgetragen werden mögen, weisen sie auf ein erhebliches Unheilspotenzial hin. In diesem Fall schilderte eine relativ rüstige Bewohnerin im Rahmen einer Interviewstudie in einem Nebensatz, dass sie nach dem Einzug in die Einrichtung einen wohl demenziell erkrankten Mitbewohner als aufdringlichen „Verehrer“ gehabt habe – wie sie es nennt. Er habe regelmäßig an ihre Tür geklopft und wollte ihr immer wieder „stürmisch“ nahekommen. Sie habe ihn aber stets „recht freundlich“ abwehren können. Schließlich sei das „geklärt worden“. Was das genau bedeutet, wird nicht weiter besprochen; es ist nicht Thema der Studie. Im Transkript des Interviews ist zu diesem Punkt abschließend zu lesen: „beide lachen“. Damit sind Interviewerin und Interviewte gemeint. Der im Ergebnis

vielleicht verhältnismäßig harmlose Sachverhalt reflektiert nur einen Aspekt aus einem Themenfeld, das sich – insbesondere bei gravierenden Vorkommnissen – teilweise so verstörend darstellt, dass die meisten Menschen sich damit nicht beschäftigen wollen: sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen.

Diese können, ob im häuslichen oder stationären Setting, Opfer von sexuellem Missbrauch werden, also von Übergriffen und Demütigungen, die die Sphäre des Sexuellen berühren. Entsprechende Gewaltformen werden als versteckteste, am seltesten erkannte und gemeldete Form der Gewalt gegen ältere Menschen angesehen. Was aber genau ist darunter zu verstehen? Als Kern verschiedener Definitionen gilt, dass es sich bei entsprechender Gewalt um einen nicht einvernehmlichen bzw. nicht einwilligungsfähigen Kontakt jeglicher Art handelt, der das Sexuelle betrifft. Die Bandbreite der darunter zusammengefassten Handlungen und Verhaltensweisen

dieser Herr mich immer der war plemplem ...“

ist groß. Zudem spielt es, auf einen konkreten Fall bezogen, eine wichtige Rolle, wie Personen Verhalten oder Handlungen wahrnehmen und dass sich solche Wahrnehmungen individuell, kulturell und kontextbezogen unterscheiden können.

Stationäre Langzeitpflege im Fokus

Ein aus Forschungssicht besonders zu beachtendes Setting, in dem sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen auftritt, ist die stationäre Langzeitpflege. Dort lebende Bewohner und Bewohnerinnen können verschiedenen Formen dieses Phänomens und ggf. entsprechender Straftaten ausgesetzt sein, die von verbaler sexueller Belästigung oder unangemessenem Interesse an dem Körper des Opfers bis zu schwersten Formen wie Vergewaltigung reichen. Personen können hierbei von mehreren Gewaltformen betroffen sein und zudem wiederholt viktimisiert werden. Entsprechende Gewalt im Kontext Pflege kann z. B. auch darin bestehen, dass Pflegende in unangemessener Weise vor einer pflegebedürftigen Person über Sexualität sprechen oder diese gegen ihren Willen im Intimbereich waschen. Körperlich wie kognitiv sehr vulnerable Bewohner und Bewohnerinnen sind womöglich in erhöhtem Maße gefährdet, sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt zu erleben.

Nach dem aktuellen Kenntnisstand werden sowohl Frauen als auch Männer Opfer von sexueller bzw. sexualisierter Gewalt in Pflegeeinrichtungen – allerdings werden Frauen deutlich häufiger als Opfer identifiziert. Vermutlich sind Männer in entsprechenden Statistiken unterrepräsentiert.

Sexualisiertes bzw. sexuelles Gewaltverhalten gegen Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeheimen kann ausgehen von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern – insbesondere, wenn

diese an psychischen Störungen oder kognitiven Einschränkungen leiden –, von Einrichtungspersonal, von Besucherinnen und Besuchern etwa aus Familie oder Freundeskreis von anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, von ehrenamtlich Unterstützenden sowie von Personen von externen Dienstleistern und Berufsgruppen, die in die Versorgungsprozesse einer Einrichtung eingebunden sind.

Wie häufig sexueller Missbrauch, entsprechende Misshandlung oder damit assoziiertes problematisches Verhalten sind, lässt sich anhand der wissenschaftlichen Literatur nicht genau beantworten. Aus verschiedenen Gründen sind Prävalenzen bei diesem mit Tabu, Scham, Angst sowie Stereotypen besetzten Thema nur schwer abschätzbar. Entsprechende Zahlen dürften prinzipiell eine Unterschätzung des Problems darstellen. Dies ergibt sich aus verschiedenen methodischen Herausforderungen wie etwa



schwieriger Zugang zu Opfern, oft eingeschränkte Auskunftsfähigkeit oder eingeschränkter Auskunfts-wille von Opfern, erschwere Beobachtungsbedin-gungen, nur begrenzt belastbare Auskünfte sowohl von (potenziellen) Zeugen und Zeuginnen als auch von Täterinnen und Tätern.

Die Empirie zu sexueller bzw. sexualisierter Gewalt gegen Bewohner und Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen legt zudem nahe, dass es Orga-nisationen offenbar schwerfallen kann, mit entspre-chenden Vorfällen sowie den Opfern angemessen umzugehen. So zeichnen sich teilweise erhebliche Defizite in Bezug auf die angemessene medizinische und psychologische Versorgung von betroffenen pflegebedürftigen Menschen, auf deren Schutz vor neu-erlicher Opferwerdung sowie auf eine angemessene Berichterstattung und Dokumentation über solche Vorfälle ab.

Sensibilisierung und Prävention

Eine Voraussetzung wirksamer Prävention von sexu-eller bzw. sexualisierter Gewalt in der stationären Langzeitpflege ist die Sensibilisierung von Per-so-nal und Angehörigen für das Thema. Es muss darü-ber hinaus ein gesellschaftliches Bewusstsein dafür gescha-ffen werden, dass diese Form der Gewalt in ver-schiedenen Varianten und Facetten in Einrich-tungen auftreten kann. Denn gerade die hochvulnerab-

len pflegebedürftigen Menschen – die z.T. bereits durch sexuelle bzw. sexualisierte Gewalterfahrun-ge im Lebensverlauf traumatisiert wurden – sind auf ein aufgeklärtes, aufmerksames und engagiertes Umfeld angewiesen, das sie schützt. Diesbezügliche Haltungen sowie Wissen und Kompetenzen werden professionell Pflegenden und anderem Gesundheits-personal eventuell als selbstverständlich zugespro-chen. Die Studienlage zeigt jedoch, dass dies nicht der Fall sein muss. Es bestehen nicht nur Schulungs- und Fortbildungsbedarfe für das Personal, sondern auch Entwicklungsaufgaben für die Organisa-tionen, damit diese eine gewaltpräventive Kultur ent-wickeln, nötige Kompetenzen vorhalten sowie wirk-same Prozesse und Instrumente etablieren.

Mit diesem Thema befasst sich derzeit auch das ZQP. Gemeinsam mit der Deutschen Hochschule der Polizei führt die Stiftung das vom Bundesmi-nisterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Präventionsprojekt „SeGEL – Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland“ durch. Ziel ist es, die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Auf-treten und zu Erscheinungsformen sexueller bzw. sexualisierter Gewalt gegen Bewohner und Bewoh-nerinnen von Pflegeheimen, aber auch zu Aspekten entsprecher Gewalt gegen Mitarbeiter und Mit-arbeiterinnen solcher Organisationen zu erweitern.

Hierzu werden systematische Literaturrecher-chen, eine qualitative Interviewstudie mit Beschäf-tigten in Pflegeeinrichtungen sowie Experteninter-views mit verschiedenen dezidierten Fachleuten des Themenfeldes durchgeföhrt. Zudem werden staats-anwaltschaftliche Verfahrensakten analysiert und deutschlandweit Leitungspersonen stationärer Einrichtungen mit einem quantitativen Untersu-chungsdesign befragt.

Auf dieser Basis entstehen Arbeitsmaterialien für die Aus- und Fortbildung von professionell Pfle-genden zum Thema „Prävention sexueller Gewalt gegen Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegeein-richtungen“. Die Ergebnisse werden voraussichtlich 2023 vorliegen und frei zugänglich sein. 



Tabuthema „Sexuelle Gewalt“

Simon Eggert ist Geschäftsführer im ZQP. Sein Arbeitsschwerpunkt liegt u. a. auf den Themen „Gewaltprävention“ und „Informelle Versorgung“. Er leitet dabei auch das Projekt „SeGEL“ zur Prävention von sexueller bzw. sexualisierter Gewalt in der stationären Langzeitpflege.



Sexueller Missbrauch scheint in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit endlich stärker thematisiert zu werden. Ist das in der Pflege auch zu bemerken?

Es ist wohl mittlerweile insgesamt verbreiteter als im vorigen Jahrhundert, generell anzuerkennen, dass sexueller Missbrauch beziehungsweise sexualisierte Gewalt nicht nur ausnahmsweise vorkommen und dass die gesellschaftliche Relevanz dieses Problems nicht bezweifelt werden kann. Im Fachdiskurs wird Organisationen von der Kirche über Bildungsinstitutionen bis zu Sportvereinen eine zentrale Rolle für die Präventionsarbeit zugeschrieben. Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere Pflegeheime, sollten als Präventionsorte dabei nicht vergessen werden.

Warum wird das Thema in der Pflege vielleicht nicht so stark wahrgenommen?

Je nachdem, welche Gruppe man in den Blick nimmt, also zum Beispiel Pflegepersonal oder pflegebedürftige Menschen, und ob man nach der Innen- oder Außenperspektive fragt, gibt es verschiedene mögliche Barrieren. Bezieht man sich auf die sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt gegen ältere pflegebedürftige Menschen, mögen unter anderem vier Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Erstens: Sexualität im Alter ist generell ein tabuisiertes Thema. Viele können sich das nicht vorstellen, wollen darüber nichts wissen und nicht darüber sprechen. Darunter leiden dann sicherlich auch Präventionsbemühungen von entsprechenden Gewaltformen. Zweitens: Was man nicht wahrhaben will, kann man schlecht sehen. Und wir wollen natürlich ungern wahrhaben, dass auch in Gesundheits- und Sozialberufen teilweise Personen arbeiten, die ältere hilfebedürftige Menschen sexuell attackieren oder demütigen. Drittens: Die Opfer sind besonders ausgeliefert und können oft nicht mehr

gut von ihren Erfahrungen berichten. Sie nehmen das dann mit ins Grab. Viertens: Organisationen übernehmen zum Teil nicht die Präventionsverantwortung, die von ihnen bei diesem Thema gefragt wäre. Zum Beispiel weil es neue Herausforderungen und vielleicht größere Konflikte mit sich bringt, hier umfassend tätig zu werden. Was nicht heißt, dass es keine Träger, Einrichtungen und Pflegenden gibt, die sich schon lange und intensiv für das Thema engagieren.

Was soll das Projekt „SeGEL“ in diesem Zusammenhang leisten?

Zum einen wollen wir mit unserem Partner, der Deutschen Hochschule der Polizei, und gefördert vom BMFSFJ mehr wissenschaftliche Erkenntnisse zu dem Phänomenbereich in der stationären Langzeitpflege in Deutschland sammeln und der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Zum anderen wollen wir darauf aufbauend Arbeitsmaterialien für die Pflege entwickeln, die in der Aus- und Fortbildung und in den Einrichtungen kostenlos genutzt werden können. Denn alle Organisationen müssen sich mit ihren Beschäftigten gemeinsam auf den Weg machen und eine Präventionskultur samt der nötigen inhaltlichen Kompetenz in den Einrichtungen entwickeln. Noch zu häufig fühlen sich engagierte Pflegende und Leitungskräfte bei diesem Thema allein auf weiter Flur.

Wie kommt man an die Ergebnisse und Materialien?
 Anfang 2023 werden der Projektbericht mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen und die Materialien veröffentlicht. Alle Inhalte können dann über die Internetseite des ZQP unentgeltlich heruntergeladen und in der Praxis genutzt werden.

pw ↪

Sicherheitskultur stärken



Die Sicherheitskultur in Pflege-Settings hat ein hohes Potenzial, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen zu verringern. In ambulanten Diensten ist sie bisher jedoch kaum verankert. Das ZQP will mit wissenschaftlicher Arbeit und praxisorientierten Instrumenten zu deren Stärkung beitragen – und startet in diesem Zusammenhang Anfang 2022 das vierjährige Projekt „PriO-a“.

Prävention umfasst Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. Dazu gehört es u. a. auch, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der professionellen Pflege zu verringern und sie vor gesundheitlichen Schäden zu bewahren, z. B. bei der Medikation, Ernährung, Beweglichkeit und Hygiene. Auch Gewalt stellt ein bedeutendes Risiko für die psychische und physische Gesund-

heit pflegebedürftiger Menschen dar. Im ambulanten Pflege-Setting entstehen solche Gesundheitsrisiken aus verschiedenen Gründen, z. B. durch Unachtsamkeit, Zeitdruck, fehlendes Wissen oder unzureichende Kommunikation der an der Versorgung Beteiligten. Auch unklare Handlungs- und Entscheidungsprozesse oder räumliche und technische Hindernisse tragen dazu bei. Die Anfälligkeit für kritische Ereignisse, wie etwa Fehler bei der Versorgung, wird u. a. angesichts der parallelen Beteiligung mehrerer Akteure und Akteurinnen und aufgrund der oftmals komplexen Versorgungssituation in der ambulanten Pflege als hoch eingeschätzt.

Zur Prävention bzw. Verringerung gesundheitlicher Risiken trägt die Sicherheitskultur in der professionellen Pflege bei. Sie stellt eine Grundvoraussetzung des Qualitäts- und Risikomanagements dar. Gemeint

Sicherheitskultur trägt dazu bei,
die Gesundheit pflegebedürftiger
Menschen zu schützen.

Ein Ziel ist es, den Wissensstand zur Sicherheitskultur und deren Akzeptanz als Prio-A-Thema in der Pflegepraxis zu fördern.

sind Werte, Einstellungen, Verhaltensweisen, Haltungen und Kompetenzen von Organisationen und Personen, die dafür sorgen, dass der Sicherheit der zu versorgenden Menschen mit Priorität hohe Aufmerksamkeit gewidmet wird. Aspekte davon sind das Bewusstsein der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für Risiken und kritische Ereignisse, die Kompetenz zum Umgang damit, deren konsequente Analyse und nicht zuletzt eine offene und konstruktive Kommunikation in der Organisation. Dabei können Instrumente unterstützen, die die teaminterne Kommunikation stärken sowie die Reflexion und Lerneffekte fördern, bspw. digitale Berichts- und Lernsysteme (CIRS).

Werte und Strukturen von Organisationen werden wesentlich von deren Leitungspersonen geprägt. Ihnen kommt daher bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Sicherheitskultur eine zentrale Rolle zu. Auch das Wissen Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger über gesundheitliche Risiken sowie ihre Motivation und Fähigkeit, diese durch das eigene Verhalten zu minimieren, sind Aspekte von Sicherheitskultur. Das betrifft z. B. das Wissen über die Einhaltung von Hygieneregeln, über den richtigen Umgang mit Medikamenten, zur Sturzprophylaxe oder über eine gesundheitsfördernde Ernährung. Pflegefachpersonen kommt bei der Förderung dieser Kompetenz eine wichtige Rolle zu – etwa im Rahmen pflegerischer Beratung, Schulung und Anleitung.

Im ambulanten Pflege-Setting in Deutschland ist Sicherheitskultur jedoch – wie insgesamt in der Pflege – kaum etabliert, wie Untersuchungen des ZQP zeigen. Ein Grund könnte darin liegen, dass der Fachdiskurs um Sicherheitskultur bisher von der medizinischen Sichtweise geprägt ist. Zudem gibt es keine gesetzliche Anforderung hierzu.

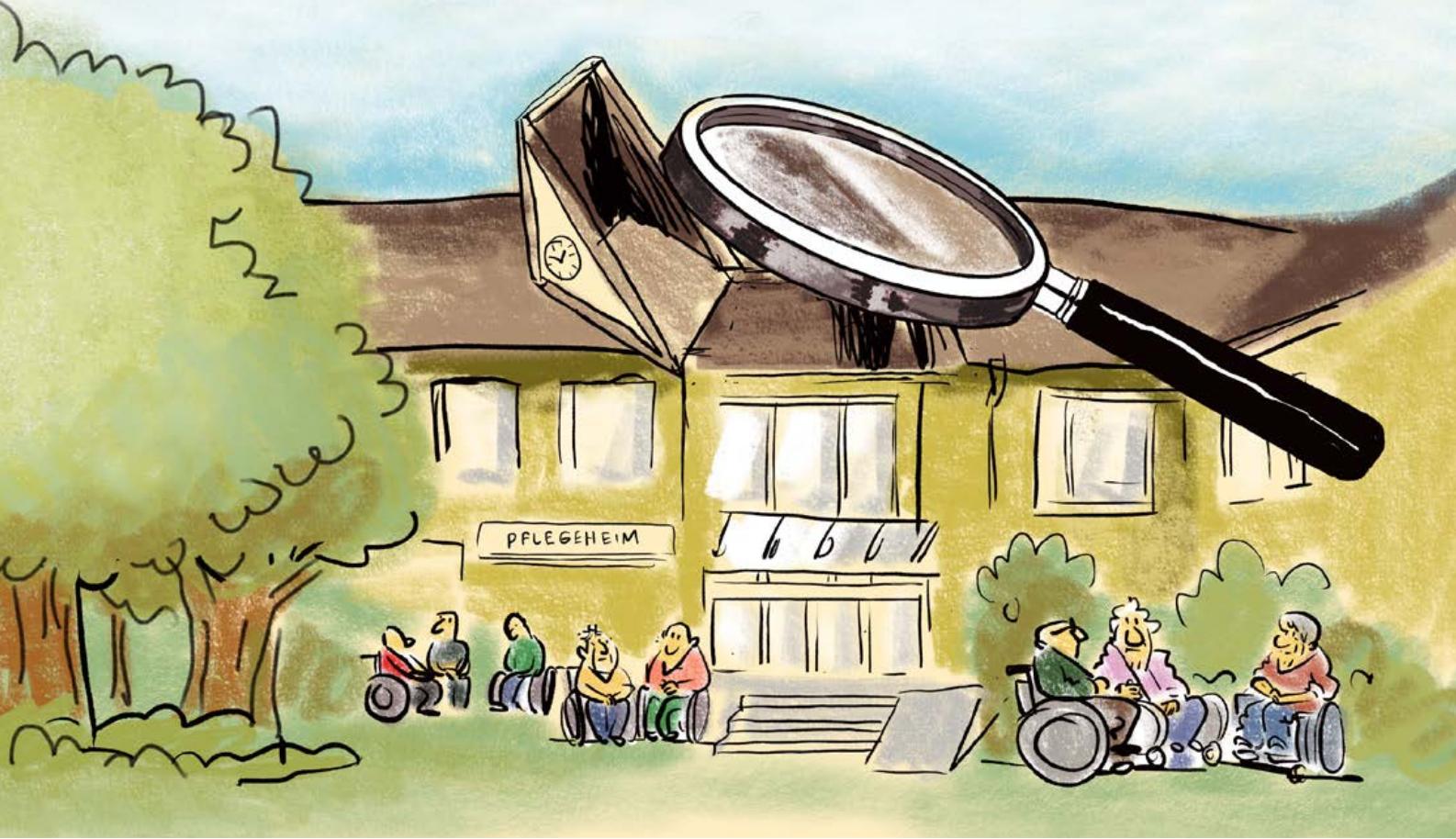
Ein Ziel des ZQP ist es, zunächst den Wissensstand zum Thema Sicherheitskultur und deren Akzeptanz in der ambulanten Pflegepraxis zu fördern – und im Weiteren die Entwicklung von Sicherheitskultur in Organisationen zu unterstützen. Das ZQP hat dafür eine systematische internationale Literaturrecherche zu Interventionen bzw. Instrumenten zur Stärkung von Sicherheitskultur in der Pflege durchgeführt. Zudem wurden leitfadengestützte Interviews mit professionell Pflegenden, pflegenden Angehörigen sowie Experten und Expertinnen mit spezifischen Fachkenntnissen zur Sicherheitskultur im Pflege- bzw. Gesundheitsbereich geführt, um deren Erfahrungen und Einschätzungen zur Sicherheit in der ambulanten Pflege einzubeziehen.

Die Auswertungen ergaben, dass die Datenlage zur Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der Sicherheit bzw. Sicherheitskultur im ambulanten Pflege-Setting dürtig ist. Erfolg versprechend könnte die Implementierung von Sicherheitskultur im Rahmen partizipativer Organisationsentwicklung sein. Zudem kommt der Schulung der Mitarbeiteren offenbar eine hohe Bedeutung zu.

Hierfür erarbeitet das ZQP derzeit u. a. entsprechende Arbeitsmaterialien für ambulante Pflegedienste. Diese werden voraussichtlich im Frühjahr 2022 auf der Internetseite des ZQP veröffentlicht. Die Materialien können bspw. in der Fortbildung professionell Pflegender oder in Qualitätszirkeln eingesetzt werden.

Darüber hinaus hat das ZQP jüngst das praxisorientierte Präventionsprojekt „PriO-a“ gestartet. Hierbei wird im Laufe von vier Jahren eine Art Koffer mit praktisch nutzbaren Materialien zur Stärkung der Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege erarbeitet. Dieser könnte bspw. Erklärfilme, Checklisten, Schulungsfolien, Poster und Flyer beinhalten. In diesem Rahmen wird auch ein zentrales und frei zugängliches digitales Berichts- und Lernsystem entwickelt, das vom ZQP moderiert wird. Das Vorgehen im Projekt „PriO-a“ folgt dem Modell des „Gesundheitsförderungsprozesses“, das im GKV-Leitfaden „Prävention“ empfohlen wird. Kernaspekte dabei sind, die Zielgruppen einzubeziehen (Partizipation), sie zu stärkerer Eigenverantwortung zu befähigen (Empowerment) sowie langfristige Wirksamkeit zu erzielen (Nachhaltigkeit). Flankierend sind Maßnahmen zur Vermittlung des Themas Sicherheitskultur in der Pflege vorgesehen. Das Projekt wird in Kooperation mit zwölf bis 15 Pflegediensten bundesweit durchgeführt. Eingebunden sind weitere relevante Akteure und Akteurinnen wie Verbände der Pflegeanbieter, das Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutsche Berufsverband für Pflegerufe und das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

So soll das Projekt „PriO-a“ dazu beitragen, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der professionellen Pflege durch organisationsbezogene Sicherheitskultur zu reduzieren. *ds/sg/mh* ←



Qualitätsbewertung in der stationären Pflege

Damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen einschätzen können, ob die professionelle Pflege angemessen ist und was sie erwarten können, bedarf es einer fundierten und verständlichen Qualitätsbewertung und -darstellung. Im Herbst 2019 gab es eine grundlegende Veränderung im offiziellen Prüfsystem zur Messung und Beurteilung von Pflegequalität. Die ersten Ergebnisse von entsprechenden Prüfungen sind veröffentlicht.

Wie wird die Qualität ermittelt?

Die Pflegeeinrichtungen erfassen halbjährlich selbst interne Daten über die Pflegequalität, etwa zur Mobilität, zur Ernährung der Bewohner und Bewohnerinnen oder zum Auftreten von Dekubitus. Sie erheben zehn Indikatoren aus drei Qualitätsbereichen: 1. Erhalt und Förderung von Selbstständigkeit, 2. Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen sowie 3. Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen. Diese Daten werden anschließend an eine extra eingerichtete Datenauswertungsstelle (DAS)

übermittelt. Dort werden sie auf Vollständigkeit, Fehler und statistische Plausibilität geprüft sowie hinsichtlich der Ergebnisse ausgewertet. Die DAS setzt die Ergebnisse jeder Einrichtung in Bezug zu den Daten aller Heime bundesweit. Die Bewertung der Kennzahlen, d.h. die Zuordnung einer Qualitätsbewertung zu einer Kennzahl, erfolgt mithilfe von Referenzwerten und einer fünfstufigen Systematik. Die Einrichtung erhält dann von der DAS einen Bericht. Eine Einrichtung kann z.B. beim Thema Mobilität mit sehr guten Versorgungsergebnissen

„weit über dem Durchschnitt“ liegen und in einem anderen Bereich, wie z.B. dem Auftreten von Dekubitus, eine schlechtere Ergebnisqualität aufweisen.

Zusätzlich finden in den Einrichtungen externe Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) oder den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung auf Basis der Qualitätsprüfungsrichtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) statt. Die Inhalte der externen Prüfung gliedern sich in 24 Qualitätsaspekte aus sechs Qualitätsbereichen. Für die Bewertung jedes Aspekts

ist zunächst entscheidend, ob in der personenbezogenen Versorgung „Aufälligkeiten“ oder „Defizite“ entstanden sind und ob Letztere mit „Risiken“ oder „negativen Folgen“ für die pflegebedürftige Person einhergehen. Dies können z. B. gesundheitliche Schädigungen sein. Je nachdem, wie häufig und in welchem Ausmaß Defizite auftreten, fällt dann die Gesamtbewertung des jeweiligen Aspekts auf der Einrichtungsebene aus: Es liegen dann „keine oder geringe“ bis „schwerwiegende“ Qualitätsdefizite vor.

Alle Pflegeheime werden zunächst einmal mit diesem Verfahren geprüft, danach im Abstand von einem Jahr. Heime mit guten Ergebnissen werden künftig nur noch alle zwei Jahre vom MD geprüft.

Wie wird die Qualität dargestellt?

Die Darstellung der Qualität der Pflegeeinrichtung soll auf Basis der ermittelten Qualitätsdaten in drei verschiedenen Darstellungsformaten erfolgen: einem Standarddokument, einem webbasierten Informationsangebot und einem individuell gestaltbaren Dokument.

Das Standarddokument umfasst einen Überblick über die Bewertungen der einzelnen Indikatoren sowie über die Ergebnisse aus den externen Qualitätsprüfungen. Zudem enthält es eine Darstellung der einrichtungsbezogenen Informationen und Erläuterungen, der Bewertungen der Ergebnisqualität und der Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen.

Die webbasierten Informationen über die Qualitätsbewertung der Einrichtungen werden auf den Internetseiten von Krankenkassen oder über Online-Angebote der Privaten Krankenversicherung zur Verfügung gestellt. Dort kann man – je nach individuellem Interesse – bestimmte Informationen über Einrichtungen auswählen oder ausblenden. Darüber hinaus können diese sortiert und miteinander verglichen werden. Ein individuell gestaltbares Dokument ermöglicht es, Informationen über mehrere Pflegeeinrichtungen, die den

gewünschten Kriterien entsprechen, zusammenzustellen.

Mithilfe eines Punktesystems wird dargestellt, wie die Einrichtung im Durchschnitt – positiv oder negativ – liegt. Eine Gesamtnote wie im früheren System gibt es nicht mehr. Allerdings werden diese sog. Pflegenoten noch für die Einrichtungen dargestellt, die noch nicht mit dem aktuellen Verfahren geprüft worden sind.

Informationen über Pflegeeinrichtungen und den Qualitätsbewertungen bieten z. B.:

Pflegeberatung.de:

↗ www.pflegeberatung.de

AOK Pflege-Navigator:

↗ www.pflege-navigator.de

BKK PflegeFinder:

↗ pflegefinder.bkk-dachverband.de

vdek-Pflegelotse:

↗ www.pflegelotse.de

Wie hat sich die Corona-Pandemie auf die Prüfungen ausgewirkt?

Während der Corona-Pandemie wurden die regulären Qualitätsprüfungen, nicht die Anlassprüfungen, eine Zeit lang ausgesetzt. Daher wurden die Einrichtungen mit dem seit Herbst 2019 geltenen Prüfverfahren zunächst nur von

November 2019 bis März 2020 bewertet. Nach einer etwa einjährigen Auszeit finden die Prüfungen seit Mitte März 2021 wieder statt – aber mit besonderen Hygiene- und Schutzmaßnahmen (im Oktober 2021 hat der GKV-Spitzenverband Regelungen zur Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen während der Pandemie herausgegeben). Daher ist derzeit auch unklar, wann alle Pflegeheime wie vorgesehen einmal mit dem aktuellen Verfahren geprüft sein werden.

Wie werden ambulante Pflegedienste zukünftig geprüft?

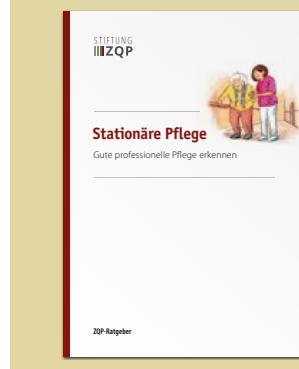
Auch die Qualitätsprüfung und -darstellung in der ambulanten Pflege werden überarbeitet. Dazu wurden wissenschaftsbasiert Instrumente und Verfahren entwickelt und in einem Pilotversuch auf Praktikabilität und Zuverlässigkeit getestet. Daraus folgend ist geplant, Anpassungen der Instrumente und Verfahren vorzunehmen sowie eine erneute Pilotierung durchzuführen.

lp/ds ↵

Zum aktuellen Entwicklungsstand bietet der Qualitätsausschuss Pflege Informationen auf folgender Webseite:

↗ www.gs-qa-pflege.de/unsere-aktuellen-projekte

ZQP-Ratgeber zu guter Pflege



Der ZQP-Ratgeber „Stationäre Pflege – Gute professionelle Pflege erkennen“ bietet detaillierte Informationen darüber, wie die professionelle Pflege aus fachlicher Sicht sein sollte. Er kann als PDF-Datei heruntergeladen oder kostenfrei über die ZQP-Website bestellt werden.



Ratgeber hier bestellen oder herunterladen.

„Der Fokus liegt auf der pflegebedürftigen Person“

Das ZQP hat Christiane Kannenberg zu ihren Erfahrungen mit dem seit zwei Jahren angewendeten Prüfverfahren für Pflegeheime befragt. Sie ist Qualitätsprüferin des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V. und dort in der Abteilung Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen tätig.

Warum bedurfte es eines neuen Prüfverfahrens für Pflegeheime in Deutschland?

Das bisherige Prüfverfahren sah viele Bewertungen vor, die mit Ja oder Nein zu beantworten waren. Eine differenzierte Bewertung war dadurch schlecht darzustellen und zu interpretieren. Zudem lagen die Ergebnisse – in der Bewertung als Note – aller Einrichtungen dicht beieinander. Die individuelle Darstellung für eine Pflegeeinrichtung war kaum möglich.

Was sind die Verbesserungen des neuen Prüfverfahrens im Vergleich zu den Prüfungen, die bis November 2019 durchgeführt wurden?

Die wesentliche Verbesserung ist, dass der pflegebedürftige Mensch im Mittelpunkt steht. Es wird bewertet, ob die durchgeführten Pflegemaßnahmen den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner und Bewohnerinnen entsprechen. Der Fokus liegt auf der pflegebedürftigen Person, ihren individuellen Fähigkeiten und ihrem pflegerischen Bedarf. Außerdem ist das Fachgespräch mit den Mitarbeitenden der Einrichtung jetzt von deutlich größerer Bedeutung. Im früheren Prüfverfahren stand die Bewertung von Abläufen sowie die Struktur- und Prozessqualität im Vordergrund. Jetzt haben die Pflegeergebnisse (Indikatoren) die zentrale Gewichtung.

Stellt das neue Prüfverfahren einen größeren Arbeitsaufwand für die Pflegeeinrichtungen dar und wie wird es von ihnen aufgenommen?

Die einzelne Pflegeeinrichtung wird im Rahmen der neuen Prüfung in ihrer Individualität besser wahrgenommen. Eine Prüfung wird selten als angenehm empfunden. Wir erhalten aber viele positive Rückmeldungen. Die Gespräche mit den Mitarbeitenden der Einrichtung werden intensiv geführt und die Beratung hat einen höheren Stellenwert. Viele von ihnen sind dankbar für unsere Anregungen. Wir – die Mitarbeitenden der Pflegeheime und ich als Prüferin – haben das gemeinsame Ziel, dass die Bewohner und Bewohnerinnen zu ihrer Zufriedenheit bestens versorgt sind.

Sind die Ergebnisse konkreter geworden und stellen sie ein genaueres Abbild der Qualität dar?

Die Ergebnisdarstellung ist jetzt differenzierter. Es werden nicht nur einzelne Prophylaxemaßnahmen bewertet, sondern z. B. der ganze Bereich Mobilität. Deshalb ist die Bewertung umfassender und bezieht sich nicht nur auf einzelne Aspekte.

Was passiert, wenn bei einer Prüfung deutliche Qualitätsdefizite festgestellt werden?

Die Beurteilungen beziehen sich auf die Versorgung eines einzelnen pflegebedürftigen Menschen. Alle Feststellungen, die ich als Prüferin zu einem Qualitätsaspekt getroffen habe, werden zu einer Gesamtbewertung eines Qualitätsaspektes zusammengeführt. Auf dieser Basis werden den Einrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen Maßnahmenbescheide zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auferlegt. Ebenso wichtig ist es, dass während der Prüfung den Mitarbeitenden der Einrichtung – wenn notwendig – Verbesserungspotenzial aufgezeigt wird. Dadurch können notwendige Maßnahmen unmittelbar eingeleitet werden.





Mundgesundheit erhalten und fördern

Die Mundgesundheit ist über alle Altersgruppen hinweg ein hoch relevantes Präventionsthema, gerade auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit. Was professionell Pflegende beachten sollten, beschreibt der neue Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Die allgemeine Gesundheit steht in engem Zusammenhang mit der Mundgesundheit: So können manche Krankheiten und Therapien die Mundgesundheit stark beeinträchtigen. Wiederum kann eine schlechte Mundhygiene gesundheitliche Probleme nach sich ziehen – bspw. von Schmerzen, Entzündungen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken bis hin zu Mangelernährung – und damit auch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Eine gute Mundpflege ist daher in allen Lebensphasen ein wichtiges Präventionsthema.

Ein erhöhtes Risiko für Probleme der Mundgesundheit haben pflegebedürftige Menschen. Denn bei ihnen liegen oft mehrere Risikofaktoren hierfür vor, etwa hohes Alter, Einnahme mehrerer Medikamente sowie körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen.

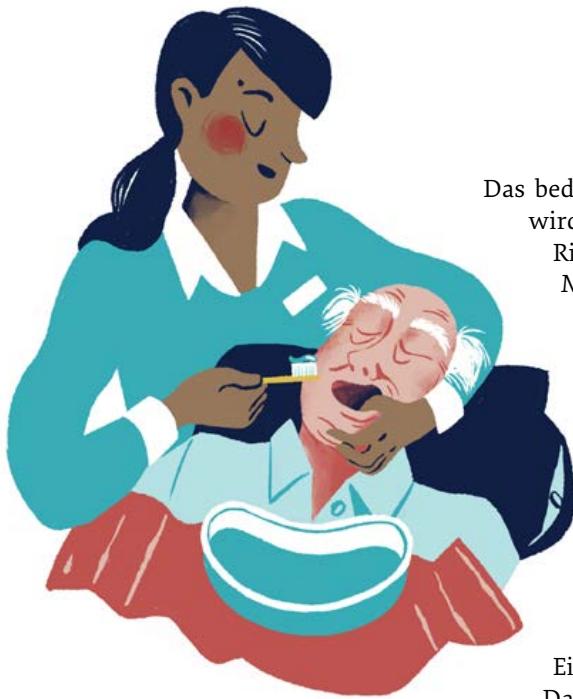
Die letzte Deutsche Mundgesundheitsstudie geht davon aus, dass 30 Prozent der älteren pflegebedürftigen Menschen Unterstützungsbedarf bei der Mundpflege haben. Laut dem sechsten Pflegequalitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen waren es bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen sogar rund 60 Prozent. Das heißt, viele pflegebedürftige Menschen – ob stationär oder häuslich versorgt – können ihre Mundpflege nicht oder nur bedingt selbstständig bzw. umfassend durchführen. Mitunter fehlt es ihnen und ihren Angehörigen auch an Wissen und Kompetenzen, um die Mundpflege richtig umzusetzen.

Die Förderung der Mundgesundheit ist daher eine wesentliche Aufgabe professionell Pflegender.

Was dies im Einzelnen umfasst und praktisch für Pflegefachpersonen und die Organisationen, in denen sie arbeiten, bedeutet, beschreibt der neue Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Er definiert u. a. das Aufgabenspektrum, den Verantwortungsbereich und das nötige Kompetenzprofil von Pflegefachpersonen und bietet eine fachliche Richtschnur für die konkrete Umsetzung in der Praxis.

Gut zu wissen ...

Gesetzlich Versicherte mit Pflegegrad sowie Menschen, die Eingliederungshilfe erhalten, haben einmal im Jahr Anspruch auf zusätzliche zahnärztliche Leistungen, um die Mundgesundheit zu erhalten oder zu verbessern (§ 22a SGB V). Dazu gehören bspw. die Aufklärung über Mundhygiene und Empfehlungen zu erforderlichen Maßnahmen sowie zur Umsetzung im Alltag. Ist die Mobilität stark beeinträchtigt, sind auch Hausbesuche möglich. In der stationären Langzeitpflege können die Leistungen über Kooperationsverträge (gem. § 119b Abs. 2 SGB V) mit niedergelassenen Zahnärzten und Zahnärztinnen vereinbart werden.



Das bedeutet u. a.: Zum Beispiel wird zur Einschätzung von Risiken und Problemen der Mundgesundheit im Rahmen des pflegerischen Erstgesprächs (Anamnese) zunächst ein Screening und daran anschließend – falls erforderlich – ein Assessment empfohlen. Die Kriterien hierfür sind im Expertenstandard im Einzelnen beschrieben.

Darüber hinaus gibt der Standard viele praktische Hinweise zur Mundpflege, zu der neben der Reinigung von Zähnen und Zahnersatz auch die Pflege des Mundes, der Schleimhaut und der Zunge gehört. Die Empfehlungen beziehen sich z. B. auf Hygiene, Techniken und Hilfsmittel zur Mundpflege sowie auf das Vorgehen bei speziellen Anforderungen, etwa bei Aspirationsgefahr, Nahrungskarenz oder Abwehrverhalten. Zudem wird klargestellt, welche Pflegemittel nicht geeignet sind, z. B. die dauerhafte Anwendung von Zitronenstäbchen oder Butter zur Pflege der Mundschleimhaut oder von Seife zur Reinigung des Zahnersatzes.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Wissensvermittlung und Befähigung: Durch Information, Schulung oder Beratung sollten Pflegefachpersonen die Menschen unterstützen, die Mundpflege möglichst selbstständig durchführen zu können – oder selbstbestimmt zu entscheiden, wie sie durchgeführt werden soll. Auch pflegende Angehörige sollten in die Lage versetzt werden, bei der Mundpflege angemessen unterstützen zu können. Hierfür sollten die Einrichtungen geeignete Materialien bereitstellen, wie Flyer und Broschüren, Schulungsvideos oder praktische Hilfsmittel.

Als zentrale Anforderung an Pflegefachpersonen formuliert der Expertenstandard zudem die Kompetenz, einschätzen zu können, wann weitere Fachexpertise hinzuzuziehen ist. Das gilt z. B. bei anhaltenden Schmerzen oder Schwierigkeiten mit dem Zahnersatz. Neben der regelmäßigen Schulung von Pflegefachpersonen zur Mundpflege empfiehlt der Expertenstandard, einrichtungsspezifische Richtlinien zu erstellen, u. a. zum Zeitpunkt der Erst einschätzung, zum Vorgehen bei Problemen und zur Überprüfung von Maßnahmen. Im Idealfall sollten die Organisationen Pflegefachpersonen, die spezifische Fortbildungen zur Förderung der Mundgesundheit absolviert haben, als „Beauftragte für Mundpflege“ einsetzen. Diese führen bspw. Schulungen für Mitarbeitende durch, sind im Rahmen von Pflegevisiten beratend tätig und unterstützen beim Kontakt mit Zahnärzten und Zahnärztinnen.

Der Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege ist in Kooperation zwischen dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB) entstanden. Er wurde in einer interdisziplinären Expertenarbeitsgruppe auf der Basis einer wissenschaftlichen Literaturanalyse erarbeitet – und im Rahmen einer Konsensuskonferenz im Mai 2021 konsentiert. Zudem erfolgt die modellhafte Implementierung des Expertenstandards.

Der Standard zielt auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen, die professionelle pflegerische Unterstützung bei der Mundpflege benötigen, und ist demnach in allen professionellen Pflege-Settings relevant, z. B. in ambulanten und voll- sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Einrichtungen der Behindertenhilfe. *ds/dv* ↗

Der Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege kann beim DNQP bestellt werden: ↗ www.dnqp.de

ZQP-Ratgeber „Mundpflege – Praxistipps für den Pflegealltag“

Pflegebedürftige benötigen oftmals Hilfe bei der täglichen Mundpflege. Der Ratgeber zeigt anschaulich,

wie Angehörige dabei unterstützen können. Er kann kostenfrei über die ZQP-Website bestellt oder heruntergeladen werden.



Ratgeber hier bestellen oder herunterladen.

„Die Mundpflege hat ein hohes Präventionspotenzial“

Daniela Sulmann ist Geschäftsleiterin im ZQP und Mitglied der DNQP-Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des neuen Expertenstandards „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“.

Frau Sulmann, warum ist ein Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege überhaupt nötig?

Die Förderung der Mundpflege hat ein sehr hohes Präventionspotenzial, denn eine schlechte Mundgesundheit zieht vielfältige Probleme nach sich, von Infektionen und Schmerzen bis hin zu Mangelernährung oder Lungenentzündung. Dennoch ist das Thema nach meiner Einschätzung in der Pflegepraxis bisher nicht prioritär. Ein Grund dafür könnte sein, dass der Stand der Pflegeforschung zur Mundgesundheit und -pflege nur mittelprächtig ist – und es in der Pflegepraxis vielleicht an klarer Handlungsorientierung fehlt. Unsere Recherchen haben gezeigt, dass es kaum hochwertige Studien oder evidenzbasierte Empfehlungen mit Pflegefokus gibt oder dass solche Arbeiten nur spezifische Pflegebereiche fokussieren, etwa die onkologische Pflege oder die Intensivpflege. Aus meiner Sicht ist es deshalb besonders wichtig, den Pflegenden mit einem Expertenstandard eine Richtschnur an die Hand zu geben.

Wieso wurde dieser Expertenstandard interdisziplinär entwickelt?

Die Förderung der Mundgesundheit ist eine interdisziplinäre Aufgabe – sowohl theoretisch als auch praktisch. Eine wesentliche Rolle hierbei spielt die Expertise der Zahnmedizin. Der Standard spiegelt dies wider. Zudem beschreibt er die Rolle professionell Pflegender unter anderem in der Zusammenarbeit mit der Zahnmedizin. Pflegefachpersonen initiieren und koordinieren ja auch die Zusammenarbeit mit Zahnärzten oder Zahnärztinnen und anderen Berufsgruppen. Nicht zuletzt war auch immer wieder Thema, wie die Kooperation zwischen Zahnärzten beziehungsweise Zahnärztinnen und Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten und insbesondere Krankenhäusern besser gelingen kann. Das war eine von mehreren Herausforderungen bei der Erstellung des Standards.

Welche Herausforderungen waren das insgesamt?

Ich würde drei Herausforderungen hervorheben: Zum einen haben wir rasch festgestellt, dass wir Pflegefachleute und die Zahnmediziner und -medizinerinnen zum Teil eine unterschiedliche Sprache sprechen. Denken Sie nur an den Begriff Prophylaxe, der in der Zahnmedizin anders als in der Pflege für spezifische Mundhygienemaßnahmen verwendet wird. Ein anderer Aspekt war die Abgrenzung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten, was auch die Frage umfasst, ob bestimmte Wirkstoffe selbstständig von Pflegefachpersonen angewendet werden dürfen – und in welchen Situationen zahnärztliche Expertise hinzuzuziehen ist. Eine weitere Herausforderung war es, mit einer für manche Fragestellungen recht dürftigen Studienlage umzugehen und auf dieser Basis Entscheidungen zu treffen.

Was können Pflegeeinrichtungen, Dienste und Krankenhäuser tun, um die Mundgesundheit der Menschen, die sie versorgen, zu fördern?

Das Wichtigste ist zunächst einmal, die Mundgesundheit als wichtiges Präventionsthema „auf dem Schirm“ zu haben. Dann sollten hierzu regelmäßig Fortbildungen, am besten auch praktische Schulungen, angeboten werden. Wichtig ist auch, dass konkrete Verfahrensregelungen festgelegt werden, zum Beispiel: Wann soll ein Assessment durchgeführt werden? Wie ist zu dokumentieren? Wer darf was machen? Wann wird wer hinzugezogen? Zudem kann es sinnvoll sein, „Beauftragte für Mundpflege“ einzusetzen. Eine wesentliche Voraussetzung ist natürlich auch, dass die erforderlichen Pflege- und Hilfsmittel sowie Informations- und Schulungsmaterial für die Mundpflege bereitgestellt werden. Sonst können die Pflegefachleute ihre Arbeit ja nicht machen.



Was ist eigentlich der „Gesundheitsförderungsprozess“?

Daniela Sulmann & Laura Kühnlein

Ein Sprichwort sagt: „Wer ernten will, muss säen.“ Wirksame präventive Maßnahmen sind die Saat für Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter. Prävention heißt darüber hinaus, die Gesundheit von Menschen zu schützen und zu fördern, Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu verringern. Doch wie gelingt die nachhaltige Umsetzung im Alltag? Neben biologischer Forschung und dem Einsatz fortschrittlicher Technologien, um Gesundheit und Selbstständigkeit zu för-

dern, bedarf es auch wirksamer Konzepte für die Praxis. Als vielversprechend gilt in dieser Hinsicht der Setting-Ansatz. Dabei geht es darum, das individuelle Verhalten (Verhaltensprävention) und die den Menschen umgebenden Verhältnisse (Verhältnisprävention) mit geeigneten Angeboten und Maßnahmen zu unterstützen. Das gilt etwa für die Settings Kita, Schule oder Arbeitsplatz – und nicht zuletzt auch für Pflegeeinrichtungen. Das Konzept des „Gesundheitsförderungsprozesses“ zeigt, wie die Prinzipien des Setting-Ansatzes konkret angewendet werden können. Es beschreibt die Rahmenbedingungen und einzelnen Schritte. Dieses Vorgehen soll z. B. in Pflegeeinrichtungen zur nachhaltigen Umsetzung von präventiven Maßnahmen beitragen. In diesem Beitrag erklären wir, worum es genau geht.

Em|pow|er|ment, the (engl.):
Befähigung, Stärkung der
Eigenverantwortung

Par|ti|zi|pa|ti|on, die: Teilhabe, Teilnahme, Beteiligtsein

Wirksame präventive Konzepte, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden, zu begrenzen und weiter am Lebensende zu komprimieren, sind mehr denn je gefragt. Denn der demografische Wandel geht u.a. mit steigenden Versorgungsbedarfen in der Langzeitpflege einher. Gleichzeitig stehen zu wenige Menschen zur Verfügung, die in die entsprechende Versorgung eingebunden werden können.

Die Bedeutung von Prävention wird u.a. durch das Präventionsgesetz, das 2015 in Kraft getreten ist, bekräftigt: Demzufolge sind Kranken- und Pflegekassen sowie Länder und Kommunen verpflichtet, Menschen bei der gesundheitlichen Prävention zu unterstützen – das gilt auch für Pflegebedürftige. Unter anderem werden mit „Leistungen zur Prävention in Lebenswelten“ der Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen gefördert. Laut der Nationalen Präventionskonferenz umfasst lebensweltbezogene Prävention Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung. Entsprechende Maßnahmen zielen auf abgegrenzte soziale Räume, d.h. Settings wie z.B. Kommunen, Schulen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Zwar ist der Wissensstand zur Wirksamkeit bzw. Eignung präventiver Maßnahmen in der Pflege noch verbesserungsbedürftig – aber es gibt vielversprechende Konzepte, um Prävention in Pflege-Settings umzusetzen.

Ein solches stellt der „Gesundheitsförderungsprozess“ dar. Laut dem Leitfaden „Prävention“, der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen herausgegeben wird, sollten Interventionen zur Prävention in Settings entsprechend dem „Gesundheitsförderungsprozess“ umgesetzt werden. Das Konzept ist mit dem Modell der Salutogenese verbunden, nach dem individuelle und umgebungsbezogene Ressourcen für die Gesundheitsförderung und Prävention hochbedeutsam sind – diese gilt es also zu stärken. Es operationalisiert Strategien des Setting-Ansatzes, dessen Kernaspekte es sind, die Zielgruppen einzubeziehen (Partizipation), sie so zu

befähigen, dass die Eigenverantwortung gestärkt wird (Empowerment), sowie langfristige Wirksamkeit zu erzielen (Nachhaltigkeit). Im Sinne organisationalen Lernens sollen mittel- und längerfristig die Prozesse, die Strukturen und die Kultur einer Organisation untersucht und verändert werden. Ein Instrument hierfür stellt die partizipative Organisationsentwicklung dar: Hierbei werden alle Beteiligten der Organisation in Planungs- und Umsetzungsprozesse einbezogen, um Bedarfsgerechtigkeit, Akzeptanz, Motivation und damit nachhaltige Verankerung zu erzielen. Dazu sind Gesundheitsrisiken, Ressourcen, Bedarfe sowie Ziele im jeweiligen Setting zu ermitteln und ein entsprechender Prozess organisationsbezogener Veränderungen zu unterstützen.

Zur Implementierung präventiver Interventionen in Settings umfasst der „Gesundheitsförderungsprozess“ mehrere Schritte: Vorbereitung, Nutzung und Aufbau von Strukturen, Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation. Der gesamte Prozess wird dabei als Lernzyklus verstanden und wiederholt sich im Sinne kontinuierlicher Verbesserung ständig. Evaluationsergebnisse werden genutzt, um erfolgreiche Maßnahmen weiterzuführen oder neue bzw. optimierte Maßnahmen umzusetzen.

Komplexe Setting-Interventionen werden in der Regel extern ausgelöst und begleitet. Hierzu bedarf es spezifischer Expertise, etwa zu Vernetzungsprozessen, Organisationsentwicklung und nicht zuletzt zu Prävention, Wissenschaft und Forschung.



Die **Prozessschritte** sind auf alle möglichen Settings übertragbar. Für ein Pflege-Setting kann die Gestaltung des „Gesundheitsförderungsprozesses“ bspw. so skizziert werden:

Vorbereitung

- Erste Orientierung
 - zu Handlungsfeldern in der Einrichtung, z. B. Bewegungsförderung, Gewaltprävention
 - zu anknüpfungsfähigen Organisationsstrukturen, z. B. Qualitätszirkel, Bewegungsgruppe, Pflegevisite, Heimbeirat, Angehörigengruppe
 - zu möglichen Partnerinnen und Partnern innerhalb der Einrichtung, z. B. Leitungspersonen, Qualitätsmanagementbeauftragte, Mitarbeitende aus Pflege, Therapie, Hauswirtschaft und Verwaltung, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, und außerhalb der Einrichtung, z. B. Pflegekassen, andere Pflegeeinrichtungen, Sportvereine, Physiotherapie, Arztpraxen, Apotheken, kommunale Einrichtungen
 - zu personellen und finanziellen Ressourcen
- Entscheidung der Einrichtung über das Eintreten in den „Gesundheitsförderungsprozess“

Strukturaufbau/-nutzung

- Bildung einer Arbeitsgruppe (Steuerungsgremium) in Anknüpfung an vorhandene Organisationsstrukturen (s. o.)
- Einbindung externer Partner und Partnerinnen (s. o.)
- Festlegung der Arbeitsregeln und der Aufgaben der Arbeitsgruppe, wie Bedarfs- und Ressourcenanalyse, Zieldefinition, Maßnahmenplanung und Steuerung der Umsetzung, Entscheidungen im Prozessverlauf, Auswertung der Maßnahmen, Entscheidung über weiteres Vorgehen

Analyse

- Systematische Analyse von gesundheitsbezogenen Bedingungen, Risiken, Bedürfnissen und Potenzialen der Zielgruppe, hier z. B. Pflegebedürftige, auf Basis von Daten/wissenschaftlichen Erkenntnissen, z. B. Kennzahlen aus eigenen Erhebungen, Pflegereporte, Pflegequalitätsberichte
- Analyse des Handlungsfeldes und Identifikation des Handlungsbedarfs in der Einrichtung, z. B. mittels Befragungen, Begehungen, Zirkeln

Maßnahmenplanung

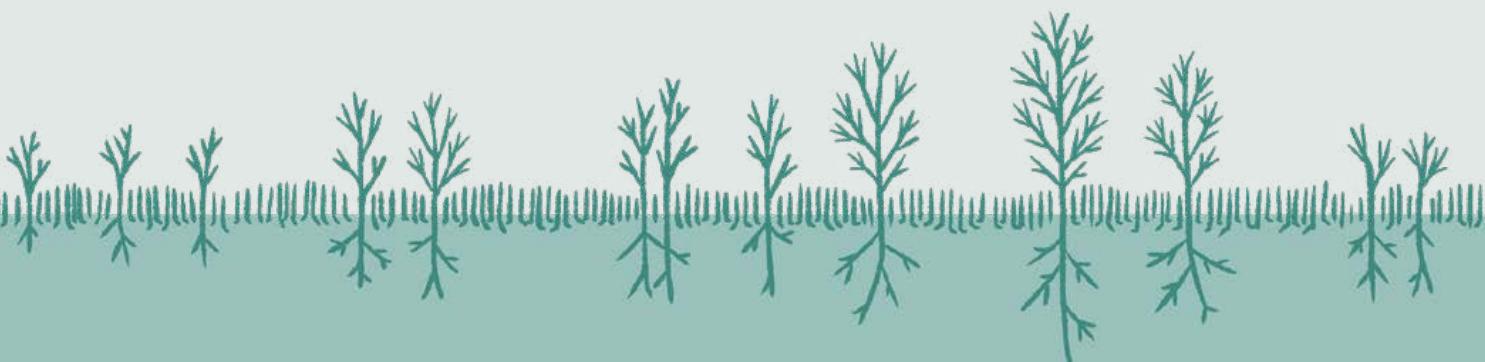
- Auswertung und Interpretation der Analyseergebnisse
- Ableitung und Priorisierung von Interventionszielen (übergreifende und Teilziele)
- Erstellung eines Maßnahmenplans (verhältnis- und verhaltensbezogen)
- Festlegung von Verantwortlichkeiten für einzelne Schritte sowie der Form der Dokumentation
- Ggf. Erstellung eines Konzeptpapiers, um Förderung/Unterstützung für die Umsetzung bei Pflegekassen anzufragen

Umsetzung

- Praktische Umsetzung des Maßnahmenplans, z. B. Schulung von Mitarbeitenden sowie Informations-, Bewegungs- und gezielte Trainingsangebote für Pflegebedürftige
- Regelmäßige Bestandsaufnahme und Reflexion der Umsetzung
- Ggf. Nachsteuerung zur Umsetzung, z. B. durch Motivation, Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit, Partizipation weiterer Partner und Partnerinnen

Evaluation

- Selbst oder extern durchgeführte Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation; Kriterien sind z. B. Akzeptanz, Inanspruchnahme, Gesundheitsparameter, Zufriedenheit, veränderte Prozesse, Netzwerkbildung, Streuung
- Nutzung der Evaluationsergebnisse für die Gestaltung des folgenden Zyklus



Um eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben, ist eine **Nationale Präventionskonferenz (NPK)** eingerichtet worden. Der Präventionsbericht der NPK beschreibt u. a. die Leistungen, die die an der NPK beteiligten Institutionen zur Prävention in Lebenswelten erbringen. Trägerinnen der NPK sind die gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie die soziale Pflegeversicherung, vertreten durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau und die Deutsche Rentenversicherung Bund. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ist stimmberechtigtes Mitglied der NPK.

Nach|hal|tig|keit, die: Längere Zeit anhaltende Wirkung

Setting bisher in Bezug auf entsprechende Leistungen nicht berücksichtigt.

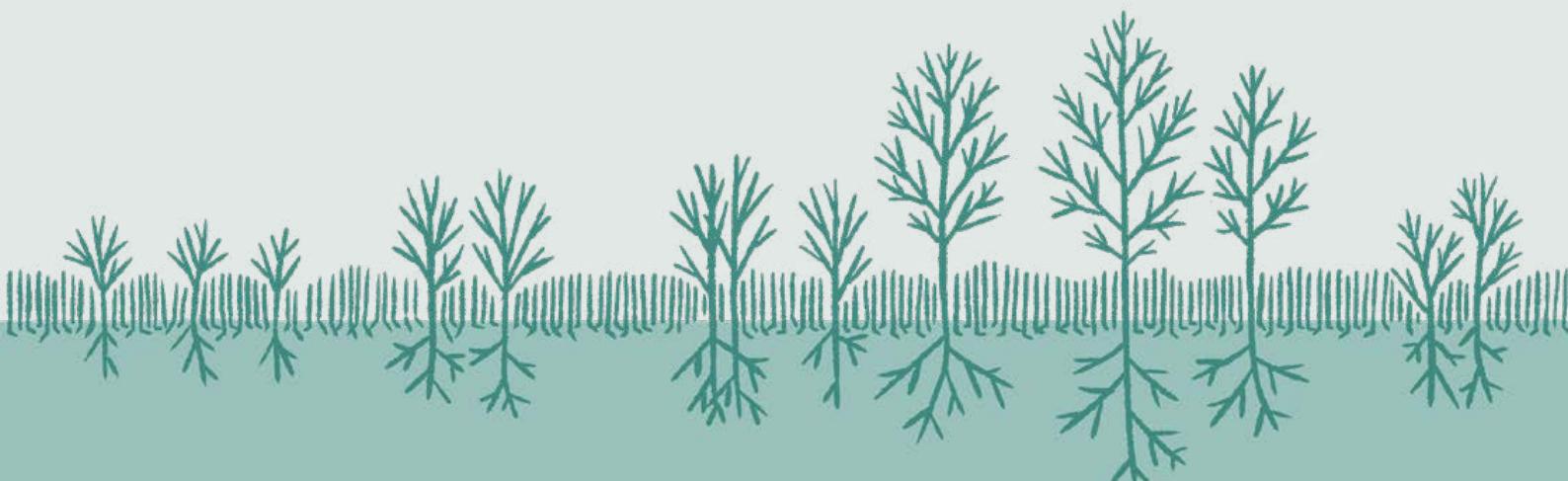
Da das Thema „Prävention in der Pflege“ ein Arbeitsschwerpunkt des ZQP ist, engagiert sich die Stiftung mit einer Reihe von Beiträgen zu dem Thema, etwa zur Wissensgenerierung über Wirkung

und Praktikabilität präventiver Interventionen. Dabei widmet sich das ZQP verstärkt auch dem ambulanten Pflege-Setting – hierbei liegt der Fokus aktuell auf den Präventionsthemen Sicherheitskultur und Gewaltprävention. Derzeit entwickelt das ZQP z. B. Arbeitsmaterialien für ambulante Dienste, um die Mitarbeitenden für das Thema zu sensibilisieren und ihnen Wissen für die Praxis an die Hand zu geben. Weitergehend führt das ZQP das auf vier Jahre angelegte Praxisprojekt „PriO-a“ durch. Ziel ist es, Pflegedienste dabei zu unterstützen, gesundheitliche Risiken pflegebedürftiger Menschen im Rahmen der professionellen Pflege durch organisationsbezogene Sicherheitskultur zu reduzieren. Das Vorgehen im Projekt „PriO-a“ folgt dem Modell des „Gesundheitsförderungsprozesses“.



Pflegeeinrichtungen können unter bestimmten Voraussetzungen und auf Antrag Unterstützung und finanzielle Förderung für Prävention aus der Pflegeversicherung erhalten. Als eine wesentliche Bedingung hierfür beschreibt der Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ vom GKV-Spitzenverband u. a. den Eintritt in den „Gesundheitsförderungsprozess“. Hiermit verbunden ist, dass die präventiven Maßnahmen auf langfristige Wirkung, d. h. Verstetigung angelegt sein müssen. Allgemein aber stehen die Verstetigung und auch die Verbreitung von Prävention in Pflege-Settings noch am Anfang. Das zeigen auch die Zahlen des Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz. Zwar sind seit dem ersten Bericht im Jahr 2018 ein kontinuierlicher Leistungsanstieg und eine Erhöhung der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung auch für Pflege-Settings zu verzeichnen. Gleichzeitig bestehen hier noch erhebliche Ressourcen, die von Pflegeeinrichtungen genutzt werden können. Darüber hinaus ist das häuslich-ambulante Pflege-

Pflegeeinrichtungen können Unterstützung und finanzielle Förderung für die Umsetzung des „Gesundheitsförderungsprozesses“ aus der Pflegeversicherung erhalten. Hier bestehen noch erhebliche Ressourcen, die von den Organisationen genutzt werden sollten.



„Einen schönen Tag erleben“



Die Tagespflege zählt in Deutschland zu den teilstationären Angeboten, die älteren Menschen die Möglichkeit bieten, tagsüber betreut zu werden und zu Hause wohnen zu bleiben. Für viele pflegende Angehörige ist sie zudem ein zentraler Entlastungsbaustein, um die häusliche Pflege weiter leisten zu können. Aber wodurch zeichnet sich eine gute

Tagespflegeeinrichtung aus, was sollte sie leisten und welche therapeutisch-pflegerischen Konzepte kommen zum Einsatz? Das ZQP hat sich umgeschaut und die Tagesgäste sowie die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in der gemeinnützigen geriatrischen Tagespflege des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerks (EJF) einen Tag lang begleitet.



Es ist kurz vor neun in Berlin-Heiligensee. Ich bin mit Antje Mehrmann-Kremer, der Pflegedienstleitung der EJF Tagespflege im Diakoniezentrum, verabredet. Das heimelig wirkende Holzhaus der Tagespflege liegt inmitten einer idyllisch blühenden Parkanlage, die die Tagesgäste nicht nur zur Entspannung nutzen, sondern die einige von ihnen sogar aktiv mit pflegen, wie ich später höre. Nun gehen die ersten Tagesgäste gemeinsam mit mir auf die Anlage und werden herzlich von Mehrmann-Kremer und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begrüßt. Trotz des zunehmenden Andrangs im Eingangsbereich kommt keine Hektik auf. „Jeder Gast bestimmt sein eigenes Tempo, keiner muss sich gedrängt fühlen, pünktlich um 9 Uhr am Tisch zu sitzen. Der Tagesgast soll sich wohlfühlen und, ganz einfach gesagt, einen schönen Tag erleben“, betont die Leiterin der Tagespflege.

Um 9.20 Uhr haben sich dann aber bereits alle 21 Gäste im Esszimmer eingefunden. Die Stimmung ist gut, und ich habe den Eindruck, die Gäste freuen sich, einander wiederzusehen. Das gemeinsame Frühstück kann beginnen. Die Pflegefachpersonen schauen nach den Medikamenten. Einige Gäste müssen diese auf nüchternen Magen einnehmen, andere wiederum erst nach dem Frühstück. Ich erfahre, dass manche Gäste täglich kommen, einige dagegen nur ein bis zwei Tage in der Woche. Dies richtet sich in den meisten Fällen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit. Somit ändert sich täglich die Zusammenstellung der Gruppen und erfordert eine andere Beschäftigungsplanung. „Wir haben zwar unsere Vorstellungen, aber letztlich richten wir die Beschäftigung immer nach den Bedürfnissen sowie den kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der Gäste“, erklärt Mehrmann-Kremer.

Morgenrunde: Erinnerungs- und Gedächtnistraining

Gleich nach dem Frühstück beginnt das Beschäftigungsprogramm. Um kurz vor zehn werden die Tagesgäste in das Wohnzimmer begleitet. Einige wenige gehen am Rollator oder müssen im Rollstuhl sitzend geschoben werden, andere können den Weg ohne Hilfe zurücklegen. Der lichtdurchflutete, gemütlich eingerichtete Raum lässt keinen Zweifel: Hier kann man sich wohlfühlen. Los geht es mit der Morgenrunde, die zum Standardprogramm in der Tagespflege gehört und täglich von einer anderen Pflegefachperson moderiert wird. Heute ist Pflegefachmann Joachim „Achim“ Milde an der Reihe. Er beginnt mit allgemeinen Fragen, um die Orientierung der Gäste zu schärfen.

„Der Anteil der an Demenz erkrankten Tagesgäste liegt bei etwa 60 Prozent“, erklärt mir Pflegefachfrau Dyana Meitzner, die die Morgenrunde mitbegleitet und sich dabei u. a. um das Wohlbefinden der Gäste kümmert. „Es gibt Menschen mit sehr fortgeschrittener Demenz in den Gruppen, die keine Worte mehr finden. Dabei muss man aufpassen, dass man diese Gäste nicht überfordert, sie gar vorführt oder sie sich nicht ausgegrenzt fühlen“, so Meitzner. Manchmal sei es dann notwendig, ihnen eine andere Beschäftigung anzubieten.

Nach der ersten Fragerunde verliest Achim die wichtigsten Schlagzeilen aus einer Berliner Tageszeitung. „Hertha hat einen neuen Torwart. Ich sehe, das interessiert hier niemanden, wa“, berlinitert der Pflegefachmann. „Wenn ich etwas Positives sehe, werde ich es vermelden“, frotzelt er. „Boris Becker hat auch ‘ne Neue“, ist Achims nächste Entdeckung und verliest weiter die aktuellen Nachrichten. „Charlie Watts von den Stones ist gestorben!“ „Der war noch gar nicht so alt“, sagt Frau Bruhn. „Heute Abend empfehle ich das Zweite – den Zürich-Krimi. Uschi Glas hat heute Geburtstag. Weiß jemand, wie alt sie

wird?“, will Achim nun wissen. „70, glaube ich“, sagt Herr Klimm. „Nein, 75“, korrigiert Achim. „Unser Bürgermeister will noch keine 2G-Regel. Weiß jemand, wie unser Bürgermeister heißt?“ „Dieggen“, antwortet jemand. „Nee, das ist jetzt der Müller“, verbessert Achim, ohne dabei belehrend zu wirken.

Wir kommen zur nächsten Rubrik: dem Horoskop. Achim liest es für jeden Tagesgäst vor, dies ist Teil des Gedächtnistrainings und der Erinnerungsarbeit. Zum Abschluss der Morgenrunde steht noch das Superrätsel an. Doch Pflegefachfrau Meitzner streut noch schnell eine Bewegungsminute ein, um alle noch einmal zu entspannen und die Konzentration zu schärfen. Die Arme werden gekreist, es wird geboxt und die Beine werden noch einmal kräftig durchgestreckt. Dann ermuntert Achim die Tagesgäste, noch ein Schlückchen zu trinken. „Das ist wichtig, denn viele ältere pflegebedürftige Menschen vergessen, zu trinken. Aber sie können rasch mal einen gefährlichen Flüssigkeitsmangel bekommen“, erklärt Dyana Meitzner mir.

Bunte Stunde: Bewegung oder kreatives Gestalten
In der sich anschließenden „Bunten Stunde“ können die Tagesgäste zwischen kreativem Gestalten und Gymnastik wählen. Die Mehrheit will sich bewegen. Die Runde lässt zunächst einen Luftballon kreisen. Pfleger Jürgen Müller moderiert das Treiben mit gelassener, sonorer Stimme. „Man kann auch mit



Die Tagespflege ermöglicht mir als Angehöriger eine Auszeit von der Pflege – und damit mehr Lebensqualität. Ich kann die Zeit für mich nutzen. Auch muss ich nicht ständig daran denken, was schon wieder passieren könnte, wenn ich meinen Mann für eine kurze Zeit aus den Augen lasse. Trotzdem möchte ich die Pflege, solange ich sie irgendwie bewältigen kann, selbst übernehmen. Ohne die Unterstützung der Tagespflege wäre dies aber nicht zu leisten.

Marion Wolling, pflegende Angehörige





dem Kopf spielen oder mit dem Ballon balancieren“, animiert er die Teilnehmenden. „Ich war im Abseits“, witzelt Herr Kruse, als er den Ball fängt. Es stellt sich großer Spaß ein, als der Ballon wild in der Runde umherkreist. „Und wir greifen nach den Sternen“, animiert Jürgen Müller die Runde wieder. „Wenn die Sterne herunterfallen, haben wir eine Sternschnuppe“, sagt Frau Schulz.

Jürgen geht auf jeden Tagesgast mit sehr viel Empathie ein. „Herr Wolling, machen Sie mit?“ Herr Wolling antwortet nicht. Er scheint die Runde aufmerksam zu beobachten. Der 73-Jährige leidet an einer vaskulären Demenz, die 2015 diagnostiziert wurde, seitdem hat sich sein Zustand stetig verschlechtert. Seit 2018 kommt er nun zur Tagespflege. Heute Vormittag wird er von seiner Frau Marion besucht, die ihn morgens und abends sowie an den Wochenenden ohne professionelle Unterstützung pflegt. Ihr heutiger Besuch sei eher die Ausnahme, sagt die 65-Jährige. Heute Morgen sei es ihm nicht so gut gegangen, und sie habe deshalb das Gefühl gehabt, vorbeischauen zu müssen. Die Tagespflege sei eine große Entlastung für sie. In der Auszeit könne sie Arzttermine wahrnehmen und in Ruhe einkaufen gehen, ohne befürchten zu müssen, dass zu Hause etwas Schlimmes passiere. Sie wisse, dass die Tagespflege vielleicht bald nicht mehr möglich ist, wenn der Pflegeaufwand ihres Mannes zu hoch dafür ist. Aber sie könne sich nicht vorstellen, ihren Mann in ein Pflegeheim zu geben.

Bei der Tagespflege schauen wir, welche Ressourcen bei unseren Gästen noch vorhanden sind, welche besser genutzt oder gefördert werden sollten, sei es im körperlichen oder im kognitiven Bereich. Ziel ist dabei auch, den Umzug in ein Pflegeheim so lange wie möglich zu vermeiden. Daher spielt auch die Entlastung Angehöriger eine ganz wichtige Rolle.

Antje Mehrmann-Kremer, Pflegedienstleiterin



Blumenbilder, Begrüßungspolka und Mittagspause

Zeitgleich gestaltet die Gruppe für kreatives Gestalten im Ruheraum Blumenbilder mit frisch gepflückten Gräsern und Blumen aus dem Park. Die Blumenlandschaften werden auf einer Pappe drapiert und dann mit heißem Klebstoff festgeklebt. Betreuungskraft Dusan Gmitrovic-Jahns leitet die Gruppe. Frau Bruhns Bild springt sofort ins Auge. Sie erzählt, dass sie auf einem Bauernhof aufgewachsen sei und daher die Natur besonders liebe. Ihr gegenüber sitzt Herr Dörfel, der die Gräser in seinen Fingern kaum halten kann. Immer wieder entgleiten sie ihm, aber er gibt nicht auf und schafft es letztlich doch noch, eine Blumenwiese zu drapieren. „Werkeln und Gestalten soll vor allem Freude machen – ist aber auch sehr nützlich, um die Feinmotorik zu fördern“, erklärt Betreuer Dusan.



In der Tagespflege kommen ältere Menschen mit ganz unterschiedlichen Hintergründen, Bedürfnissen und Fähigkeiten zusammen. Ich habe den Eindruck, dass gerade diese Mischung vorteilhaft ist. Unsere Gäste regen sich zum Beispiel gegenseitig an und unterstützen sich – jeder so wie er kann.

Dyana Meitzner, Pflegefachfrau

Im Wohnzimmer ist die Gymnastikgruppe mittlerweile bei der Begrüßungspolka angekommen. Jürgen gibt die Anweisungen: „Wir marschieren im Sitzen, dabei werden Arme und Beine bewegt.“ Es wird auf die Schenkel geklopft und in die Hände geklatscht. Die Gruppe hat sichtlich Spaß. Jürgen dirigiert weiter: „Hacke, Spitze, Hände in die Hüfte, wir wiegen uns. Alles im Dreivierteltakt.“ Dazu läuft bayerische Blasmusik. „Bewegung spricht alle Sinne an“, weiß Pflegedienstleitung Antje Mehrmann-Kremer, die die Übung mit großem Interesse verfolgt. „Wir versuchen, innerhalb des Angebots eine Differenzierung vorzunehmen. Das ist für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eine besondere Herausforderung. Wenn wir beispielsweise Gedächtnistraining anbieten, müssen wir den Schwierigkeitsgrad an die unterschiedlichen Ressourcen der Tagesgäste anpassen“, führt sie weiter aus. „Wenn wir merken, dass ein oder zwei Tagesgäste mit den Übungen in der Gruppe überfordert sind, nehmen wir sie dort heraus und machen ihnen individuelle Angebote.“ Schließlich gehe es in der Tagespflege nicht darum, ein Programm abzu-



spulen, sondern immer wieder zu schauen, was die Gäste momentan eigentlich wollen und können, so Mehrmann-Kremer. Zum Schluss des Bewegungsprogramms reichen sich die Gäste in der Runde die Hände und wünschen sich gegenseitig einen gesegneten Appetit.

Nun ist Mittagspause. Die Gymnastikgruppe pilgert zum Essensraum, wo das bestellte Essen serviert wird. Gespräche beginnen, man sieht einigen Gästen an, dass sie die Situation genießen, das gemeinsame Essen, etwas Abwechslung und Unterhaltung. Denn einige leben allein, sind verwitwet und haben nur noch wenig soziale Kontakte. Für sie ist die Tagespflege der einzige Ort, an dem sie mit anderen in Kontakt kommen. Nach dem Mittagstisch ist von 13 bis 14 Uhr eine Ruhepause angesetzt, in der die Gäste individuell entscheiden, was sie machen wollen. Viele nutzen die Zeit, um im Ruheraum oder Wohnzimmer ein Nickerchen zu machen, ein paar lesen Zeitung oder gehen ein paar Schritte spazieren.

Tagespflege: Wer übernimmt die Kosten?

Die Kosten für die Tagespflege werden ganz oder teilweise von der Pflegekasse bzw. privaten Pflegeversicherung übernommen, wenn ein Pflegegrad 2 bis 5 vorliegt. In welcher Höhe Kosten übernommen werden, ist vom Pflegegrad abhängig. Die Leistungen aus der Pflegeversicherung für die Tagespflege werden nicht auf das Pflegegeld oder Pflegesachleistungen angerechnet. Bei Pflegegrad 1 müssen die Kosten selbst getragen werden. Um Eigenanteile zu finanzieren, z. B. für Verpflegung, kann der Entlastungsbetrag von 125 Euro im Monat eingesetzt werden. Das gilt für alle Pflegegrade.

Musik: aktivierend und erinnerungsauslösend

Nach der Ruhepause gibt es am Nachmittag noch einmal ein schwungvolles, aktivierendes Angebot für die Gäste. Auf dem Programm steht Singen mit instrumentaler Begleitung. Dafür hat Musiktherapeutin Martina Zahn ihre Gitarre mitgebracht. Sie ist in verschiedenen Senioreneinrichtungen musikalisch unterwegs und kann mehrere Instrumente spielen.



„Aktivierung ist ein großes Thema, gerade für Menschen mit Demenz“, sagt sie. „Musik kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Und sie kann positive Erinnerungen und Gefühle auslösen.“

Die Therapeutin stellt sich der Gruppe kurz vor und startet danach mit dem Evergreen „Guten Morgen, Sonnenschein“ von Nana Mouskouri. Etwa die Hälfte der Gruppe singt mit. „War das nicht die Schlagersängerin mit der Brille“, fragt jemand aus der Runde. Martina Zahn nickt. Danach geht sie Zeile für Zeile des Lieds durch. Jede Botschaft, die das Lied vermittelt, wird mit einer Geste angedeutet. Die Gruppe versucht, die Bewegungen nachzuahmen. „Wie gefällt Ihnen das Lied, Herr Thiele?“, fragt die Musiktherapeutin. „Sehr schön“, antwortet der 81-Jährige leicht verschmitzt. In der Gruppe kichern einige. „Und fällt Ihnen noch ein anderes schönes Lied ein?“ „Na ja, „Pack die Badehose ein‘ wäre doch wat!“, antwortet der ehemalige Fernfahrer. Martina Zahn stimmt das Lied sofort an und plötzlich geht ein Ruck durch die Gruppe. Alle Tagesgäste singen lautstark mit – allen voran Herr Thiele. Wenn es noch eines Beweises bedurft hätte, dass Musik erinnerungsauslösend ist – Herr Thiele liefert ihn an diesem sonnigen Nachmittag. „Ich bin in einem Kinderheim groß geworden, dort wurde viel gesungen und dieses Lied war fast immer dabei“, erzählt er. Die Musikstunde schließt mit dem Walter-Scheel-Lied „Hoch auf dem gelben Wagen“. „Ob die Gäste die Lieder mitsingen, hängt oftmals auch

Aktivierung ist ein großes Thema, gerade für Menschen mit Demenz. Musik kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

Sie löst Erinnerungen und positive Gefühle aus. Ob die Gäste Lieder mitsingen, hängt oftmals davon ab, aus welcher Generation sie kommen und ob sie es gewohnt sind, zu singen.

Martina Zahn, Musiktherapeutin



davon ab, aus welcher Generation sie kommen und ob sie es gewohnt sind, zu singen“, erklärt Zahn. Heute habe das wunderbar geklappt.

Es ist 15 Uhr. Der Nachmittag in der Tagespflegeeinrichtung neigt sich dem Ende zu. Nach dem gemeinsamen Kaffeetrinken wartet schon der Fahrdienst, der die ersten Gäste gegen 15.30 Uhr nach Hause fährt. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Tagespflege sorgen dafür, dass die Gäste für den Transport zurück nach Hause angezogen sind, suchen vergessene Brillen und Handtaschen zusammen und holen die Rollatoren von ihren Parkplätzen im Flur. Morgen früh geht es für einige Tagesgäste weiter und neue Gäste kommen hinzu, auf die dann wiederum ein anderes Beschäftigungsprogramm wartet. tl ↪



Gute Pflegeinformationen

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind auf gute Informationen rund um die Pflege angewiesen. Sie sind eine Voraussetzung für selbstbestimmte Entscheidungen und die Grundlage guter Pflege. Doch was macht gute Pflegeinformationen aus? Und wie setzt das ZQP dies in seinen Informationsprodukten um?

Während der Covid-19-Pandemie wurde einmal mehr deutlich, wie wichtig verlässliche und verständliche Informationen sind. Ange-sichts der teilweise unüberschaubaren Fülle an Nachrichten und Hinweisen rund um Gesundheit und Pflege den Überblick zu behalten und deren Qualität einzuschätzen, fällt jedoch nicht immer leicht. Aber es gibt eindeutige Kriterien für die Qualität von Pflegeinforma-tionen. Kurz gesagt: Sie sind fundiert, kor-rect, verständlich und übersichtlich.

Im Detail bedeutet das: Gute Pflege-informationen beruhen auf dem bestver-fügbaren Wissensstand aus Forschung und Praxis. Geeignete wissenschaftli-che Quellen sind z. B. hochwertige For-schungsarbeiten, etwa sog. randomi-sierte Studien, systematische Reviews oder fachliche Leitlinien. Zudem wer-

den Einschätzungen und Erfahrungen von Experten und Expertinnen aus der Praxis sowie Bedürfnisse der Zielgruppe einbezogen.

Dieses Wissen ist zielgruppengerecht übersichtlich und verständlich aufberei-tet. Dazu gehört die Verwendung einfacher Sprache, die sich u. a. durch kurze Sätze und unkomplizierte Begriffe aus-zeichnet. Vermieden werden z. B. Fremd-worte, Metaphern und Substantivierun-gen von Verben. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, sollten Handlungsempfe-hlungen verständlich, konkret und präzise formuliert sein. Gleichermaßen gilt für Infor-mationen zu Nutzen und Risiken pflegeri-scher Maßnahmen sowie für Angaben zu Häufigkeiten. Auch Unsicherheiten und fehlende Evidenz sind zu kommunizieren (siehe Interview mit Prof. Dr. Ralph Möh-ler auf S. 37). Darüber hinaus sollte der

Erstellungsprozess transparent sein. Ins-besondere sollte angegeben werden, wer die Informationen verfasst bzw. herau-sagegeben hat, wann sie erstellt und welche Quellen verwendet wurden. Gute Pflege-informationen sollten frei von Werbung und persönlichen oder politischen Inter-essen sein.

An diesen und weiteren Qualitätskri-terien orientiert sich auch das ZQP. Die Kriterien beruhen auf nationalen und internationalen Standards zur Aufberei-tung von Gesundheitsinformationen. Im ZQP-Methodenstandard werden sie im Einzelnen dargestellt. Darin ist auch das Vorgehen definiert, z. B. zur Qualitäts-sicherung.

Mit den Informationsprodukten zur Pflege will das ZQP zu einer guten, si-chen Versorgung pflegebedürftiger Men-schen beitragen und sie dabei unter-stützen, informierte, selbstbestimmte Entscheidungen zu ihrer Pflege zu treffen. Das ZQP bietet hierzu Online-Portale, Erklärfilme und Ratgeber an. Darüber hinaus stellt das ZQP Arbeitsmaterial für die professionelle Pflege zur Verfügung. Alle Informationsprodukte des ZQP sind kostenfrei zugänglich.

Verständlich. Übersichtlich. Evidenzbasiert.



Prof. Dr. Ralph Möhler ist Professor für Versorgungsforschung mit Schwerpunkt komplexe Interventionen an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Sprecher des Fachbereichs Methodik des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. Seine Forschungsschwerpunkte sind u. a. evidenzbasierte Pflege/Medizin, klinische Pflegeforschung und Reduktion von freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Herr Professor Möhler, woran ist die Qualität von Pflegeinformationen aus Ihrer Sicht zu erkennen?

Gut erkennbare Faktoren sind zum Beispiel Aktualität und Transparenz. Es sollte also genannt sein, wann die Informationen erstellt wurden und wer dafür verantwortlich ist. Außerdem zeigt sich gute Qualität darin, dass die Informationen verständlich und übersichtlich aufbereitet sind. Und natürlich sollten alle Informationen dem aktuellen Stand des Wissens, also der aktuellen Evidenz entsprechen.

Was bedeutet eigentlich „Evidenz“? Und was versteht man unter evidenzbasierten Gesundheits- und Pflegeinformationen?

Evidenz in diesem Kontext bedeutet Nachweis oder Beweis. Evidenzbasierung meint also, dass die Daten und weitere Aussagen – beispielsweise zur Wirksamkeit, zum Nutzen oder zum Schaden von Maßnahmen – auf hochwertigen wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Eine gute Quelle hierfür sind zum Beispiel systematische Übersichtsarbeiten.

Gibt es im Bereich Pflege Herausforderungen in Bezug auf die „beste Evidenz“?

In der Pflege fehlen oftmals Studien mit wirklich aussagekräftigen Ergebnissen. Zu vielen Themen liegen nur wenige Studien vor. Manche Studien haben auch Limitierungen bei der wissenschaftlichen Methode. Es kann sein, dass die Ergebnisse solcher Studien widersprüchlich oder nicht verall-

gemeinerbar sind. Solche Unsicherheiten müssen dann in den Pflegeinformationen dargestellt werden.

Warum sind evidenzbasierte Informationen überhaupt wichtig?

Weil wir alle gut informiert sein wollen, wenn wir Entscheidungen treffen müssen. Fragen im Bereich der Pflege sind meist komplex und es gibt oft verschiedene Optionen. In vielen Fällen sind eindeutige Aussagen zur „besten Option“ nicht möglich. Beim Abwägen von verschiedenen Optionen ist es aber wichtig, deren potenziellen Nutzen und mögliche unerwünschte Folgen abschätzen und gewichten zu können. Und dafür ist es wichtig, sich auf die Informationen verlassen zu können.

Was ist bei der Darstellung von Risiken, Nutzen und Häufigkeiten zu beachten?

Gute Gesundheits- und Pflegeinformationen formulieren Angaben zu Risiken, Nutzen und Häufigkeiten möglichst genau und verständlich. Denn hierbei können leicht Missverständnisse entstehen, zum Beispiel wenn unbestimmte Mengenangaben wie „oft“ oder „häufig“ verwendet werden. Zudem sollten Aussagen zu Risiken in Relation zur Referenzgruppe gesetzt werden, zum Beispiel 1 von 1.000. Auch hier gilt wieder: Es sollte deutlich werden, wie aussagekräftig beziehungswise verallgemeinerbar die genannten Zahlen sind, also wie gut man sich drauf verlassen kann. dv ←

Lebensmüdigkeit und Suizidalität

Verlieren Menschen die Freude am Leben und die Kraft dafür, spricht man von Lebensmüdigkeit. Dies kann bis hin zu Suizidalität reichen. Betroffen sind auch ältere pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Das ZQP engagiert sich darum für Suizidprävention im Kontext Pflege.

Wenn Menschen lebensmüde oder gar suizidal sind, kann das ganz unterschiedliche Gründe haben. Oftmals kommen mehrere Faktoren zusammen. Davon können auch ältere pflegebedürftige Menschen betroffen sein: Sie leben häufig mit mehreren fortschreitenden Erkrankungen und verschiedenen psychischen sowie sozialen Belastungen. Dazu gehören z. B. stark nachlassende körperliche oder geistige Fähigkeiten, chronische Schmerzen, Angst vor zunehmender Hilfesuchtfertigkeit sowie Verluste von Beziehungen oder mangelnde soziale Einbindung. Als zentraler Risikofaktor für Suizidalität gilt zudem Depression – eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter.

Lebensmüdigkeit und Suizidalität sind eher tabuisiert – auch im Kontext Alter und Pflegebedürftigkeit. Aber dieses Thema sollte gesellschaftlich und im Gesundheitssystem stärker wahrgenommen werden. Laut dem Statistischen Bundesamt starben 2020 in Deutschland über 9.200 Menschen durch Suizid. Etwa 30 Prozent von ihnen waren mindestens 70 Jahre alt. Die Suizidrate in der Altersgruppe 70 plus ist im Verhältnis zur Suizidrate in der Gesamtbevölkerung überproportional hoch. Insbesondere bei älteren pflegebedürftigen Menschen könnte zudem die Dunkelziffer von Suiziden nicht unerheblich sein. Denn diese werden möglicherweise gar nicht als solche wahrgenommen und folglich amtlich nicht erfasst. Entsprechend unterschätzt die Statistik wahrscheinlich die tatsächliche Anzahl von Suiziden im Alter.

Zudem kann es für pflegende Angehörige sehr schwer sein, mit Lebensmüdigkeit bis hin zu Suizidalität des pflegebedürftigen Menschen, z. B. der Lebenspartnerin bzw. des Lebenspartners oder eines Elternteils, umzugehen, etwa Gespräche dazu zu führen oder deren Verzweiflung auszuhalten. Mitunter sind sie über Jahre mit den Themen Sterben und Tod bei dieser Person konfrontiert. Dabei gelten pflegende Angehörige ohnehin als psychisch

überdurchschnittlich belastet. Auch bei ihnen kann Lebensmüdigkeit bis hin zu Suizidalität auftreten.

Vielfach könnten Krisen der Lebensmüdigkeit und Suizidalität präveniert oder zumindest abgemildert werden. Sensibilisierung für dieses Thema ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Anzeichen für entsprechende Probleme von den Akteuren und Akteurinnen im Versorgungsmix sowohl wahr- als auch ernst genommen werden. Dies umfasst u. a., physische und psychische Belastungen zu erkennen und therapeutisch so gut wie möglich zu reduzieren. Auch sollten pflegende Angehörige stärker als Zielgruppe für entsprechende Entlastung und professionelle Unterstützung verstanden werden.

Suiziden vorzubeugen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher ist das ZQP Mitglied der Allianz für Suizidprävention. Die Allianz unterstützt die Ziele des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro). Zu diesen gehört, Gesellschaft und Politik für das Problemfeld zu sensibilisieren und präventive Strukturen zu schaffen. Das ZQP sieht seine Aufgabe vor allem darin, darauf hinzuwirken, dass die Bedeutung von Suizidprävention im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit stärker wahrgenommen wird.

Ein wichtiger Aspekt dabei ist, den Wissensstand über die Ausprägungen von Lebensmüdigkeit und Suizidalität bei älteren pflegebedürftigen Menschen sowie über Möglichkeiten der Prävention zu verbessern. Hierzu will das ZQP mit seiner Arbeit beitragen. Gemeinsam mit dem NaSPro wurde daher in einem ersten Schritt ein Kurzratgeber zu dem Thema erarbeitet. **ds/se**

Informationen zum Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro):
↗ www.suizidpraevention.de



Wie Angehörige mit Lebensmüdigkeit oder Suizidgedanken bei pflegebedürftigen Menschen umgehen und was sie tun können, fasst der neue Einblick zusammen.



Einblick hier bestellen oder herunterladen.

Belastung und Resilienz

Alexandra Wuttke-Linnemann & Daniela Sulmann

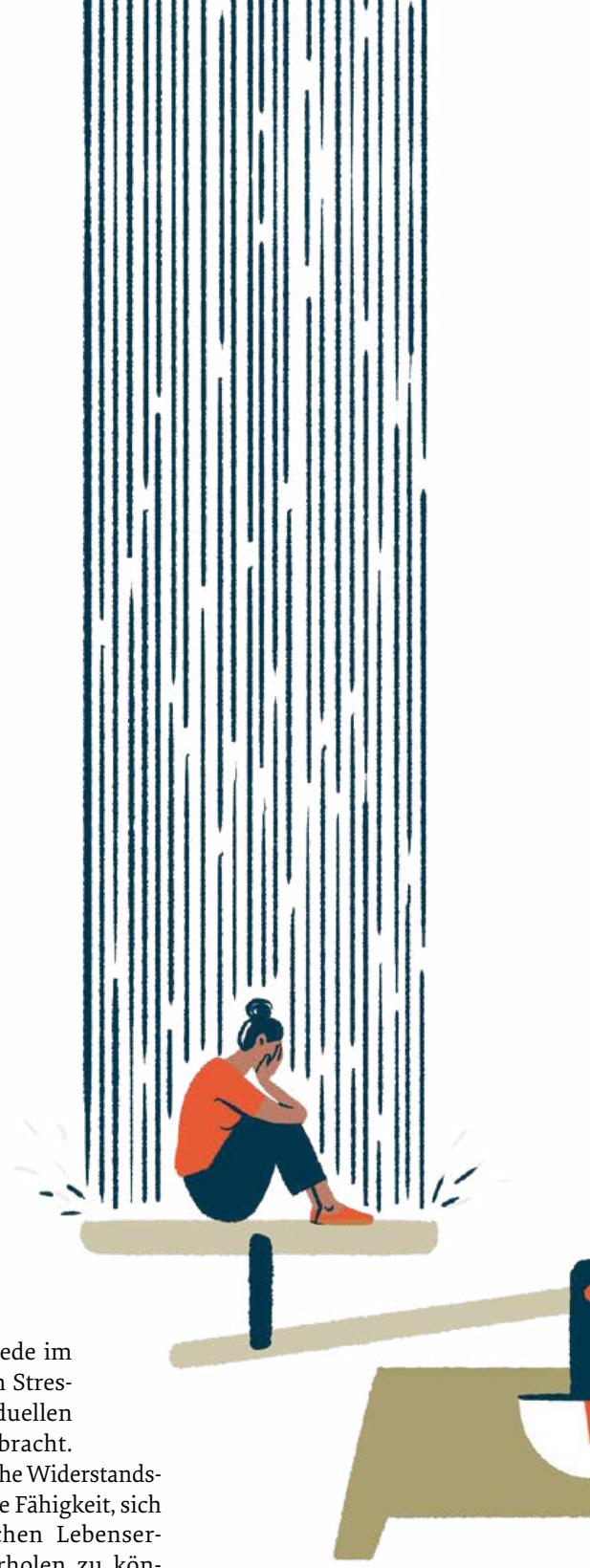
Pflegende Angehörige bewältigen Belastungen durch Pflegeaufgaben unterschiedlich. In zwei Studien widmet sich das Zentrum für psychische Gesundheit im Alter (ZpGA) zusammen mit dem ZQP der Frage, welche Faktoren belastend und welche stärkend auf pflegende Angehörige wirken. Ziel ist es, ihnen individuell passende gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen anbieten zu können.

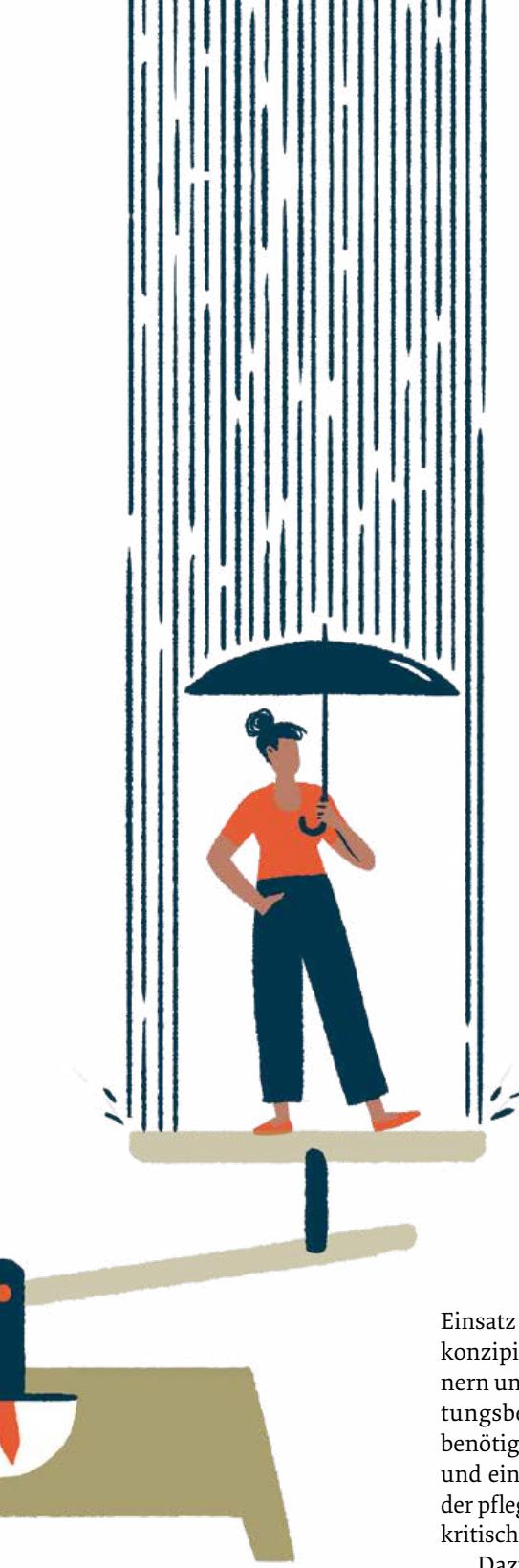
Pflegende Angehörige werden auch als „unsichtbare Patienten bzw. Patientinnen“ bezeichnet. Denn oft geraten ihre Bedürfnisse und gesundheitlichen Probleme in den Hintergrund; im Fokus aller Wahrnehmung befinden sich eher diejenigen, die sie pflegen. Dabei haben pflegende Angehörige u. a. durch chronischen Stress im Pflegealltag ein erhöhtes Risiko für psychische und physische Beeinträchtigungen bis hin zu Erkrankungen. Während kurzer Stress harmlos und sogar gut für die Gesundheit ist, kann lang anhaltender, unkontrollierbarer Stress geradezu toxisch wirken – d. h. Gesundheitsschäden zur Folge haben.

Aber: Pflegende Angehörige bewältigen ihre Situation individuell höchst unterschiedlich. Ob und wie stark sie als Belastung empfunden wird, beeinflussen ganz verschiedene Faktoren, wie z. B. ob die Pflege gerne und freiwillig übernommen wurde, ob die pflegebedürftige Person kognitive Einschränkungen hat oder ob deren Verhalten vielleicht sogar als herausfordernd wahrgenommen wird. Auch die Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie spielt eine Rolle dabei, wie die Pflegesituation erlebt wird. Eine ganze Reihe weiterer Aspekte wirken hierauf ein.



Dabei unterscheiden sich pflegende Angehörige im Umgang mit pflegebezogenen Stressoren. So gibt es neben den pflegenden Angehörigen, die unter starkem Stress leiden und dadurch vielleicht sogar gesundheitliche Probleme bekommen, auch Angehörige, die trotz der Pflegesituation bei guter psychischer und körperlicher Gesundheit bleiben. Diese Unterschiede im Umgang mit pflegebezogenen Stressoren werden mit der individuellen Resilienz in Verbindung gebracht. Resilienz – oder auch psychische Widerstandsfähigkeit – bezeichnet die Fähigkeit, sich von stressreichen Lebensereignissen erholen zu können. Neben der Reduktion von Belastungsfaktoren ist die Stärkung von Resilienz förderndem Verhalten für die Lebensqualität und Prävention stressbedingter körperlicher oder psychischer Gesundheitsprobleme bei pflegenden Angehörigen von großer Bedeutung.





Stress stellt Resilienz im Alltag auf die Probe. Er entsteht mit dem Gefühl, eine für uns wichtige Situation nicht gut bewältigen zu können. Je höher das Stresslevel, umso mehr Resilienz ist erforderlich, um negative Folgen abzufedern. Im Alltag ergibt sich dadurch ein dynamisches Wechselspiel aus Resilienz- und Stressfaktoren. Je nachdem, welche Faktoren höher ins Gewicht fallen, verändert sich der Einfluss auf das individuelle Gesundheitsrisiko. Genau dieses Wechselspiel aus Resilienz- und Stressfaktoren beleuchtet der FARBE-Fragebogen (Fragebogen zur Angehörigen-Resilienz und -Belastung). Mit dem Instrument können Resilienz- und Belastungsfaktoren von pflegenden Angehörigen identifiziert werden. Das Besondere daran ist, dass die Belastung und die Resilienz gemeinsam betrachtet werden.

Der Fragebogen ist als Selbstauskunftsformular für den Einsatz im professionellen Beratungskontext konzipiert. Er soll professionellen Beraterinnen und Beratern bei der Erfassung des Beratungsbedarfs helfen (Zu welchen Themen benötigt der oder die Angehörige Beratung?) und eine Einschätzung der Gesamtbelaustung der pflegenden Angehörigen ermöglichen (Wie kritisch ist die Pflegesituation?).

Dazu sind von den Angehörigen 20 Fragen zu beantworten, die vier Themenbereiche abdecken. Resilienzfaktoren werden dabei anhand der beiden Skalen „Meine innere Haltung“ und „Meine Energiequellen“ abgebildet, während Belastungsfaktoren anhand der Skalen „Schwierigkeiten im Umgang mit der pflegebedürftigen Person“ und „Allgemeine Belastungen meiner Lebenssituation“ erfasst werden. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt auf der Grundlage von Punktwerten

mithilfe eines Instruments automatisch. Dabei werden die Resilienz- und Belastungsfaktoren in Beziehung zueinander gesetzt. Je nachdem, welche Faktoren überwiegen, kann die Waage ausgeglichen, zugunsten oder zuungunsten der Resilienz ausfallen. Zusätzlich erfolgt daher eine Auswertung anhand von Cut-off-Werten je Skala. Wird ein kritischer Wert pro Skala überschritten, folgen Handlungsempfehlungen für die Beratungssituation.

Der Fragebogen ist frei zugänglich auf:

↗ www.zqp.de/frageboegen-farbe

Zudem wird derzeit in einer Studie untersucht, wie sich Stress- und Belastungsfaktoren individuell im Alltag pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz äußern. Ziel ist es, Ansatzpunkte für wirksame gesundheitsfördernde und präventive Interventionen zu identifizieren – und diese schließlich umzusetzen.

Dazu werden pflegende Angehörige gebeten, 14 Tage lang sechsmal täglich mittels einer App auf ihrem Smartphone kurze Angaben zu ihrem momentanen Stresserleben, zu Bewältigungsstrategien und zu Umgebungsfaktoren zu machen. Das Besondere hierbei ist, dass die subjektiven Angaben der pflegenden Angehörigen durch die Erfassung objektiver Stressmarker ergänzt werden. Dazu tragen die pflegenden Angehörigen dauerhaft für die 14 Tage einen Brustgurt, der die Herzaktivität und körperliche Betätigung objektiv erfasst. Zusätzlich wird zu jeder der täglichen Abfragen eine Speichelprobe abgegeben, um das Stresshormon Cortisol zu bestimmen. Zum Abschluss geben die pflegenden Angehörigen und zudem die pflegebedürftige Person eine Haarprobe ab, denn auch im Haar lässt sich das Stresshormon messen. Gerade durch die Erhebung des Cortisol bei beiden können Einblicke in dyadische Wechselwirkungen zwischen der pflegenden und der gepflegten Person gewonnen werden.

Erste Ergebnisse der Studie werden im Sommer 2022 erwartet und sollen zusammen mit dem FARBE-Fragebogen dazu beitragen, pflegende Angehörige möglichst zielgerichtet und alltagsnah gesundheitsfördernd und präventiv beraten zu können.



Assessment für die professionelle Beratung

Das neue softwarebasierte PIP-Assessment ist ein Instrument für die professionelle Beratung in der Pflege. Damit können gesundheitliche Risiken und Ressourcen bei der häuslichen Pflege systematisch identifiziert und entsprechende Beratungsangebote gemacht werden. Ziel ist es, das präventive Potenzial von Beratung möglichst gut zu nutzen.

Professionelle Beratung in der Pflege hat ein hohes präventives Potenzial: Sie kann Wissen und Kompetenzen vermitteln, gesundheitliche Risiken identifizieren und dabei unterstützen, Ressourcen und Angebote zu nutzen. Eine empathische, offene Gesprächsführung trägt in Kombination mit einem wissenschaftsbasierten, systematischen Vorgehen zu einem gelingenden Beratungsprozess bei. Hierbei soll das Assessment für präventive Beratung und Intervention – PIP-Assessment – unterstützen. Es soll helfen, den Beratungsprozess zu strukturieren, den Beratungsbedarf zu priorisieren und die Beratung zu dokumentieren. Gesundheitliche Problem- und Risikobereiche, individuelle Ressourcen sowie präventive Potenziale können hiermit identifiziert und gezielt Maßnahmen eingeleitet werden. Das PIP-Assessment umfasst neun Module mit diesen Themen: 1. Organisation der Pflege und Versorgung, 2. Mobilität, 3. Psychische Gesundheit, 4. Körperlische Gesundheit, 5. Selbstversorgung und Haushaltsführung, 6. Soziale Kontakte und Aktivitäten, 7. Wohnumfeld, 8. Pflegebeziehung, 9. Pflegesituation aus Sicht der Angehörigen.

Zur Einschätzung des Beratungsbedarfs wird im PIP-Assessment die Perspektive der pflegebedürftigen Person in den Vordergrund gestellt – diese wird durch fachliche Einschätzungen der Beraterin bzw. des Beraters ergänzt. In einer kompakten Bedarfsübersicht wird das Ergebnis aus der Einschätzung der pflegebedürftigen Person bzw. ihrer Angehörigen und der fachlichen Perspektive dargestellt.



Das PIP-Assessment kann bei allen professionellen Beratungsanlässen in der häuslichen Pflege eingesetzt werden. Voraussetzung seitens der Berater und Beraterinnen sind die fachlichen, personalen sowie ggf. gesetzlich geforderten Kompetenzen für die professionelle Beratung in der Pflege sowie Wissen über präventive Maßnahmen, deren Nutzen und Umsetzung. Das Instrument wird in einem Leitfaden erklärt. Eine spezielle Schulung zur praktischen Anwendung des Assessments ist nicht erforderlich.

Das Assessment wurde in einem mehrstufigen Prozess in Kooperation mit Prof. Andreas Büscher von der Hochschule Osnabrück und dem ZQP entwickelt. Die Konzeption und Entwicklung fand im Rahmen einer ZQP-Perspektivenwerkstatt statt. Dabei war ein Steuerungsgremium mit Experten und Expertinnen aus der Beratungspraxis sowie Vertreterinnen und Vertretern relevanter politischer Akteure und Akteurinnen auf Bundesebene eingebunden. Derzeit wird das Instrument in einer Pilotphase in unterschiedlichen Beratungssettings getestet. ds

Das PIP-Assessment kann voraussichtlich ab dem Frühjahr 2022 als Software kostenlos heruntergeladen werden: ↗ www.zqp.de

Leichter Zugang zu Leitlinien und Standards

Leitlinien und Standards geben der Pflegepraxis maßgeblich fachliche Handlungsorientierung. Sie beschreiben den bestverfügbaren Wissensstand. Um den Zugang zu aktuellen Dokumenten zu vereinfachen, hat das ZQP seinen Online-Dienst weiterentwickelt.

Fundierte Wissen ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gute, sichere Pflege. Nicht zuletzt hat die Covid-19-Pandemie dies verdeutlicht. Entsprechende fachliche Grundlagen als Handlungs- und Entscheidungsorientierung für die Praxis bieten Leitlinien und Standards. Solche Dokumente werden auf wissenschaftlicher Basis systematisch entwickelt; sie bündeln und bewerten Fachwissen. Erstellt werden Leitlinien und Standards etwa von Fachgesellschaften, Verbänden und Vereinen. Sie sind national und international zahlreich verbreitet. Da fällt es mitunter schwer, einen Überblick sowie einfachen Zugang zu den jeweils interessanten aktuellen Dokumenten zu erlangen.

Das ZQP bietet daher einen frei zugänglichen Online-Dienst mit umfangreichen Informationen zu derzeit über 100 deutsch- und englischsprachigen pflegerischen Leitlinien und Standards. Eine Filterfunktion ermöglicht u. a. die Recherche nach Herausgeberinnen und Herausgebern sowie nach Themen, wie z. B. Schmerzmanagement, Mundpflege, Atmung oder Dekubitus. Zudem stehen Links zur Verfügung, um an die Dokumente zu gelangen.

Um die Aktualität des Online-Dienstes zu erhöhen, wurde die Recherchemethodik neu konzipiert und die Übersicht darauf basierend erweitert. Neben regelmäßigen systematischen Recherchen werden diverse Anwendungen zur Informationsaggregation genutzt und ausgewertet. Die angepasste Recherchestrategie ermöglicht es, die Übersicht flexibel zu aktualisieren und somit auch unabhängig von definierten Recherchezyklen ganz aktuelle oder momentan besonders relevante Dokumente, wie etwa Pflegeleitlinien im Kontext der Corona-Pandemie, aufnehmen zu können.

Die Leitlinien und Standards, die in die Übersicht des ZQP aufgenommen werden, erfüllen spezifische Kriterien: So müssen sie bspw. Empfehlungen für professionell Pflegende enthalten und auf einer systematischen Literatur- bzw. Evidenzrecherche basieren. Das methodische Vorgehen der Entwicklung des Dokuments muss klar definiert und transparent dargestellt sein. Weitere Kriterien sind überregionale Gültigkeit und öffentliche Zugänglichkeit, d. h., sie sind frei verfügbar im Internet, nicht ausschließlich kostenpflichtig oder auf Anfrage bei den Autoren bzw. Autorinnen erhältlich.

lk/ds ↪

Der Online-Dienst ist frei zugänglich unter: ↗ pflegeleitlinien.zqp.de





„Die Angehörigen zu begleiten, ist ebenso wichtig“

Gedächtnisambulanzen in Kliniken sind darauf spezialisiert, die Ursache von kognitiven Beeinträchtigungen abzuklären. Das ZQP hat die Gedächtnissprechstunde der Charité – Universitätsmedizin Berlin am Campus Mitte besucht, um sich ein Bild davon zu machen, was Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörige dort erwartet.

In ihrem Sprechzimmer empfängt Dr. Maria Buthut ihren ersten Patienten an diesem Morgen. Herr Müller ist 76 Jahre alt und kommt alle sechs Monate zur Verlaufskontrolle in die Sprechstunde. Vor drei Jahren wurde bei ihm nach vielen Tests, der Auswertung von MRT-Bildern und Laboruntersuchungen eine vaskuläre Demenz diagnostiziert.

Ob er weiß, weshalb er hier ist und dass er der Ärztin schon öfter gegenübergestanden ist? Seinem Gesichtsausdruck sind Antworten auf diese Fragen nicht abzulesen. Er macht einen introvertierten Eindruck, während seine Frau, die ihn zu den Terminen begleitet, sofort das Gespräch mit der Ärztin sucht. Frau Müller ist anzumerken, dass sie auf diesen Termin gewartet hat, um mit Dr. Buthut über den Krankheitsverlauf ihres Mannes zu sprechen.

Die Ärztin wendet sich zunächst an ihren Patienten: „Wie sieht es mit Ihrem Gedächtnis aus?“ Herr Müller antwortet ihr freundlich, dass er vergesse, was er machen solle. Sie hakt nach: „Hat sich Ihr Alltag verschlechtert?“ Herr Müller überlegt einen Moment, dann berichtet er, dass er täglich um 9 Uhr aufstehe und sich dann auf die Couch setze, um fernzusehen. Seine Frau nimmt das Gespräch auf und erläutert, dass ihr Mann oft antriebslos sei. Sie müsse ihn an alles erinnern, weil er sonst vergesse, sich zu waschen oder anzuziehen. Seit einigen Wochen sei er an einem Tag in der Woche in einer Tagespflege. Zuerst habe er dieses Angebot nicht wahrnehmen wollen, aber inzwischen gefalle es ihm gut. Auch zur Ergotherapie gehe er nach einer

pandemiebedingten Pause wieder. Die Ärztin erkundigt sich bei Herrn Müller nach den Aktivitäten in der Tagespflege. „Es ist in Ordnung“, antwortet er mit einem freundlichen Lächeln. Welche Aktivitäten dort stattfinden, kann er nicht berichten.

Dr. Buthut erfragt Herrn Müllers Allgemeinzu-stand. Sie notiert Körpergewicht, Blutdruck, Schlafverhalten, Bewegung und Appetit und möchte genau wissen, welche Medikamente er einnimmt und ob Nebenwirkungen auftreten. Dann erklärt sie, dass weiterhin regelmäßig die Blutwerte durch den niederge-lassenen Arzt überprüft werden sollten. Sie stellt ein Folgerezept für die Ergotherapie aus und erläutert: „Jede Gehirnleistung wird schlechter, wenn man sie nicht nutzt, daher ist Abwechslung wichtig. Sie sollten vermeiden, täglich stundenlang vor dem Fernseher zu sitzen. Das Gehirn wird dabei nicht genug gefordert.“ Sie fügt hinzu, dass die Besuche in der Tagespflege und die Ergotherapie sehr gut seien.

Frau Müller berichtet, dass ihr Mann vor drei Monaten zweimal umgekippt sei. Das sei glimpflich

Jede Gehirnleistung wird schlechter, wenn man sie nicht nutzt, daher ist Anregung wichtig.

ausgegangen, weil ihr Sohn ihn aufgefangen habe. Seitdem habe sie jedoch Angst, dass das wieder passieren könnte, wenn sie zu zweit seien. Ausflüge hätten sie deshalb keine mehr unternommen und das Haus nur selten verlassen. Dr. Buthut hört aufmerksam zu und geht auf die Sorgen ein: „Sie sagen, es ist einige Monate her, seit Ihr Mann ohnmächtig geworden ist. Damals wurde das ärztlich abgeklärt und seitdem ist das nicht vorgekommen?“ Die Ärztin versucht, Frau Müller die Angst zu nehmen: „Jeder von uns könnte theoretisch plötzlich ohnmächtig werden. Sie sollten deswegen nicht auf Aktivitäten verzichten und eine Vermeidungshaltung einnehmen.“ Frau Müller überlegt einen Moment und stimmt der Ärztin dann zu. Ob die Müllers nach



Die Neurologin Dr. Maria Buthut ist in der Gedächtnissprechstunde Ansprechpartnerin für Menschen, deren kognitive Fähigkeiten sich verschlechtert haben. Sie behandelt Menschen mit Demenz und berät Angehörige. Daneben forscht sie zu Autoantikörpern, die im Gehirn demenzähnliche Symptome hervorrufen können.

Wer kommt in die Gedächtnissprechstunde?

Menschen, die kognitive Beeinträchtigungen medizinisch abklären lassen möchten. Der Altersdurchschnitt der Patienten und Patientinnen liegt etwa bei 60 Jahren. Gelegentlich suchen jüngere Menschen unseren Rat, insbesondere wenn in der Familie eine Demenz vorkommt und sie das Gefühl haben, geistig weniger leistungsfähig geworden zu sein.

Ist es für Betroffene eine große Überwindung, hierherzukommen? Wie sind ihre Reaktionen, wenn eine Demenz diagnostiziert ist?

Viele zögern, bis sie einen Termin vereinbaren, wahrscheinlich aus Angst vor dem Ergebnis der Untersuchung, vielleicht auch aus Scham. Oft sind die Angehörigen die Antreibenden, wenn sie ahnen, dass es eine Demenz sein könnte. Sie bemerken oft als Erste, dass Orientierung oder Sprachvermögen nachlassen. Wenn die Erkrankung benannt ist, ist es sicher für viele erschütternd und verunsichernd. Aber tatsächlich sind viele Betroffene auch erleichtert, dass endlich Klarheit besteht. Wichtig ist mir in jedem Fall, direkt auf Unterstützungsangebote hinzuweisen, um deutlich zu machen, dass es Hilfe und gute Wege gibt, mit Demenz zu leben.

Wie viele Menschen, die hier vorstellen werden, sind nicht an einer Demenz erkrankt?

Das sind gar nicht wenige. Jüngere Menschen kommen zum Beispiel zu mir, weil sie das Gefühl haben, sich immer schlechter konzentrieren oder erinnern zu können. Doch bei ihnen ist der Grund oftmals eine Belastungssituation. Bei älteren Betroffenen stelle ich auch oftmals eine nicht diagnostizierte Depression fest. Etwa ein Drittel der Menschen, die in die Sprechstunde kommen, kann ich ohne die Diagnose einer Demenz entlassen.

Welche Rolle spielen die Angehörigen in der Sprechstunde?

Eine wichtige Rolle. Denn auch die sogenannte Fremdanamnese spielt eine Rolle für die Diagnose. Viele Erkrankte haben eine veränderte Wahrnehmung und stellen Veränderungen ihres Verhaltens zum Beispiel gar nicht fest. Ich möchte, dass sowohl der Patient oder die Patientin als auch die Angehörigen zu Wort kommen. Gerade wenn die Krankheit fortgeschritten ist, verlagert sich der Gesprächsfokus in der Regel auf die Themen, die für die pflegenden Angehörigen relevant sind, zum Beispiel ihre Fragen zum Umgang mit Symptomen. Sie gut zu begleiten, ist für uns ebenso wichtig.



Herausforderung Demenz

Demenzielle Erkrankungen sind eine der großen Herausforderungen unserer Gesellschaft und unseres Gesundheitswesens. Die Nationale Demenzstrategie (NDS) stellt sich dieser Herausforderung mit dem Ziel, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nachhaltig zu verbessern.

Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und die Sicherung der sozialen Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen sind dringlich und werden in den nächsten Jahren weiter an Dringlichkeit gewinnen. Derzeit leben in Deutschland schätzungsweise etwa 1,6 Millionen Menschen mit einer Demenz. Allein aufgrund des demografischen Wandels und der Tatsache, dass etwa zwei Drittel der demenziell Erkrankten über 80 Jahre alt sind, wird die Anzahl der Menschen mit Demenz weiter steigen. Der Deutsche Bundestag hat daher in der zurückliegenden Legislaturperiode die Umsetzung einer Nationalen Demenzstrategie (NDS) beschlossen.

Seit dem offiziellen Startschuss für die Umsetzungsphase dieser Initiative im September 2020 arbeiten die beteiligten Akteure und Akteurinnen – von den zuständigen Bundesministerien, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und den Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Kommunen, der Zivilgesellschaft, der Sozialversicherungsträger sowie der Kranken- und Pflegeversicherung über die Trägerverbände der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und in der Pflege, die Spartenverbände

der Wohlfahrtspflege sowie die Fach- und Berufsverbände bis zu den Teilnehmenden aus Wissenschaft und Forschung – auf das Ziel hin, durch 162 konkrete Maßnahmen die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Zugehörigen nachhaltig zu verbessern.

Zu den Akteuren und Akteurinnen der NDS zählt auch das ZQP. Die Stiftung ist bei der Gestaltung und Umsetzung der NDS umfassend beteiligt und engagiert sich mit mehreren Projektbeiträgen u. a. für die Themen „Prävention“ und „Vorbeugung von Gewalt, Misshandlung und Missbrauch im Kontext Demenz“ sowie für einen gelingenden Wissenstransfer von Forschungsergebnissen im Bereich Demenz in nicht fachliche Zielgruppen.

Das Thema Demenz ist darüber hinaus im ZQP seit Jahren fest verankert. Für Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen sowie professionell Pflegende bietet das ZQP eine Vielzahl von praxisnahen, in möglichst einfacher Sprache verfassten und wissenschaftsbasierten Informations- und Schulungsmaterialien an. Diese können unentgeltlich von allen Interessierten genutzt werden und sind dabei werbefrei.



diesem Gespräch wieder öfter das Haus verlassen, wird sie bei der nächsten Verlaufskontrolle erfahren. Abschließend führt sie mit ihrem Patienten einen einfachen Demenztest durch, den sog. Mini-Mental-Status-Test. Im Gespräch soll Herr Müller Fragen beantworten, Wortfolgen memorieren, Rechenaufgaben lösen, einfache geometrische Figuren zeichnen und einen vollständigen Satz aufschreiben. Herr Müller weiß auf einige Fragen die richtigen Antworten, bei anderen muss er passen, bei der Rechenaufgabe kommt er schnell ins Stocken. Einen Satz hat er aber unter den Testbogen geschrieben. In zittriger Schrift steht dort: Ich bin fröhlich.

Der nächste Patient an diesem Vormittag ist der 70-jährige Herr Thelen. Er hat seinen zweiten Termin bei Dr. Buthut. Seine Familie stellte fest, dass er immer vergesslicher wurde und abwesender wirkte. Mit Unterstützung seiner Ehefrau kam er schließlich in die Gedächtnissprechstunde, um die Ursache abklären zu lassen. Heute ist bei ihm eine Lumbalpunktion geplant. Dr. Buthut erläutert ihm und seiner Ehefrau, die ihn begleitet, was ihn erwartet: „Ihr Nervenwasser soll untersucht werden. Dazu werde ich bei Ihnen etwas davon aus dem Wirbelkanal im Bereich der Lendenwirbelsäule entnehmen. Sie bekommen dazu eine örtliche Betäubung, es dürfte also kaum schmerhaft sein. Anschließend führe ich die Punktionsnadel ein, um ein paar Tropfen zu gewinnen. Das Ganze dauert nur wenige Minuten.“ Die bevorstehende

Punktion scheint Herrn Thelen nicht aus der Ruhe zu bringen. Dr. Buthut bittet ihn, den Oberkörper frei zu machen, sich auf die Liege zu setzen und sich mit rundem Rücken nach vorn zu beugen. Er folgt ihren Anweisungen, aber er braucht Zeit, um sie umzusetzen, und hat sichtlich Mühe, sich darauf zu konzentrieren. „Achtung, jetzt wird es kalt“, warnt die Ärztin, bevor sie die Einstichstelle sorgfältig desinfiziert. Sie bittet ihn, sich möglichst nicht zu bewegen, während sie die richtige Stelle ertastet und die Kanüle ansetzt. Schmerzen verspürt der Patient offenbar keine. Er wartet geduldig, bis die Ärztin genug Nervenflüssigkeit gewonnen hat. Nachdem sie die Einstichstelle mit einem Pflaster geschützt hat, verwahrt sie die abgefüllte Flüssigkeit in einer Kühlbox und bringt sie ins

Was sind Bausteine der Demenz-Diagnostik?

- Gespräch mit dem Patienten oder der Patientin sowie Angehörigen
- Neuropsychologische Tests, z. B. zu Konzentration, Gedächtnis, Sprachfähigkeit
- Körperliche Untersuchung
- Blutuntersuchung
- Bildgebende Darstellung des Gehirns (MRT)
- Ultraschall der Hirngefäße
- Elektroenzephalografie (EEG)
- Untersuchung von Nervenwasser (Liquorpunktion)

In der Gedächtnissprechstunde wird nach der Diagnostik auch zur Behandlung und zu Unterstützungsangeboten beraten.

Adressen von Gedächtnissprechstunden kann man z. B. auf folgender Webseite

der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz recherchieren:

↗ www.deutsche-alzheimer.de/adressen

Es ist wichtig, dass sich Angehörige Hilfe suchen.

Labor zwei Stockwerke tiefer. Als sie wenig später zurückkommt, erklärt sie den Thelens: „Bald wissen wir mehr. Wir untersuchen Ihr Nervenwasser und erstellen eine Diagnose, die ich dann mit Ihnen bespreche. Wir werden gemeinsam überlegen, wie wir Ihre Situation verbessern können.“ Während sich der Patient noch einige Minuten ausruht, ist seiner Frau die Hoffnung auf baldige Gewissheit über den Gesundheitszustand ihres Mannes ins Gesicht geschrieben.

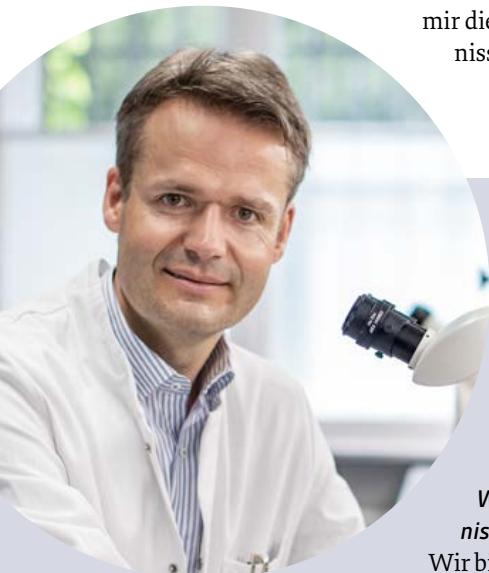
Nachdem das Ehepaar gegangen ist, erklärt mir die Ärztin: „Je nach Ursache der Gedächtnisstörung kann ich medikamentöse oder

nicht medikamentöse Therapien verschreiben. Zum Beispiel rate ich zu bestimmten individuell geeigneten körperlichen Aktivitäten und geistigem Training.

Mein Ziel ist es dabei auch, alle Beteiligten gut darauf vorzubereiten, was auf sie zukommen kann. Gerade bei der Diagnose Demenz ist mir wichtig, deutlich zu machen, dass oftmals trotz der Erkrankung eine gute Lebensqualität möglich ist. Zum Beispiel kläre ich über mögliche Symptome wie Unruhe oder Angst auf und wie man damit umgehen kann. Und ich mache deutlich, dass die Diagnose nicht bedeuten muss, dass man innerhalb kurzer Zeit bettlägerig oder inkontinent wird.

Ich spreche auch die Einstufung in einen Pflegegrad an, damit sie gegebenenfalls pflegerische Unterstützung erhalten. Wir arbeiten hierbei mit Beratungsstellen zusammen. Es ist wichtig, dass sich Angehörige Hilfe suchen.“

lp ↫



Prof. Dr. Harald Prüß leitet die Gedächtnissprechstunde an der Charité und am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Berlin und hat sich darauf spezialisiert, gezielt nach Autoantikörpern zu suchen, die autoimmune Hirnentzündungen auslösen können. Diese Entzündungen können eine langsam fortschreitende Demenz verursachen. Von der Erforschung dieser Immunmechanismen erhofft sich Prüß, dass ein Teil der Erkrankten erfolgreich behandelt werden kann.

Was zeichnet diese Gedächtnissprechstunde aus?

Wir bieten allen Patienten und Patientinnen die Untersuchung des Nervenwassers an. Dieses geben wir auf hauchdünne Scheiben aus dem Gehirn einer Maus. Mit dieser Methode können wir feststellen, ob sich Antikörper an Hirngewebe binden. Bei einem sehr kleinen Anteil der Patienten und Patientinnen, bei denen bereits eine fortgeschrittene Demenz diagnostiziert wurde, konnten wir den Krankheitsverlauf mithilfe von Therapien zur Antikörperentfernung stabilisieren oder sogar verbessern.

Ist es bekannt genug, dass es dieses Angebot gibt?

Leider haben viele Menschen negativ besetzte Vorstellungen von Therapien bei Demenzen. Der Mehrwert der Behandlungsmöglichkeiten wird oft nicht gesehen. Leider werden oft erst spät ein MRT oder ein großes Blutbild gemacht. Bei Verdacht auf eine Demenz sind niedergelassene Kollegen und Kolleginnen die ersten Ansprechpersonen. Aufgrund der besseren diagnostischen Möglichkeiten empfehle ich aber, zusätzlich eine Gedächtnissprechstunde aufzusuchen. Dieses Angebot sollten mehr Menschen nutzen.

Sollten professionell Pflegende Betroffene auf die Sprechstunde aufmerksam machen?

Pflegende könnten hierbei eine wichtige Rolle spielen. Das Dilemma ist jedoch der Zeitdruck vieler Kollegen und Kolleginnen aus der ambulanten Pflege. Wir sehen häufig, dass bei ambulant versorgten Menschen zum Beispiel Schwerhörigkeit lange nicht abgeklärt wird, obwohl sie Demenzsymptome verstärken kann. Mitarbeitende ambulanter Dienste können die Hörgeräteanpassung oft aus Zeitgründen nicht organisieren, auch wenn sie das Problem sehen und gern etwas tun würden.

Wie wird sich die Behandlung von Demenzen weiterentwickeln?

Wir systematisieren unsere Erkenntnisse über Immunmechanismen immer weiter und stimmen die Therapien feiner ab. Wenn wir das geistig gesunde Leben von nur einem Prozent der Betroffenen verlängern können, dann ist das ein großer Erfolg. Ich hoffe, dass dieses diagnostische Verfahren bald zum Standard wird.

Übersicht zur Stiftungsarbeit im Jahr 2021



Impressum & Kontakt

Herausgeber: Zentrum für Qualität in der Pflege

Vorstand: Dr. Ralf Suhr (Vorsitzender),
Andreas Besche (Stellvertreter), Dr. Hans Olav Herøy

Vorsitzende: Christa Stewens (Stiftungsrat), Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier
(Wissenschaftlicher Beirat), Franz Wagner (Kuratorium)

Rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts
Geschäftszeichen: 3416 / 922 / 2, Stiftungsaufsicht geführt bei der Senatsverwaltung
für Justiz, Verbraucherschutz und Antidiskriminierung Berlin

V.i.S.d.P.: Dr. Ralf Suhr

Redaktionsleitung: Simon Eggert, Daniela Sulmann

Redaktion und Management: Rebecka Andrick, Torben Lenz

Autoren und Autorinnen des ZQP: Simon Eggert (se), Sandra Garay (sg),
Dr. Mathias Haeger (mh), Laura Kühnlein (lk), Torben Lenz (tl),
Dr. Lena Panzer-Selz (lp), Dr. Ralf Suhr (rs), Daniela Sulmann (ds),
Dr. Christian Teubner (ct), Daniela Väthjunker (dv), Pauline Wagner (pw)

Gestaltung & Umsetzung: zwoplus, Berlin

Schlusslektorat: Paul Kaltefleiter, Bielefeld

Druck: PIEREG Druckcenter Berlin GmbH

Dank für die Mitwirkung an dieser Ausgabe:

Christiane Kannenberg, Qualitätsprüferin des Verbands der Privaten Krankenversicherung e. V., Prof. Dr. Ralph Möhler, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Antje Mehrmann-Kremer, Pflegedienstleiterin der Tagespflege des Evangelischen Jugend- und Fürsorgewerks Berlin, Dyana Meitzner, Dusan Gmitrovic-Jahns, Joachim Milde, Jürgen Müller und allen weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagespflege sowie Martina Zahn, Musiktherapeutin und den Gästen der Tagespflege und ihren Angehörigen, Dr. Alexandra Wuttke-Linnemann, Zentrum für psychische Gesundheit im Alter, Dr. Maria Buthut und Prof. Dr. Harald Prüß, Charité – Universitätsmedizin Berlin sowie den Patienten und Patientinnen der Gedächtnisambulanz und ihren Angehörigen

ISSN (Print) 2943-9442

ISSN (Online) 2943-9434

<https://doi.org/10.71059/DYKD3428>

Pressekontakt:

Torben Lenz
Telefon: 030 2759395-15
E-Mail: presse@zqp.de
www.zqp.de

Postadresse:

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardthöfe
Reinhardtstraße 45
10117 Berlin

Bildnachweis

Illustrationen: Maren Amini (Titel, S. 4–10, 20, 39); Inga Israel (S. 11, 14–16, 36), Annika Huskamp (S. 18, 23, 24, 26–29, 40–43)
Fotos: ZQP/Amin Akhtar (S. 17, 22, 25, 30–35, 44–48); ZQP/Laurence Chaperon (S. 2, 3); Jonas Holthaus (Ralf Suhr S. 12);
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Ralph Möhler S. 37)



STIFTUNG
III ZQP