

---

# **(Forschungs-) Newsletter: August 2020**



**18. AUGUST 2020**

---

**Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)  
Hochschule Osnabrück**



---

***DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)***

***Hochschule Osnabrück***

***Caprivistr. 30a • 49076 Osnabrück  
Telefon +49 (0)541/969-3233***

***[dzla@hs-osnabrueck.de](mailto:dzla@hs-osnabrueck.de) || [www.dzla.de](http://www.dzla.de)***

**© DZLA 2020**

---

## Inhaltsverzeichnis

INFO: DZLA & „(FORSCHUNGS-)NEWSLETTER“ .....	4
<b><u>EDITORIAL (AUGUST 2020).....</u></b>	<b>5</b>
<b><u>NEUES AUS DEM DZLA.....</u></b>	<b>8</b>
DZLA MUSS SEMINARE DER DIALOGAKADEMIE AUF 2021 VERSCHIEBEN .....	8
PROGRAMM DER 1. DIALOGKONFERENZ IST FIX & FINDET ALS „ZOOM-KONFERENZ“ STATT .....	8
DZLA DISKUTIERT DIE „NATIONALE DEMENZSTRATEGIE .....	9
DZLA ERWEITERT SEMINARPROGRAMM DER „DIALOGAKADEMIE“ .....	10
IHR PLATZ IM DZLA .....	11
<b><u>NEUES AUS DEM DNQP.....</u></b>	<b>12</b>
<b><u>FORSCHUNGSNEWSLETTER (AUGUST 2020).....</u></b>	<b>13</b>
EDITORIAL - FORSCHUNGSNEWSLETTER .....	14
STUDIEN.....	19
INHALTSVERZEICHNIS STUDIEN .....	20
(1) EINE GUTE ARBEIT MACHEN ZU KÖNNEN IST DIE BESTE ARBEITSMOTIVATION .....	21
(2) PERSONALMANGEL BILDET DIE WICHTIGSTE URSACHE FÜR MORALISCHEN STRESS IN DER PFLEGE .....	25
(3) KÜMMERN UND PFLEGEN ALS TEIL DER IDENTITÄT .....	29
(4) DER TEAMPROZESS ‚EINANDER HELFEN‘ IST ENTSCHEIDEND FÜR INNOVATIONEN.....	32
(5) DER KONTEXT EINER FORTBILDUNG IST GENAUSO WICHTIG WIE DIE INHALTE .....	34
(6) PFLEGEASSISTENTEN LERNEN AM LIEBSTEN VON ERFAHRENE KOLLEGEN .....	36
(7) DIE MITWIRKUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ BEI DER PFLEGEPLANUNG VERÄNDERT DIE HALTUNG VON PFLEGENDEN NACHHALTIG .....	39
(8) MITGEFÜHL FÜR ANDERE BENÖTIGT SELBSTPFLEGE.....	41
(9) GUTER UMGANG IST WICHTIGER ALS SPEZIFISCHE INTERVENTIONEN, WENN ES UM HERAUSFORDERNDES VERHALTEN GEHT ..	44
(10) DIE EINBEZIEHUNG DER ANGEHÖRIGEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ BEIM SPITALAUFENTHALT ERFOLGT ZUMEIST OHNE KONZEPT.....	48
(11) QUALIFIZIERTE DEMENZPFLEGE IM KRANKENHAUS WIRD VON PFLEGENDEN ZUWEILEN ALS KARRIEREBLOCKADE EMPFUNDEN 51	
(12) JEDE STÖRUNG VORGEGEBENER ABLÄUFE SEITENS PATIENTEN MIT DEMENZ WIRD IM KRANKENHAUS ALS ABWEHRVERHALTEN INTERPRETIERT .....	55
(13) GUTE VORBEREITUNG HILFT BEI DER NOTAUFNAHME .....	59
(14) SITZWACHEN KOMMEN ZUMEIST BEI MENSCHEN MIT DEMENZ MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN ZUM EINSATZ .....	63
(15) PSYCHIATRISCH PFLEGENDE ARBEITEN IM KERN AN DER SELBSTMOTIVATION DES KLIENTEN .....	65

---

## Info: DZLA & „(Forschungs-)Newsletter“

Das DZLA versendet maximal acht Mal/ Jahr einen kostenfreien Newsletter an die Abonnent\*innen. Vier Mal im Jahr enthält der Newsletter (so wie der vorliegende) den sogenannten „ForschungsNewsletter“, in welchem Christian Müller-Hergl jeweils 15 internationale Studien verständlich auf ihre Kernaussagen reduziert und diskutiert.

Der Newsletter des DZLA findet sich zudem zur Ansicht auf dem [Blog des DZLA](#)<sup>1</sup> und kann dort auch [abonniert](#)<sup>2</sup> werden. Da der gesamte ForschungsNewsletter zur Versendung als Mail zu umfangreich wäre, erhalten die Abonnent\*innen er jeweils einen Downloadlink mit dem ForschungsNewsletter.

### **Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)**

Caprivistr. 30 a

D-49076 Osnabrück

#### **Kontakt:**

Tel.: +49(0)541 969 3233

mail: [dzla@hs-osnabrueck.de](mailto:dzla@hs-osnabrueck.de)

#### **DZLA online:**

DZLA-Blog: <http://www.dzla.de>

DialogAkademie: <https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/>

DZLA-Facebook: <https://www.facebook.com/dialogDZLA/>

DZLA-Twitter: [https://twitter.com/DZLA\\_HSO](https://twitter.com/DZLA_HSO)

DZLA-Youtube: <https://www.youtube.com/channel/UCmizhGiwYw2WuWTPf-xfCLw>

ABO ForschungsNewsletter: <https://www.dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/>

ABO Podcast WissenstransFair: <https://www.dzla.de/podcast-wissenstransfair/>

---

<sup>1</sup><http://www.dzla.de>

<sup>2</sup><https://dzla.de/forschungsnewsletter-des-dzla/>

---

# Editorial (August 2020)

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum dritten Newsletter des DZLA im Jahr 2020. In diesen Newsletter integriert ist wieder der dreimonatig erscheinende ForschungsNewsletter des DZLA, in dem der Kollege Müller-Hergl erneut 15 aktuelle Studien aus dem Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung auf ihre Essenz herunterbricht und diskutiert.

Das immer noch beherrschende mediale Thema im Moment ist zu Recht noch immer die Corona-Pandemie und mit dieser geht erstaunlicherweise eine in meinen Augen – quer durch die Bevölkerung geführte – begrüßenswerte Diskussion um Bedeutung und Einfluss wissenschaftlicher Erkenntnisse einher. Nun kann man in diesem Zusammenhang natürlich darüber klagen, dass diese Diskussion vielfach unsachlich und teils sogar polemisch geführt, Wissenschaft von manchen gar unter einen betrügerischen Generalverdacht gestellt und als Erfüllungsgehilfe politischen Willens diffamiert wird. Aber ich stelle vor allem eine andere, positive Entwicklung fest:

---

*NOCH NIE HABEN SICH – SO MEINE WAHRNEHMUNG – SO VIELE BÜRGER FÜR WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE INTERESSIERT UND NOCH NIE GABEN SICH WISSENSCHAFTLER\*INNEN DERART VIEL MÜHE, VON NICHT-WISSENSCHAFTLER\*INNEN VERSTANDEN ZU WERDEN!*

---

Und Beides wird von uns im DZLA natürlich mit großer Freude gesehen und wahrgenommen. Der Umgang mit wissenschaftlichen Ergebnissen in der Corona-Krise entspricht unserem Credo im Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA):

---

*Wissenschaft und Praxis im Dialog*

---

Und genau dieses Credo ist es, was uns hier im DZLA weiterarbeiten lässt und uns vorantreibt. Wie Sie auf unseren Seiten verfolgen können, entwickeln wir fortlaufend neue Formate und Formatserien des Wissenstransfers. Und was soll ich sagen: Unsere Mühen werden von Ihnen angenommen! Unsere Zahlen auf unseren kostenfreien Social-Media-Kanälen steigen fortlaufend, andere Institutionen aus Wissenschaft und Praxis „folgen“ unseren Beiträgen und Kanälen, Personen beginnen Diskussionen unter

---

unseren geschriebenen Postings oder Videos, wir bekommen Lob und Kritik zu unserer Arbeit und vor allem stellen wir fest, dass immer wieder neue Personen bei Recherchen auf uns stoßen oder von anderen auf uns hingewiesen werden! Das DZLA hat also nicht nur einen neuen Resonanzraum in der gerontopsychiatrischen Versorgung geschaffen ... - viel wichtiger ist: es erhält auch tatsächlich Resonanz! Was kann es Schöneres geben als festzustellen, dass die eigene Arbeit „einen Unterschied macht“! Dafür möchten wir Ihnen allen von Herzen danken und Ihnen natürlich versichern, dass wir auf dem eingeschlagenen Wege weitergehen werden und hoffen, dass Sie uns weiterhin kritisch begleiten.

Dieser Newsletter des DZLA beinhaltet wieder den ForschungsNewsletter, der auch online auf unserem Blog abrufbar ist. Wir vom DZLA möchten ihn auch gezielt nutzen, um sie auf unsere DialogKonferenz am 4. November dieses Jahrs vorzubereiten, in der das gerontopsychiatrische Team selbst im Mittelpunkt der Konferenz steht. Darum haben wir in den ausgewählten Studien einen von zwei Schwerpunkten auf Forschungen zum Team gesetzt. Zur weiteren Vorbereitung haben wir zudem im Rahmen unseres Formates „Im Gespräch“ im vergangenen Monat eine Beitrag mit spannenden Videomitschnitten aus einem Gespräch zum Thema mit einem gerontopsychiatrischen Team veröffentlicht (<https://www.dzla.de/team-interview-gerontopsychiatrie/>).

Für Aufmerksamkeit hat ein Video-Interview mit Sabine Jansen in unserer Serie „Im Gespräch“ gesorgt. Anfang Juli haben das Familien- und Gesundheitsministerium des Bundes unter dem Co-Vorsitz der Deutschen Alzheimergesellschaft die „Nationale Demenzstrategie“ für unser Land verabschiedet und in Kraft gesetzt. Aus diesem Grunde habe ich mit Sabine Jansen – seit über 20 Jahren Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimergesellschaft – ein kritisches - aber wie ich finde, ergiebiges Video-Interview zur Strategie geführt und auf unserem Blog und in unserem „Podcast Wissenstransfair“ publiziert. Aber unsere Publikationen waren bislang fast die einzigen öffentlichen Resonanzen zur Strategie. Es ist schon fast absurd, dass eine derart wichtige – uns alle betreffende – Publikation und Maßnahmenbeschreibung quasi unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfindet ... - aber das lassen wir natürlich nicht zu! Des Weiteren habe ich wiederum eben zu dieser Nationalen Demenzstrategie ein Videointerview mit Helga Rohra, Demenzbetroffene und Aktivistin, geführt. Dieses Video wird am 25.08.2020 auf unserem Blog und unseren social-media-Kanälen erscheinen. Es war für mich sehr spannend, eine direkt Demenzbetroffene mit ihrer

---

„Innenperspektive“ zur Strategie und vielen anderen Bereichen zu befragen. Schon einmal vorab: *Frau Rohra kritisierte nicht, was in der Strategie steht ... - es ist eher das, was sie dort vermisst, was sie aufhorchen lässt.*

Wie Sie wissen, werden wir für drei Jahre vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) bis zum März 2021 gefördert. Um auch über diesen Zeitraum hinaus unserer Tätigkeit hier an der Hochschulen Osnabrück nachgehen zu können, haben wir im Juni 2020 unsere „kleine, aber feine DialogAkademie“ gegründet, in der wir selbst und von uns ausgewählte Referent\*innen ausgesuchte Präsenz- und Onlineseminare anbieten. Die DialogAkademie hat neben dem Ziel des Wissenstranfers im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege für uns natürlich die Aufgabe, die Kosten des ansonsten kostenfreien Wissenstranfers des DZLA – unserer Kernidee – teilweise zu refinanzieren. Im Moment arbeiten wir mit Hochdruck an einem Seminarprogramm für das Jahr 2021 und können bereits verkünden, dass es uns gelungen ist, weitere hochkarätige Expertinnen für spannende Seminare zu gewinnen. Und wir wachsen weiter ... (<https://www.dzla.de/#dialogakademie>).

***Soeben haben wir allerdings bezüglich unserer DialogAkademie einen „kleinen“ Rückschlag erfahren. Die Hochschule Osnabrück, unter dessen Dach das DZLA arbeitet, hat soeben sämtliche öffentliche Veranstaltungen mit hochschul-externen Teilnehmern bis zum 28. Februar 2021 untersagt.*** Alles weitere dazu in diesem Newsletter unter der Rubrik Neues aus dem DZLA.

Wie mehrfach erwähnt, sind wir bei der (Weiter-)Finanzierung unserer kostenfreien Arbeit auch auf Ihre Hilfe angewiesen! Besuchen Sie unsere Seiten, erzählen Sie Anderen davon und: Auch eine monetäre Einzelspende oder ein Bezahlabonnement sind bereits jetzt möglich. Da es leider noch etwas dauert, bis letzteres online möglich wird, scheuen Sie sich bitte nicht, uns deswegen persönlich per Mail/Telefon anzusprechen. Wir würden uns sehr freuen! Jede Spende hilft, die Arbeit des DZLA – den kostenfreien Wissenstransfer in die Gesellschaft - dauerhaft an der Hochschule Osnabrück und im DNQP zu verankern. Bei Fragen stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.

Viel Freude beim Lesen wünscht Ihnen  
Detlef Rüsing

Osnabrück, am 18. August 2020

---

# NEUES AUS DEM DZLA

## DZLA muss Seminare der DialogAkademie auf 2021 verschieben

Aufgrund der Corona-Pandemie müssen die diesjährigen Seminare der DialogAkademie auf das kommende Jahr verschoben werden. Die Hochschule Osnabrück als Hausherr des DZLA hat aufgrund Corona-bedingter Hygienevorschriften sämtliche öffentliche Veranstaltungen mit hochschulexternen Teilnehmer\*innen bis zum 28. Februar 2021 untersagt. Die betroffenen Seminare werden aus diesem Grunde im nächsten Jahr erneut angeboten. Bereits angemeldete Teilnehmer\*innen können entweder auf das Seminar im kommenden Jahr kostenneutral umbuchen oder sich die Teilnahmegebühr rückerstatten lassen. Die angemeldeten Teilnehmer\*innen betroffener Veranstaltungen werden in den kommenden Tagen von uns kontaktiert.

## Programm der 1. DialogKonferenz ist fix & findet als „Zoom-Konferenz“ statt

Unser Programm unserer ersten DialogKonferenz zum Thema „Das Team als Therapeuticum“ ist fix und wir können Ihnen versprechen, dass es spannend wird. Es ist uns gelungen, hochkarätige Referent\*innen zu gewinnen, die neben uns selbst weitere inhaltliche Beiträge liefern werden. Wichtig ist zu erwähnen, dass die Konferenz nun endgültig als ZOOM-Konferenz online stattfinden wird. Die Hochschule Osnabrück als Hausherr des DZLA hat sämtliche öffentliche Veranstaltungen mit externen Teilnehmern bis zum 28. Februar untersagt. Der Teilnahmebeitrag zur Zoom-Konferenz beträgt – wie gehabt - 100 Euro.

[Zum Programm und zur Veranstaltungsbuchung-

<https://www.dzla.de/dialogkonferenz-team/>]



---

## DZLA diskutiert die „Nationale Demenzstrategie

Im Juli 2020 ist die Nationale Demenzstrategie für Deutschland erschienen. Obschon diese für die weitere konzeptionelle Ausrichtung der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz höchstrelevant ist, wird bislang – auch in der Fachwelt – kaum über diese Strategie diskutiert.



*Foto: 1: Detlef Rüsing im Gespräch am 15.07.2020 – erschienen am 20.07.2020 auf dem Blog des DZLA*

Das DZLA hat sich der Strategie direkt nach Erscheinen intensiv gewidmet und mit zwei Videointerviews (Sabine Jansen (20.07.2020) & Helga Rohra (25.08.2020)) wichtige Stimmen gesammelt und kritisch nachgefragt. Diskutieren Sie auf unserem Blog oder anderen Social-Media-Kanälen mit uns.



*Foto: 2 Detlef Rüsing im Gespräch mit Helga Rohra am 12.08.2020 – erscheint am 25.08.2020 auf dem Blog des DZLA*

---

## DZLA erweitert Seminarprogramm der „DialogAkademie“

Ab Juni 2020 startet das DZLA die DialogAkademie, in der das Team des DZLA sowie ausgewiesene weitere Expert\*Innen Präsenz- und Onlineseminare sowie Tagungen/Konferenzen kostenpflichtig veranstalten. Das Programm der DialogAkademie dient in Gänze der Verstetigung und Erweiterung des kostenfreien Online-Angebotes des DZLA.

Folgende Seminare/Tagungen sind bereits online buchbar

- 04. November 2020: **Online-DialogKonferenz** zum Thema „Das Team als Therapeuticum“ (Team DZLA)
- 25. März 2021: Was Raumgestaltung so alles bewirken kann (Dr. B. Radzey)
- 15. April 2021: Angst & Demenz (D. Rüsing)
- 28. Oktober 2021: Haltung erfassen und verändern (Dr. C. Zemlin)
- 3. November 2021: DialogKonferenz – Wissenstransfer (Team DZLA)

**Weitere Seminare sind in Planung und werden in Kürze zur Verfügung stehen ...**

Sämtliche Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie auf dem Blog des DZLA (<https://www.dzla.de/dialogakademie-seminare/>).

---

## Ihr Platz im DZLA

SCHALTEN SIE SICH EIN UND POSTEN IHREN BEITRAG

Ihre Institution hat eine praxisrelevante Studie im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung durchgeführt, deren Ergebnisse Sie zur Information und Diskussion auf unserem Blog verbreiten wollen? Ihre Einrichtung praktiziert ein Versorgungskonzept welches als Best-Practice Modell nach Nachahmung ruft? Sie haben als Person eine besondere Idee, die sie unter das Volk bringen wollen?

In unserer Serie „Ihr Platz ...“ machen wir genau das, was der Seriename verspricht: Wir verschaffen Ihnen einen Platz im „Dialogzentrum Leben im Alter (DZLA)“.

An jedem dritten Donnerstag im Monat wartet „Ihr Platz ...“ auf Sie. Ob Einzelperson, Forschungsinstitution, Pflegeanbieter oder ... oder ... oder ... Einzige Voraussetzung: Sie produzieren den Beitrag – in egal welchem Format – in Absprache mit uns und wir begleiten Sie redaktionell. Das letzte Wort, ob der Beitrag veröffentlicht wird, allerdings liegt bei uns. Darum sprechen wir vor der Produktion miteinander.

### SIE HABEN EINE IDEE?

Nähere Informationen: <https://dzla.de/ihr-platz-im-dzla/>

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

---

# Neues aus dem DNQP

Im DNQP wurden in den letzten Wochen zwei Projekte auf die Zielgerade gebracht. Die beiden Expertenstandards zum chronischen und zum akuten Schmerz wurden seit 2018 von einer Expertenarbeitsgruppe gemeinsam aktualisiert und zu einem gemeinsamen Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege zusammengefasst. Der Auszug aus dem Expertenstandard, die Anlagen zur Literaturstudie sowie das Auditinstrument zum Expertenstandard stehen zum [Download](#) zur Verfügung, die vollständige Veröffentlichung kann ab sofort über die [Homepage des DNQP](#) bestellt werden.

Darüber hinaus läuft derzeit die öffentliche Konsultationsphase zur 1. Aktualisierung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, der vom DNQP im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 SGB XI seit Mitte letzten Jahres von einer Expertenarbeitsgruppe auf seine Aktualität geprüft wurde. Der Entwurf des aktualisierten Expertenstandards steht zusammen mit den Kommentierungen und der aktuellen Literaturstudie auf der [Homepage des DNQP](#) zur Verfügung. Rückmeldungen zu dem Entwurf können noch bis 06. September 2020 per [E-Mail](#) an das DNQP gerichtet werden.

Weitere Informationen zum DNQP finden sich unter: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de).

---

# **ForschungsNewsletter (August 2020)**

---

## Editorial - ForschungsNewsletter

Mit unserem (Forschungs-)Newsletter des DZLA wollen wir Ihnen regelmäßig alle 3 Monate eine Auswahl von 15 Studien aus dem Forschungsfeld Gerontopsychiatrie vorstellen. Dies ist ein weites Feld mit einer sehr breiten Palette von Themen. Wir hoffen mit der einen oder anderen Auswahl Ihr Interesse getroffen zu haben. Falls nicht, geben Sie uns einen Hinweis, was Sie interessiert. Gerne gehen wir dem nach. An dieser Stelle möchten wir Sie darauf hinweisen, dass sowohl Auswahl als auch Zusammenfassung der einzelnen Studien subjektiv sind und nicht das Lesen der Originalstudien ersetzen. Zu diesem Zweck sind jeweils die Originalquellen verzeichnet.

Ihr Team des DZLA

### **Zunächst eine kurze Übersicht zu den vorgestellten Studien:**

Dieser Newsletter umfasst zwei Schwerpunkte: Mitarbeiter\*innen und Teams in der gerontopsychiatrischen Arbeit sowie Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Mit dem ersten Schwerpunkt möchten wir Sie auf unsere Tagung ‚Das Team als Therapeuticum‘ am 04.11.2020 an der Hochschule Osnabrück einstimmen.

### ***Teams in der gerontopsychiatrischen Arbeit***

Der wichtigste Milieufaktor oder auch, wenn man will, das wichtigste Medikament für gerontopsychiatrisch veränderte BewohnerInnen sind die Menschen, die sie umgeben und für sie sorgen. Dies sind in erster Linie die An- und Zugehörigen, in zweiter Linie die professionellen MitarbeiterInnen: Pflegende, Betreuende, Ärzte, Therapeuten. Aus vielen Studien zur Pflege und Therapie ist bekannt, dass es die unspezifischen Effekte, also die Haltung und die Person der sorgenden Person sind, die einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung haben: eine Halt und Sicherheit vermittelnde, zugewandte Haltung. Dazu gehört, mit den Klienten im Kontakt zu bleiben und eine Allianz zu bilden (‚alliance is true compliance‘), Hoffnung, Sinn und Perspektive, zuweilen auch Trost zu vermitteln, unabhängig von der Patientenrolle eine positiv besetzte Identität zu pflegen (‚ich bin nicht nur meine Depression‘), Empowerment zu betreiben – vermitteln, was hilfreich ist, was Kontrolle ermöglicht, welche

---

Gelegenheiten zu nutzen und zu meiden sind, sowie die eigene Erkrankung zu verstehen helfen, so dies möglich ist (Psychoedukation).

Den Auftakt macht eine Studie, die überblicksartig verschiedene Aspekte der Arbeitsmotivation zusammenfasst. Besonders hervorgehoben werden eine unterstützende Arbeitsumgebung sowie die Leitungs- und Führungsqualität. Freiräume und Verantwortung zählen mitunter mehr als finanzielle Entschädigung. Eine angehängte niederländische Studie macht deutlich: je hoffnungsvoller die Mitarbeitenden, desto höher fiel das Wohlbefinden der BewohnerInnen aus. (1)

Die kanadische Studie zum moralischen Stress zeigt auf, dass es die ‚front-line-workers‘, also zumeist die Pflegeassistentinnen sind, die am moralischen Stress leiden und diesem ungeschützt ausgesetzt sind. Sie erleben hautnah, dass das, was sie tun, für die Klienten nicht ausreicht. Häufiger Personalwechsel ist die Folge. Examierte haben andere Quellen, um die berufliche Zufriedenheit aufrecht zu erhalten. (2)

Auch die dritte Studie geht Themen der Pflegeassistenten nach. Pflegeassistenten haben eigene subjektive Pflege-theorien, gemäß derer das Pflegen eine natürliche Begabung darstellt. Nur wenn diese vorhanden sei, nutze Fortbildung etwas. Zu pflegen sei wie ein Schicksal, eine Droge, von der man – trotz widriger Umstände – nicht lassen könne. KollegInnen und Team bilden den entscheidenden motivationalen Hintergrund für die eigene Arbeit. Dort findet sich ein Fundus von Lösungsmöglichkeiten für Klienten und für sich selbst, auf die man zurückgreifen kann. Interessant dabei: bisherige Pflege-theorien nehmen wenig Bezug auf die subjektiven Theorien von Pflegeassistenten. Vielleicht erklärt dies zum Teil, warum der Teamfrage bisher wenig Aufmerksamkeit zuteil wurde. (3)

Teams, in denen man einander gut hilft, sind auch innovativ. Ein prosoziales Teamklima ist als für die Anpassungsprozesse einer Organisation von hoher Bedeutung. Für Leitungen bedeutet dies: Teams muss genügend Zeit und Raum gewährt werden, um einander gut kennen zu lernen und sich in Wissen, Haltung und Fertigkeiten aufeinander einzustellen. (4)

Die Bedeutung der Fortbildung für die Personalentwicklung ist umstritten. Die englische Studie zeigt, wie Pflegende Fortbildungen beurteilen: kleine Gruppen, interaktive Methoden, Nachfolgetreffen und beständige Anpassung an die Lernbedürfnisse werden positiv bewertet. Nebenbei: e-learning kommt gar nicht gut an! (5)

Über die Lernbedarfe von ambulant Pflegenden ist wenig bekannt. Die Studie beschreibt, dass bestehende Lernprogramme wenig für die multiethnische Gruppe von Pflegeassistentinnen geeignet sind, die in der Regel die Hauptlast der ambulanten

---

Pflege tragen. Insbesondere psychiatrische Krankheitsbilder sind weitgehend unbekannt, so dass sich die Pflegenden den Angriffen der Klienten häufig ausgeliefert sehen und nicht wissen, wie sie sich selbst emotional regulieren können. Dieses Wissen sollte eher arbeitsbegleitend und weniger seminaristisch vermittelt werden. (6)

Für spanische KollegInnen erwies sich die aktive Einbeziehung von Menschen mit Demenz an der Pflegeplanung als Schlüsselmoment für die eigene Haltung. Man begann, die eigenen Prioritäten zu hinterfragen und die Art, wie man über Klienten spricht, nachhaltig zu verändern. Die konkrete Gegenwart von Menschen mit Demenz in der Planung trug wesentlich zu einer personenzentrierten Haltung bei. (7)

Pflegende scheinen sich selbst bewusst die Erlaubnis geben zu müssen, sich gut um sich selbst zu kümmern. ‚Hartverdrahtete‘ Pflegende schauen derart ausschließlich auf Bedürfnisse anderer, dass sie sich selbst nur mit Mühe in den Blick bekommen. Das Team erweist sich als wichtige Stütze, um sich sicher und geschützt zu fühlen. Oft sei man einem Ansturm ausgesetzt, der einen ‚ausdünnen‘ lasse – wie zu wenig Butter auf zu viel Brot verteilt. Selbstpflege der Pflegenden, so das Fazit, müsse sehr früh in der beruflichen Sozialisation verankert werden. (8)

Es ist schon bemerkenswert: von all den schönen evidenzbasierten Interventionen für Menschen mit Demenz halten die Pflegenden recht wenig. Wichtiger sei es, jeden individuell zu behandeln, für Schmerzfreiheit zu sorgen, sich Zeit für Gespräche zu nehmen, auch, um den Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen nachgehen zu können. Schulungen sind nicht unwichtig, spielen aber für den Umgang eine eher marginale Rolle. Auch hier erneut: e-learning kommt nicht gut an! (9)

### ***Demenz und Krankenhaus***

Demenz und Krankenhaus können nicht gut miteinander! Die funktionale Orientierung gibt Pflegenden und Menschen mit Demenz wenig Chancen. In der Regel steht die akute Diagnose im Zentrum einer standardisierten Behandlungsplanung, die Demenz nur als Störfaktor wahrnimmt. Dass der Patient sich nicht anpassen und die Krankenrolle nur ungenügend einnehmen kann, bildet einen unlösbaren Widerspruch zu den Normerwartungen. Wer sich nicht fügt, gehört nicht hierher- oder aber, er wird gefügig gemacht. Das Handeln – medizinisch, pflegerisch, ökonomisch - ist ‚geschlossen‘, Raum für lebensgeschichtliche Perspektiven und Verhandlungen nicht vorhanden. Wo nur der Körper zählt, da haben subjektive Bedürfnisse und Befindlichkeiten als Randerscheinungen keine Bedeutung. Patienten mit Demenz sind daher wenig beliebt, erbringen wenig Gewinn, werden eher gemieden oder sediert. All dies ist unabdingbare



---

Folge der Systemverhältnisse, an denen die Beteiligten zunächst einmal wenig ändern können.

In den letzten Jahren wird diesen Zusammenhängen international vertiefte Aufmerksamkeit zuteil. Hier nun eine Auswahl von Arbeiten aus der jüngsten Zeit:

Angehörige kennen Menschen mit Demenz zumeist am besten, was also wäre naheliegender, als diese eng in die Pflege und Planung miteinzubeziehen? Tatsächlich werden sie nur in Krisensituationen hinzugezogen wie z.B. Nahrungsverweigerung oder ‚Stationsflüchtigkeit‘. Gibt es keine Schwierigkeiten, dann wird auch nicht nachgefragt. Häufig ist die Einbeziehung auch zufällig: gerät man an den richtigen Mitarbeiter, dann gelingt sie zuweilen. Konzeptuell gesteuert ist sie selten. (10)

Eine grösser angelegte britische Studie untersucht, welche Interventionen unter welchen Umständen welche Wirkungen aufgrund welcher Faktoren haben. Es ist wichtig zu wissen, wie und warum etwas wirkt. Die Studie bezieht sich auf Daten von 2 Krankenhausorganisationen, die erhebliche Mittel in den Versuch eines demenzadäquaten Krankenhauses investiert haben. Ein kritisches Ergebnis: Pflegende im Krankenhaus arbeiten zumeist ungern mit Menschen mit Demenz und betrachten eine dahingehende Qualifikation mitunter als Karrierehindernis. Dennoch: gibt man Mitarbeiterinnen die Erlaubnis und den Handlungsspielraum, anders zu arbeiten, dann wird vieles möglich. Und wiederum: es sind die Pflegeassistenten, welche danach verlangen, demenzadäquat zu arbeiten. (11)

Vorliegende qualitative Studie aus England ist nur mit Mühe zu ertragen: es werden die alltäglichen Grausamkeiten im Krankenhaus beschrieben, die im Umgang mit Menschen mit Demenz real beobachtet wurden. Alles Verhalten, das nicht den Normerwartungen (‚Tourenplan‘) entspricht, gilt als Abwehr, als Widerstand, der um jeden Preis gebrochen werden muss. Eigenständigkeit wird als Abwehr gedeutet, welche Übernahme und Zwang erfordern, was erneut Abhängigkeit verstärkt und betonierte – ein sich selbst erfüllender Teufelskreislauf. (12)

Es kann aber auch gelingen, Systeme zu verändern. Ein gutes Beispiel dafür bildet das kanadische Programm zur Vorbereitung eines Krankenhausaufenthaltes. Insgesamt geht das Programm davon aus: jeder Mensch mit Demenz muss irgendwann ins Krankenhaus, also ist es sinnvoll, auf diese Situation gut vorbereitet zu sein. Je besser die Vorbereitung, desto eher lässt sich Selbstbestimmung ein Stückweit zurückgewinnen. (13)

In der Regel werden Sitzwachen bei Menschen mit Demenz eingesetzt, die agitiert, suizidal oder delirös erscheinen. Diese Aufgabe wird zumeist von Pflegeassistentinnen

---

durchgeführt, die oft mit der Situation und dem Verhalten überfordert sind. Krankenhäuser mit speziellen Abteilungen können zumeist gut auf Sitzwachen verzichten, da sie andere Möglichkeiten entwickelt haben, den Tag und die Nacht für ihre Klienten zu strukturieren. (14)

Zum Abschluss dieses Newsletters noch eine vielleicht ungewöhnliche Studie zu der Frage: was machen psychiatrisch Pflegende eigentlich? Im Kern besteht die Pflege darin, dass der Klient lernt, sich selbst zu helfen, zu motivieren, zu ‚behandeln‘, also zum Experten seiner eigenen Verfassung wird. (15)

Wir hoffen, Sie mit diesem Newsletter für das Thema Team und Krankenhaus interessiert zu haben und wünschen uns, wie immer, Rückmeldungen, Fragen, Anregungen.

Christian Müller-Hergl, Osnabrück im August 2020

---

## Studien

---

## Inhaltsverzeichnis Studien

(1)	EINE GUTE ARBEIT MACHEN ZU KÖNNEN IST DIE BESTE ARBEITSMOTIVATION .....	21
(2)	PERSONALMANGEL BILDET DIE WICHTIGSTE URSACHE FÜR MORALISCHEN STRESS IN DER PFLEGE .....	25
(3)	KÜMMERN UND PFLEGEN ALS TEIL DER IDENTITÄT .....	29
(4)	DER TEAMPROZESS ‚EINANDER HELFEN‘ IST ENTSCHEIDEND FÜR INNOVATIONEN.....	32
(5)	DER KONTEXT EINER FORTBILDUNG IST GENAUSO WICHTIG WIE DIE INHALTE .....	34
(6)	PFLEGEASSISTENTEN LERNEN AM LIEBSTEN VON ERFAHRENE KOLLEGEN .....	36
(7)	DIE MITWIRKUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ BEI DER PFLEGEPLANUNG VERÄNDERT DIE HALTUNG VON PFLEGENDEN NACHHALTIG .....	39
(8)	MITGEFÜHL FÜR ANDERE BENÖTIGT SELBSTPFLEGE.....	41
(9)	GUTER UMGANG IST WICHTIGER ALS SPEZIFISCHE INTERVENTIONEN, WENN ES UM HERAUSFORDERNDES VERHALTEN GEHT ..	44
(10)	DIE EINBEZIEHUNG DER ANGEHÖRIGEN VON MENSCHEN MIT DEMENZ BEIM SPITALAUFENTHALT ERFOLGT ZUMEIST OHNE KONZEPT.....	48
(11)	QUALIFIZIERTE DEMENZPFLEGE IM KRANKENHAUS WIRD VON PFLEGENDEN ZUWEILEN ALS KARRIEREBLOCKADE EMPFUNDEN 51	
(12)	JEDE STÖRUNG VORGEGEBENER ABLÄUFE SEITENS PATIENTEN MIT DEMENZ WIRD IM KRANKENHAUS ALS ABWEHRVERHALTEN INTERPRETIERT .....	55
(13)	GUTE VORBEREITUNG HILFT BEI DER NOTAUFNAHME .....	59
(14)	SITZWACHEN KOMMEN ZUMEIST BEI MENSCHEN MIT DEMENZ MIT HERAUSFORDERNDEM VERHALTEN ZUM EINSATZ .....	63
(15)	PSYCHIATRISCH PFLEGENDE ARBEITEN IM KERN AN DER SELBSTMOTIVATION DES KLIENTEN .....	65

---

## (1) Eine gute Arbeit machen zu können ist die beste Arbeitsmotivation

**Ziel/Hintergrund:** Professionell Pflegende sind für den Alltag von Menschen mit Demenz von großer Bedeutung. Ein Text der Alzheimer Gesellschaft USA nennt Mitarbeiter die die mit Abstand wichtigste Determinante für die Lebensqualität. Sie lernen die Klienten persönlich und intim kennen und bemerken oft als erste kognitive, emotionale Veränderungen und Schmerzen. Zurzeit machen zwei Entwicklungen Sorge: die Bereitschaft naher Angehöriger zur häuslichen Pflege nimmt ab und professionell Pflegende sind immer schwerer zu finden.

**Methoden:** Es handelt sich um eine US-amerikanische Literaturstudie zu verschiedenen Aspekten professionell Pflegender, die in unterschiedlichen Versorgungssettings arbeiten.

**Resultate:** Die Ergebnisse werden in sieben Kapiteln zusammengefasst.

### Personaleinsatz

Jenseits der rechtlich vorgegebenen Quoten soll der Personaleinsatz den Bedürfnislagen der Klienten angepasst werden. Dies setzt hohe zeitliche Flexibilität der Mitarbeitenden und der Organisation voraus, damit mit den Klienten genügend Zeit, gemeinsam gegessen und spazieren gegangen werden kann. Einige Studien belegen, dass zeitlich flexible Dienstzeiten sowie Teilzeitbeschäftigung die Gewinnung verbessern sowie Mitarbeiterwechsel und krankheitsbedingte Ausfälle reduzieren.

### Schulungen/Training

Schulungen werden allerorts angemahnt und kreisen zumeist um Aspekte personenzentrierter Pflege und Umgang mit neuropsychiatrischen Symptomen. In Hinblick auf *Mitarbeiter* führen Schulungen zum Wissenszuwachs, weniger zur Veränderung von Haltungen, Stresserleben oder Arbeitszufriedenheit. Nachgehende Reflexionstage, anschließende Fallbesprechungen sowie der Einsatz von Methoden erfahrungsorientierten Lernens erhöhen den Fortbildungseffekt deutlich und verbessern die Fähigkeit, Beziehungen zu Klienten aufzubauen. In Hinblick auf *Klienten* sind Effekte von Schulungen am ehesten in Bezug auf Umgang mit herausforderndem Verhalten und Schmerzen, insgesamt aber eher selten festzustellen. Die Einbeziehung des Managements, Gelegenheiten zu Fallarbeit/Supervision, die Einbettung in längere Entwicklungsprogramme sowie ein ‚train-the-trainer‘ Programm (bestimmte Mitarbeiter werden geschult, andere Mitarbeiter fortzubilden bzw. in der Praxis zu begleiten) lassen vermehrt Effekte auch bei Klienten erkennen.

---

### Entschädigung

Finanzielle Entschädigung spielt eine wichtige Rolle, wichtiger aber erweisen sich Faktoren wie Arbeitslast, Ressourcen (bes. Personalressourcen), Übertragung von Verantwortung („empowerment“) und Freiräume in der Gestaltung des Arbeitsauftrages. Sinnvoll erlebte Arbeit zählt mehr als Gehalt.

### Unterstützende Arbeitsumgebung

Die Menschen gut versorgen zu können stärkt die intrinsische Arbeitsmotivation. Die Unterstützung der unmittelbaren Vorgesetzten wird als entscheidend dafür betrachtet. Wichtig hierfür wird die Zeit angesehen, die Vorgesetzte für die Beziehungsgestaltung einräumen sowie Möglichkeiten, die Arbeit mit und die Beziehung zu den Klienten in der Gruppe reflektieren zu können.

### Karriere und Mitarbeiterbindung

Gesehen werden, Anerkennung finden, Fortbildungen finanziert zu bekommen und angemessene Entlohnung bestimmen die Arbeitszufriedenheit. Besonders wirksam erweisen sich Programme, in denen Mitarbeiter für besonderen Aufgaben gezielt ausgesucht und vorbereitet werden und anschließend spezielle Rollen wahrnehmen („Spezialisten“).

### Familien

Kennen Mitarbeiter die Lebensgeschichte der Klienten, dann können Pflegende besser die Person verstehen, an sie „andocken“ und Pflegesituation besser bewältigen. Eine enge Zusammenarbeit der Pflegekraft mit den Angehörigen, insbesondere im Rahmen von Bezugspflege, wird dabei von den Pflegenden zumeist als Gewinn betrachtet. Anerkennung seitens der Familie hebt die Arbeitszufriedenheit deutlich.

### Weitere Erkenntnisse zur Verbesserung der Mitarbeiterqualität

Leistungs- und Führungsqualität wirken sich entscheidend auf Arbeitszufriedenheit aus. Entscheidend dafür wird eine starke, stabile und entschiedene Führung zusammen mit einer entschiedenen Personzentrierung angesehen. Die Bedeutung von Führung für die Arbeitszufriedenheit in der Demenzzpflege wird zwar immer wieder in Forschungen betont, die besondere Eigenart und Qualität dieser Führung gilt aber als wenig beforscht. Neben einem guten Informationsmanagement streichen die Autoren die formelle und informelle Kommunikationsqualität hervor, besonders in Bezug auf die Bewältigung konkret herausfordernder Pflegesituationen.

**Diskussion:** Abschließend thematisieren die Autoren noch die Bedeutung der Themen: Wissen nicht nur zu schulen, sondern auch zu erhalten; Gelegenheit geben, die Klienten

---

gut kennenzulernen; auch wenn formell nicht eingefordert müssen sich Einrichtungen mit speziellen Programmen für Menschen mit Demenz auseinandersetzen und Mitarbeiter dafür qualifizieren; da es immer schwieriger wird, neue Mitarbeiter zu gewinnen, muss deren Beibehalt und Bindung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

**Quelle:** Glister, S., Bolz, M., Dalessandro, J. (2018). Long-Term Care Workforce Issues: Practice Principles for Quality Dementia Care. *The Gerontologist*, 58(S1), 103-113

**Schlagworte:** Personenzentrierte Pflege, Mitarbeiter, Qualität

**Vgl.:** Gerritsen, D.L., van Beek, A.P.A., Woods, R.T. (2018). Relationship of care staff attitudes with social well-being and challenging behavior of nursing home residents with dementia: a cross sectional study. *Aging & Mental Health*, 23(11), 1517-1523

Die Studie geht möglichen Zusammenhängen zwischen einerseits sozialem Wohlbefinden und herausforderndem Verhalten seitens Heimbewohner, sowie andererseits personenzentrierten Haltungen von Mitarbeitenden nach. Verschiedene Studien legen einen Zusammenhang zwischen Mitarbeiterhaltung und Befinden der Bewohner nahe: Mitarbeiterhaltungen, geprägt von Hoffnung und Zuversicht, gehen mit höherer Lebensqualität der Bewohner einher.

In der vorliegenden niederländischen Querschnittsstudie werden Mitarbeitende aus 15 Einrichtungen befragt. Alle Einrichtungen sind im Aufbau spezieller Projekte für Menschen mit Demenz begriffen. Daten von 291 Mitarbeitenden (65% der Angefragten) sowie von 239 Heimbewohnern mit mittelschwerer Demenz (60% der Bewohner der Heime) konnten einbezogen werden.

In den Einrichtungen fielen die Zusammenhänge deutlich verschieden aus. Geringes soziales Wohlbefinden ging in der Regel mit mehr herausforderndem Verhalten einher. Personen, die vergleichsweise älter waren, erst kürzlich eingezogen waren, vergleichsweise höheres kognitives Funktionieren aufwiesen, zeigten höheres soziales Wohlbefinden und weniger herausforderndes Verhalten. Insgesamt veränderten diese Charakteristika der Bewohner aber nicht den Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und Verhalten. In Einrichtungen, in denen die Mitarbeitenden eine ausgeprägt hoffnungsvolle Haltung den Bewohnern entgegenbrachten, fiel das soziale Wohlbefinden der Bewohner höher und das herausfordernde Verhalten geringer aus.

---

Die Autoren warnen davor, die Ergebnisse zu überbewerten. Eine Querschnittsstudie kann nicht ausschließen, dass die Kausalität umgekehrt ausfiel: weil das soziale Wohlbefinden der Bewohner in einigen Einrichtungen höher und das Verhalten geringer ausfiel, zeigten die Mitarbeitenden mehr hoffnungsvolle Haltungen. Zugleich waren es oft die nach ihrer Haltung befragten Mitarbeiter, die zugleich auch das soziale Wohlbefinden und Verhalten der Bewohner einschätzten. Eher hoffnungsvoll gestimmte Mitarbeiter mögen das Verhalten positiver sehen und das Befinden der Bewohner positiv überschätzen.

Die Autoren empfehlen folgerichtig, diesen Zusammenhängen in einer Langzeitstudie auf die Spur zu kommen.



---

## (2) Personalmangel bildet die wichtigste Ursache für moralischen Stress in der Pflege

**Ziel/Hintergrund:** Die zunehmende Anzahl von Menschen mit schwerer Demenz („rising tide“) wirkt sich auf die physische und psychische Gesundheit von professionell Pflegenden aus. Der damit einhergehende Stress wird häufig als ‚moralischer Stress‘ bezeichnet: die Pflegende ist sich eines moralischen Problems bewusst, akzeptiert eine damit verbundene Verantwortlichkeit, trifft eine Entscheidung und empfindet in der Folge, aufgrund realer oder wahrgenommener Einschränkungen (z.B. ihrer Autonomie oder Ressourcen), Anteil an der damit einhergehenden moralischen Schuld. Häufig wird in der Literatur<sup>1</sup> zwischen *initialen oder aktuellen moralischen Stress* und *reaktiven moralischem Stress (Stress nach einem Ereignis)* unterschieden.

Vorliegende Studie aus Kanada stellt Ergebnisse einer Befragung von Pflegenden dar.

**Methoden:** Mitarbeiter aus 30 Einrichtungen der Langzeitpflege erhielten einen Fragebogen zum moralischen Stress in der Pflege. Der verwendete Fragebogen wird beschrieben: dieser enthält Fragen zu spezifischen Situationen, der Schwere des Stresses, den damit einhergehenden Konsequenzen (z.B. Arbeitszufriedenheit), der Wirksamkeit kompensierender Strategien. Häufigkeit und Schwere bzw. Nützlichkeit können auf einer 5-stelligen Skala notiert werden.

**Resultate:** 389 Fragebögen konnten ausgewertet werden. Moralischer Stress wurde mindestens 1x in der Woche, zumeist häufiger erlebt. Am schwierigsten: Mangelhafte oder fehlende Pflege erleben, weil es an Mitarbeitern fehlt; sich in der Pflege aus Zeitnot übermäßig beeilen; eine geringe Lebensqualität der Bewohner aufgrund fehlender Aktivitäten wahrnehmen; eine schlechte Pflege hinnehmen müssen, weil Angehörige das Notwendigste nicht beibringen.

Deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung hingen mit der Funktion und Rolle der Teilnehmenden zusammen. In Kanada wird die direkte Körperpflege überwiegend von nicht ausgebildeten Assistenten durchgeführt, die auch am häufigsten über schweren moralischen Stress berichteten. Je geringer der Status des Mitarbeitenden, desto häufiger und schwerer war die Person moralischem Stress ausgesetzt. Mangelnde

---

<sup>1</sup> Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984

---

Aktivitäten wurden eher von examinierten/diplomierten Pflegenden mit moralischem Stress in Verbindung gebracht, ungelernte Kräfte beklagten dagegen Schwierigkeiten, welchen Bewohner angesichts gleichwertiger Notlagen man zuerst pflegen sollte sowie den Druck, die Pflege massiv beschleunigen zu müssen.

Personalmangel wurde insgesamt am häufigsten mit moralischem Stress in Verbindung gebracht und bildete zugleich Anlass für die schwersten Ausprägungen von moralischem Stress. Mangelnder Respekt gegenüber Bewohnern sowie Beschleunigung der Pflege wurden zumeist als Folge des Personalmangels eingeschätzt.

40% bekundeten, dass moralischer Stress die Arbeitszufriedenheit erheblich, 35,6% mittelschwer beeinträchtigt. Je geringer der Status, desto eher bildete moralischer Stress den Anlass zu überlegen, diese Art der Arbeit aufzugeben.

**Diskussion:** Moralischer Stress ist eng mit Pflegearbeit bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege verbunden. Er kann als Ergebnis von Personalmangel, mangelnder Beschäftigung, fehlenden Wissens und ungeeigneter materiellen Ressourcen verstanden werden. Personalmangel bedingt, dass viele eigentlich notwendige pflegerische Aufgaben schlecht oder gar nicht durchgeführt werden. Ungelernte Mitarbeiter sind diesem Stress am ehesten ungeschützt ausgeliefert, während besser Qualifizierte sich der Körperpflegesituation eher entziehen können und sich daher auch vergleichsweise zufriedener äußern. Deren Zufriedenheit wird weniger mit der besseren Ausbildung, sondern mit besseren Rückzugsmöglichkeiten („Bettferne“) in Verbindung gebracht. Ungelernte Pflegekräfte geraten damit ungeschützt in eine „double-bind“ Situation: sie erfahren die Defizite und das damit einhergehende Leid sehr unmittelbar, haben aber aufgrund ihrer untergeordneten Position die geringsten Möglichkeiten, diesem Mangel abzuweichen. Die geringe Autonomie zusammen mit moralischer Sensibilität führen dazu, unlösbaren Stresssituationen kontinuierlich und ohnmächtig ausgesetzt zu sein.

Abhilfe kann auf der Ebene des Einzelnen nur ungenügend erfolgen. Es handelt sich um ein Systemproblem, der moralischen Stress immer wieder zuverlässig erzeugt und damit zur niedrigen Arbeitszufriedenheit und Personalwechsel erheblich beiträgt.

Abschließend zitieren die Autoren C. Varcoe: moralischer Stress im Heim sei wie der Kanarienvogel in der Kohlenmine (Gas!) – beide geben Alarm, weil breit angelegte Kontextfaktoren die Fähigkeiten der Pflegenden tangieren, ethisch verantwortlich im besten Interesse ihrer Klienten zu handeln.

---

**Quelle:** Pijl-Zieber, E., Awosoga, O., Lapins, J., et al, (2018). Caring in the wake of the rising tide: Moral distress in residential nursing care of people living with dementia. *Dementia*, 17(3), 315-336

**Schlagworte:** Moralischer Stress, professionelle Pflege, Langzeitpflege

**Vgl.:** Spenceley, S., Witcher, C. et al. (2017). Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. *Dementia*, 16(7), 815-834

In der qualitativen, beschreibenden Studie aus Kanada wurden 18 Pflegenden der Langzeitpflege von Menschen mit Demenz zum moralischen Stress in der Pflege befragt. Als zentrale Kategorie wurde der Begriff ‚feststecken‘ (being stuck) herausgearbeitet und in 6 Aspekten differenziert:

Widersprüchliche Erwartungen: Die Pflegenden reklamieren für sich, ‚eigentlich‘ zu wissen, was ihre Klienten brauchen. Sie begründen dies mit dem engen täglichen Kontakt. Die Wahrnehmungen der Pflegenden stimmen häufig nicht mit denen der Angehörigen oder der Ärzte überein. Pflegende sehen sich aber gezwungen, die eigenen Vorstellungen bezüglich der Klienten Bedürfnisse zugunsten der Angehörigen und Ärzte zurückzustellen.

Schweigen: Assistenzpflegende erleben häufig, dass ihren Beobachtungen wenig Gehör geschenkt wird. Zugleich fürchten sie, negative Konsequenzen zu gegenwärtigen, wenn sie offen ihre Meinung bekunden.

Fehlende Verantwortung: Pflegende beobachten immer wieder, dass KollegInnen Klienten Bedürfnisse nicht beachten und qualitativ schlechte Versorgung erbringen. Auch wenn dies gegenüber Vorgesetzten angesprochen wird, hat dies selten erkennbare Konsequenzen. Zudem fehlt es häufig an Wissen, ohne dass Fortbildungen erfolgen.

Leistungsversagen: Auch Leitende ‚stecken fest‘. Manchen wollen die konkreten Probleme vor Ort gar nicht hören, andere werden als hilf- und ratlos erlebt. Mängel wurden immer wieder berichtet, ohne dass Konsequenzen gezogen werden.

Falsches Pflegemodell: Die Aufgabenorientierung, Hygiene und funktionale Pflege dominieren den Alltag, der Personalmangel treibe die Pflege immer mehr in ein funktionales Arbeitsverständnis. Dies erschwert die Betreuung und den Umgang mit Menschen, die herausforderndes Verhalten zeigen. Die Klienten werden an das System angepasst, nicht das System an die Klienten. In der Folge werde vermehrt zu Psychopharmaka gegriffen.

---

Funktion toppt Berührung: Die Beschleunigung der Pflege führe dazu, Bedürfnisse weniger wahrzunehmen, eher ‚trinkbare‘ Mahlzeiten zu verabreichen als Speisen zu anzureichen, Medikamente regelmäßig und auf Dauer unter das Essen zu mischen, Klienten regelmäßig zu belügen und zu täuschen, um lästigen Fragen und Anliegen aus dem Weg zu gehen.

Die Autoren geben zu bedenken, dass die unmittelbare tägliche Nähe zu den Klienten über einen längeren Zeitraum die Einschätzung nähren, in privilegierter Weise zu wissen, was diese Klienten brauchen. Auch wenn diese Einschätzung kritisch gesehen werden kann, kennzeichnet diese Einschätzung die ‚subjektive Theorie‘ der Pflegenden zur Pflegebeziehung und -situation. Pflegende übernehmen in der Langzeitpflege eine protektive Haltung ein und erleben sich zusammen mit den Klienten ‚marginalisiert‘: Sie beschreiben sich und die Klienten positioniert ‚am Ende der Nahrungskette‘.

**Vgl.:** Kada, O., Lesnik, T. (2019). Facetten von „moral distress“ im Pflegeheim. Eine qualitative Studie mit examinierten Pflegekräften. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 52, 743-750

Die österreichische Studie beschäftigt sich anhand der Auswertung von Interviews mit den Fragen, wie stark moralischer Stress im Pflegeheim erlebt wird, in welcher Form und in welchen Situationen sich dies zeigt, welche externen und internen Barrieren, Quellen und Ursachen damit verbunden sind und welche Ressourcen dabei helfen, moralischen Stress zu vermeiden.

Typische auslösende Situationen bilden unnötige Therapien am Lebensende und damit verbundene unnötige Krankenhaustransporte dar. Auch der unprofessionelle Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz und allgemeiner, das Mitansehen und Erleben schlechter Pflege seitens der KollegInnen zählen dazu. Häufig werden erstgenannte Situationen durch Entscheidungen der Angehörigen oder Ärzte ausgelöst, angesichts derer sich die Pflegenden hilflos und ohnmächtig erleben. Es fehle einem oft die nötige Courage, einzuschreiten und zu widersprechen.

Man sei häufig alleine im Dienst, müsse in sehr schwierigen grenzwertigen Situationen allein entscheiden, könne den Arzt nicht erreichen und neige im Zweifelsfall dann eben doch zu einer Krankenseinweisung. Hier fehle es eben auch an medizinischem Wissen.

Neben positiven Rückmeldungen der Angehörigen und Bewohner sei es Berufserfahrung, Patientenverfügungen, Fortbildungen und Teilzeitbeschäftigung, die als Ressourcen aufgeführt werden. Fehlendes Personal und mangelhafte Führung spielen in all diese Faktoren hinein.

---

### (3) Kümmern und Pflegen als Teil der Identität

**Ziel/Hintergrund:** Die unmittelbare, patientennahe pflegerische Versorgung wird zumeist von an- oder ungelernten Pflegeassistenten wahrgenommen. Dies führt häufig zu Überlastungserscheinungen, die sich in Burnout, Gewalt gegenüber Klienten sowie Personalfuktuation niederschlagen. Bildung und Trainings können die psychische Gesundheit der Pflegenden beeinflussen. Allerdings spielen auch persönliche Faktoren eine wichtige Rolle, hier insbesondere die Selbstwirksamkeit: die Überzeugung, diejenigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und das Wissen zu besitzen, um eine gute Pflege gewährleisten zu können. Vorliegende Studie aus Großbritannien untersucht, welche Erfahrungen und Überzeugungen Pflegeassistentinnen vorbringen, die einen hohen Grad an Selbstwirksamkeit aufweisen – eine Art ‚subjektive Pflgetheorie‘. Ziel ist es herauszufinden, wie man diese erhöhen könnte.

**Methoden:** In sieben Pflegeheimen erhielten Pflegeassistenten einen Fragebogen, anhand dessen die selbsteingeschätzte Selbstwirksamkeit erhoben werden konnte. Insgesamt erfüllten 19 Personen die Kriterien einer hohen Selbstwirksamkeit, von denen 8 Personen aus 6 Einrichtungen einer weiteren Befragung zustimmten. In halb-strukturierten Einzelinterviews wurden die Teilnehmenden danach befragt, wie sie sich in der Rolle der Pflegenden erleben und was sie glauben, dass die Qualitäten ihrer Pflege ausmachen. Die qualitative Auswertung der Interviews wird beschrieben.

**Resultate:** Vier Hauptthemen konnten herausgearbeitet werden.

Zerrissen: Die Pflegenden schildern pflegerische Dilemmata, bei denen sie sich hin-und hergerissen fühlen: eine eingestuhlte Person gegen ihren Widerstand versorgen, Medikamente in Speisen verstecken, immer wieder eine Klientin mit dem Tod des Ehemanns konfrontieren (zu müssen) oder aber täuschen, bei gleichdringlichen Bedürfnislagen verschiedener Klienten eine Entscheidung treffen. Je erfahrener man sei, desto eher könne man diese Situationen managen bzw. ‚navigieren‘, vorhandene Leitlinien erschweren den Umgang eher bzw. bieten keine praktikablen Lösungen an.

Zusammengehörigkeit: Gern mit Kollegen und Bewohnern zusammen zu sein wird als wesentliche Quelle der Selbstwirksamkeit eingeschätzt. Alles hängt davon ab, mit wem man zusammenarbeite: im günstigen Fall könne man Probleme teilen, reflektieren, Unterstützung erfahren. Das enge Zusammensein von Pflegenden und Bewohnern werde familiengleich erfahren: man könne dies und wolle dies nicht vermeiden, es sei eine wesentliche Quelle der Arbeitsfreude und der Motivation. Den Klienten persönlich

---

nahe zu sein und Resonanz zu erhalten sei die bedeutsamste Form der Belohnung, aber auch eine Möglichkeit, Belastungen aus anderen Quellen zu vermindern und sich zu erholen.

Emotionale Einstimmung: In allen Interviews nehmen Empathie und Perspektivenübernahme einen breiten Raum ein. Zufriedenheit und Freude der Klienten sei wesentliche Quelle der eigenen Zufriedenheit und Freude – diese Gegenseitigkeit sei nicht zu vermeiden: das emotionale Spüren sei leitend für das, was und wie man etwas in der Pflege tue. So entwickle sich in der Situation ein Feingespür dafür, wieviel und welche Art von ‚Wahrheit‘ der Klient jetzt ertragen könne. Man versuche beständig, Situationen und Verhalten aus der Perspektive der Bewohner zu betrachten und dementsprechend zu ‚entschärfen‘, d.h. nicht als absichtsvoll zu bewerten. Die Befragten sind sich im hohen Masse bewusst, dass jeder Pflegende etwas im Klienten auslöst und damit wesentlich zur Situation und zu Verhalten beiträgt.

Kümmern und Pflege ist mehr als ein Job: Die Pflegenden beschreiben Pflege und Sich Kümmern als Teil ihrer Identität, ihres Wesens. Man könne dies nicht wirklich lernen, sondern sei dafür geboren – oder eben nicht. Dennoch sei Wissen wichtig, müsse aber auf der intuitiven Befähigung und Begabung aufsatteln, sonst nütze das Wissen nichts. Man habe seine eigenen, internen Standards und wisse, was gut und schlecht sei – und sei sich dabei auch mit anderen intuitiv und natürlich begabten Pflegenden (‚caring naturals‘) in der Regel einig. Je älter man selbst werde, desto besser könne man Leben und Empfinden der Klienten nachvollziehen. Die Erfahrung von Pflege präge auch die eigene Sicht auf viele Bereiche des privaten und öffentlichen Lebens. Pflege sei wie eine Droge: man sei als Person ganz und gar involviert in diese Tätigkeit, sie sei nicht ohne weiteres ersetzbar oder beliebig. Man müsse sich ganz und rückhaltlos einbringen und sich dem ‚Fluß‘ der Situationen und Begegnungen in der Pflege überlassen.

**Diskussion:** Die Bedeutung des Teams und der Teambeziehungen für die Pflegeassistentinnen kann nicht stark genug betont werden. Auf diesem Hintergrund entfalten sich die Klientenbeziehungen, aus denen ein Großteil der Motivation, der Belohnung, der Arbeits- und Lebenszufriedenheit gezogen werden. Zusammen genommen wird diese Gemeinschaft familienähnlich erfahren und mit ähnlichen affektiven Bindungen besetzt. Die Fähigkeit zu pflegen und zu kümmern wird als natürliche Begabung angesehen, die mit einem sicheren Gespür für das richtige und falsche Handeln einhergeht und mit der Pflegeerfahrung wächst und reift. Viele Einschätzungen decken sich mit Ansätzen personenzentrierter Pflege, wobei diese von den Assistentinnen kaum erwähnt werden. Die Autoren bemühen das Konzept der

---

‚ethischen Sensitivität‘ (Kathryn Weaver), das mit dem Gefühl einhergeht, auch schwierige Situationen (Dilemmata) gut bewältigen zu können. Die ethische Sensitivität bildet die Basis der Selbstwirksamkeit der Pflegeassistentinnen.

Maßnahmen, welche das Teamklima fördern und entwickeln, kommen besondere Bedeutung zu. Möglichkeiten sind Fallbesprechungen oder andere Formen der selbstgesteuerten oder fachlich begleiteten Beratung, die das Gefühl und das Bewusstsein von Gemeinschaftlichkeit, Zugehörigkeit und Selbstvertrauen fördern. Das Team formt dabei einen gemeinsamen und bewusst geteilten Fundus von Wissen, Haltungen und Fertigkeiten, aus der sich eine teamspezifische Wissenskreation entwickelt.

**Quelle:** Coates, A., Fossey, J. (2019). Self-efficacy in dementia care: Experiences from the care home context. *Dementia*, 18(2), 530-544

**Schlagworte:** Pflegeassistentinnen, subjektive Theorie, Befragung



---

#### (4) Der Teamprozess ‚Einander helfen‘ ist entscheidend für Innovationen

**Ziel/Hintergrund:** Im Gesundheitsbereich können viele Aufgaben nur innerhalb eines Teams bewältigt werden. Die Studie geht u.a. anhand der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Frage nach: Wie geschieht Innovation in Gesundheitsteams bzw. welche Rolle spielen Teamfaktoren bei Innovationen? Innovation ist die Fähigkeit, auf Bedarfe oder Druck die Dinge anders zu regeln. Dies zu können ist eine Schlüsselfähigkeit des Organisationserfolgs und bedeutet, sich durch Wissenskreation und Wissensintegration an neue Erfordernisse anpassen zu können. Die Autoren nehmen an: Innovation ist mit prosozialen Teamprozessen eng verbunden, insbesondere mit dem Teilen von Wissen und Informationen und gegenseitiger Hilfe – auch jenseits der üblichen Rollenverpflichtungen und routineartigen Hilfen. Dieser sogenannte ‚Teamaltruismus‘ stellt ein wesentliches Element der Motivationsprozesse dar, der ungünstige Rahmenbedingungen und Belastungen kompensieren hilft.

#### **Weitergehende Annahmen:**

Wissen zu *teilen* hängt davon ab, ob man den anderen vertraut, ob man mit Anerkennung/Belohnung rechnet, wie man die Personen im Team wahrnimmt.

Hypothese 1: Wissen zu teilen begünstigt Innovation.

Sich wechselseitig zu *helfen* hängt eng mit dem Teamklima zusammen, welches sich deutlich auf die Pflegequalität auswirkt. Man hilft einander besonders dann, wenn man sich vom Team und Vorgesetzten anerkannt und unterstützt erlebt. Dies wiederum ist eng verbunden mit der Art und Weise, wie im Team kommuniziert und interagiert und die Arbeit gemeinsam koordiniert wird.

Hypothese 2: Einander zu helfen begünstigt Innovation.

Unterschiedliche berufliche Hintergründe (*Diversität*) eröffnen potentiell viele verschiedene Perspektiven, wahrscheinlich aber nur dann, wenn die Teamprozesse (wie Wissen zu teilen und einander helfen) dies ermöglichen.

Hypothese 3: Wissen teilen und einander helfen sind besonders wichtig, damit Diversität zu Innovationen führt.

*Größere Teams* haben ein höheres Potential für Innovation, benötigen aber einen höheren Aufwand an Kommunikation und Koordination. Auch hier die Vermutung: Je besser Wissen geteilt und einander geholfen wird (prosoziale Teamprozesse), desto eher kann das Potential für Innovation gehoben werden.

Hypothese 4: Wissen teilen und einander helfen ist besonders wichtig, damit die Teamgröße Innovationen begünstigt.



---

**Methoden:** An der Untersuchung nahmen 72 Brustkrebsteam und 113 ambulant psychiatrische Teams teil, nur die Ergebnisse der letzteren werden hier berichtet. Mitglieder der Teams erhielten einen Fragebogen („Team Climate Inventory“), um die Faktoren „Wissen teilen“ und „einander helfen“ einzuschätzen. Innovationen wurden abgefragt und anschließend von einem Expertenteam ausgewertet.

**Resultate:** „Wissen teilen“ und „einander helfen“ sind beide unabhängig voneinander stark mit Innovation korreliert. „Einander helfen“ wirkt sich dabei für Innovationen stärker aus als „Wissen teilen“. (Modifizierte Bestätigung von Hypothesen 1 und 2) Unterschiedliche berufliche Hintergründe wirken sich dann für Innovation positiv aus, wenn Wissen teilen und einander helfen als hoch eingeschätzt werden. (Bestätigung Hypothese 3) Ähnliches gilt für die Größe des Teams: insbesondere „einander helfen“ ist bei großen Teams für Innovationen wichtig. (Modifizierte Bestätigung Hypothese 4)

**Diskussion:** Die Autoren sehen sich in ihren Annahmen bestätigt: Prosoziale Teamprozesse sind entscheidend für Innovationen, insbesondere „einander helfen“. Ein prosoziales Teamklima schafft eine günstige Umgebung, um neue Ideen umzusetzen, um in großen Teams Informationen zu teilen und die unterschiedlichen Kompetenzen verschiedener Berufe und damit verbundener Kompetenzen auch nutzen zu können. Praktisch gesehen bedeutet dies: Leitungen müssen Teams genügend formelle, aber auch informelle Möglichkeiten eröffnen, einander gut zu kennen sowie Wissen, Haltung und Fertigkeiten der anderen einschätzen zu können – eben um auf sie zugreifen zu können. Jedem Einzelnen stehen damit die Ressourcen der anderen zur Verfügung. Weiterhin sollten diese beiden Teamprozesse: „Wissen teilen“ und „einander helfen“ seitens der Leitung aktiv belobigt und belohnt werden, z.B. durch häufige positive Feedbacks.

**Quelle:** Moser, K., Dawson, J., West, M. (2019). Antecedents of team innovation in health care teams. *Creativity and Innovation Management*, 28(1), 72-81

**Schlagnworte:** Team, Innovation, Psychiatrie

---

## (5) Der Kontext einer Fortbildung ist genauso wichtig wie die Inhalte

**Ziel/Hintergrund:** Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter im Arbeitsfeld Demenz ist von entscheidender Bedeutung für die Pflegequalität. Wie aber muss die Fortbildung gestaltet sein, um eine Veränderung der Pflegepraxis möglichst wirksam voranzubringen? Bisherige Forschungen legen nahe, dass die Wirkungen der Fortbildung nicht lange anhalten und negativ durch unregelmäßige Teilnahme, mangelnde Unterstützung durch das Management und enge finanzielle Grenzen tangiert wird. Vorliegende Studie versucht, wirksame Elemente der Fortbildung zu identifizieren. Hierfür wurde drei Projekte ausgesucht, die im Rahmen eines nationalen, englischen Audit-Verfahrens als besonders praxiswirksam hervorgehoben wurden.

**Methoden:** Beschrieben wird das Auswahlverfahren, in dem Bewerber gemäß den englischen Standards für gutes Training im Arbeitsfeld Demenz (Dementia Training Standards Framework for England) gut abschnitten. Halb-strukturierte Interviews wurden mit den Referenten, den Demenzbeauftragten der Einrichtungen, den Heimleitungen sowie einzelnen Teilnehmenden und Teilnehmergruppen durchgeführt und ausgewertet. Fragen nach der Organisationskultur und den dort verankerten Lernprozessen, dem Ausbildungsdesign, der Art der Vermittlung sowie den Reaktionen der Teilnehmenden spielten dabei eine Rolle. Anhand der Beurteilung von Fallvignetten durch Fortbildungsteilnehmende wurden Lernprozesse abzubilden versucht. In den Arbeitsbereichen wurden teilnehmende Beobachtungen der Bewohner durchgeführt, um Hinweise auf Fortbildungseffekte zu erhalten (Dementia Care Mapping).

**Resultate:** Fortbildungen werden am besten beurteilt, wenn sie in Kleingruppen und in unmittelbarem Kontakt mit dem Fortbildner erfolgen (face-to-face). Interaktive Methoden mit Diskussionen anhand von Fallbeispielen, Videosequenzen oder anderen praktischen Übungen werden als besonders geeignet empfunden. Fortbildungen sollten der jeweiligen Rolle der Mitarbeiter angepasst werden: für Hauswirtschaft anders als für Pflegende. Nach dem Training ist es günstig, wenn es immer wieder Gelegenheit gibt, Inhalte mit dem Fortbildner nach zu besprechen, insbesondere in Bezug zu konkreten Fallsituationen. Das Training über mehrere Wochen in Einheiten von 2 Stunden zu verteilen wird als günstig beurteilt, da man in diesem Design nur kleine Schritte macht und konkret nachfragen kann. Besonders wirksam erweisen sich Methoden, sich mit den Klienten zu identifizieren und die Dinge aus ihren Augen zu betrachten. Der Fortbildner sollte sich laufend dem Lernprozess der Teilnehmenden

---

anpassen können und nicht starr an einem festgelegten Curriculum orientiert sein. Fortbildung kann immer nur eine Komponente in einem organisationalen Rahmen darstellen, um sich personenzentrierter Arbeit anzunähern: die Rolle der Leitung ist nicht zu unterschätzen, sowohl im Lernprozess selbst als auch bei der Umsetzung des Erlernten.

Insgesamt herrschte der Eindruck vor, dass sich herausforderndes Verhalten reduzierte; in jedem Fall reduzierte sich die Gabe von Psychopharmaka. In den beschulten Bereichen stieg bis auf eine Ausnahme die Anzahl der positiven Ereignisse. Diese konnten auf Interventionen zurückgeführt werden, die in unmittelbarer Nähe der Klienten durchgeführt wurden: Handmassagen, Tanzen, Musik, Arbeit mit Pflanzen und Tieren.

Während des Lernprozesses ist allzu viel Textmaterial nicht sinnvoll, da es davon ablenkt, dem Fortbildner zuzuhören. E-Learning kommt nicht gut an ebenso wie Rollenspiele und Arbeit an Texten, die man anschließend beurteilen soll. Je mehr die Teilnehmenden über Vorwissen verfügten, desto schlechter beurteilten sie den Effekt der Fortbildung: es ist wichtig, für Fortgeschrittene auch ein höheres Niveau anzustreben. Herausforderungen für Fortbildungen bilden Freistellungen, häufiger Personalwechsel und in der Folge wenig Zeit für die Umsetzung, weil immer wieder neues Personal angelernt werden muss.

**Diskussion:** Vor Beginn einer Fortbildung sollte der Kontext genauer in den Blick genommen werden: können die Mitarbeiter an allen Sitzungen teilnehmen, handelt es sich um eine Gruppe mit homogenen Lernbedürfnissen, welches Vorwissen liegt vor, liegt eine personenzentrierte Haltung und Pflegeausrichtung vor? Gibt es Personen, die eine Vorreiterrolle spielen („champion“) und die anderen mitziehen? Gute Räumlichkeiten, engagierte Leitende, Unterstützung von Mitarbeitern, kontinuierliche Teilnahme sowie konsequente Implementierung bilden wichtige Begleitfaktoren jeder Fortbildung. Fortbildner sollten dem Kontext der Fortbildung **genauso viel Aufmerksamkeit widmen wie den Inhalten selbst.**

**Quelle:** Surr, C., Sass, C., Oyeboode, J. et al. (2019). A collective case study of the features of impactful dementia training for care home staff. BMC Geriatrics 19:175, <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1186-z>

**Schlagworte:** Fortbildung, Implementierung, Lernmethoden

---

## (6) Pflegeassistenten lernen am liebsten von erfahrenen Kollegen

**Ziel/Hintergrund:** Psychische Erkrankungen im Alter gefährden den Verbleib in der eigenen Wohnung. Schätzungsweise leiden 40% aller Klienten in der ambulanten Pflege an psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angsterkrankungen. Die Klienten lassen häufig eine Krankheitseinsicht vermissen und melden entsprechenden Bedarf nicht an. Die Versorgung erfolgt in der Regel durch Pflegeassistenten, die ihrerseits häufig Ängste und Depressionen für normal und alterstypisch einschätzen, so dass Bedarfe nicht erkannt werden. Mangelndes theoretisches und praktisches Wissen führt häufig dazu, Symptome zu personalisieren, d.h. sie gegen sich gerichtet zu erleben und Klienten einen schlechten Charakter oder Boshaftigkeit zu unterstellen. Diese Kombination trägt zur beruflichen Unzufriedenheit und zur Berufsflucht deutlich bei. Vorliegende kanadische Studie untersucht, welchen Symptomen und Verhaltensweisen Pflegeassistenten begegnen, wie sie ihr Wissen und ihre Kompetenz im Umgang einschätzen und was sie glauben, für diese Arbeit zu benötigen. Weiterhin werden die Leitungen der ambulanten Dienste befragt, wie diese das Wissen und die Kompetenzen der Pflegeassistenten beurteilen.

**Methoden:** Es handelt sich um eine gemischte, qualitative und quantitative Studie. Teilnehmende werten Fragebögen aus und werden einzeln und in Gruppen befragt. Verschiedene Instrumente werden beschrieben, um die bei Klienten erlebten Symptome, das psychiatrische Wissen, die selbsteingeschätzte Kompetenz, bevorzugte hilfreiche Strategien und den Bedarf an Schulung und Trainings abzubilden.

**Resultate:** 29 Pflegeassistenten und 12 Leitende konnten einbezogen werden. Pflegeassistenten berichten, dass ihnen am häufigsten Einsamkeit, Gedächtnisschwund, Ängste und Depressivität begegnet. Während sie meinen, sich mit Demenz und Depression gut auszukennen, sind ihnen bipolare Störungen und Schizophrenie weitgehend unbekannt. Psychische Störungen, insbesondere Depressionen und Ängste, werden mehrheitlich für alterstypisch gehalten. So meinen sie auch, dass man im Alter eher charakterlich gemein („mean“) und trotzig („stubborn“) werde. Pflegeassistenten sind mehrheitlich zuversichtlich, mit psychisch kranken Menschen zurecht zu kommen. Allerdings beklagen sie, dass die Kommunikation mit zurückgezogenen und eher feindlich gesinnten Kunden schwierig sei, Sprachbarrieren die Zusammenarbeit erschwerten (mehrheitlich kommen Pflegeassistenten nicht aus muttersprachlich englischen Ländern) und es sehr mühsam sei, die persönlichen Gefühle zu regulieren,

---

also positiv und aufgeschlossen zu bleiben. Klienten und Familien zeigten wenig Verständnis für und Einsicht in psychische Erkrankungen, befürchteten Stigmatisierung und Verlust der Selbstständigkeit. Herausfordernd sei es, sich gut abzugrenzen, mit dem Mangel an Kontrolle über die Situation zurecht zu kommen, es zu akzeptieren, dass man nicht helfen könne, die Unvorhersehbarkeit der Klienten hinzunehmen und für die eigene Sicherheit Sorge zu tragen. Die Pflegeassistenten wünschen sich zu 91% mehr Schulungen und Trainings: Bevorzugt werden Schulung und Begleitung durch Kollegen (78,5%), Fallstudien/Besprechungen (67,9%), Lernen anhand von Videos (65,5%), Vorträge (62%), Gruppendiskussionen (52,2%). Web-basiertes Lernen wird dagegen nur zu 17,2% genannt.

Leitende machten deutlich: die beständige Arbeit mit alten psychisch kranken Menschen führe dazu, Symptome nicht mehr als solche zu erkennen, sondern als alterstypisch zu normalisieren. Es falle Pflegeassistenten schwer, Verhalten nicht persönlich zu nehmen, professionell damit umzugehen und die eigenen Gefühle zu regulieren. Pflegeassistenten arbeiteten in der Regel alleine und hätten – im Unterschied zur Langzeitpflege – nicht die Möglichkeit, auf erfahrene Kollegen kurzfristig und arbeitsbegleitend zurückzugreifen. Sprach- und teilweise auch Kulturprobleme erschwerten den Umgang mit psychisch kranken alten Menschen erheblich. Die meisten Fortbildungen seien viel zu theoretisch und knüpften nicht an den realen Alltagsproblemen der Assistenten an. Ohne Hilfe („peer mentoring“) falle es den Kollegen schwer, erlerntes Wissen auch anzuwenden: dies aber könne man aus Kostengründen nicht ermöglichen. Hoher Mitarbeiterwechsel, sehr unterschiedliches Hintergrundwissen sowie die Vielfalt unterschiedlicher Kulturen und Sprachen der Assistenten erschwere Fortbildung erheblich. Zudem sei Fortbildung in diesem Bereich nicht verpflichtend, im Gegensatz zu Trainings in Hygiene und Sicherheit.

**Diskussion:** Es scheint an Fortbildungsprogrammen zu fehlen, die präzise auf diese multiethnische Gruppe von Pflegeassistenten zugeschnitten sind. Die Pflegeassistenten halten sich für kompetenter als sie nachweislich sind, schreiben Klienten Absichten zu und können Verhalten und Befindlichkeiten nicht Krankheiten bzw. Syndromen zuschreiben. Besonders Verhaltensweisen, welche die Pfl egetätigkeiten unterbrechen bzw. erschweren, machen den Pflegeassistenten zu schaffen. Mangelndes Wissen und Kompetenz führen dazu, dass viele Bedarfe nicht erkannt und nicht an Vorgesetzte gemeldet, sondern hingenommen werden. Sich abzugrenzen, emotionale Kontrolle beizubehalten und für die eigene Sicherheit zu sorgen sind wichtige, aber selten angesprochene Inhalte. Der Umgang mit Patienten, die Hilfe benötigen, diese aber

---

ablehnen, ist ein wenig aufgegriffenes Thema. Die Autoren geben abschließend folgende Empfehlungen:

Missverständnisse über psychische Erkrankungen im Alter (Normalisierung) bedürfen dringend der Korrektur. Spezifische Fertigkeiten (psychiatrisch-pflegerische Mikrofertigkeiten) im Umgang mit eigenen Gefühlen und Übertragungen sollten anhand konkreter Fallsituationen eingeübt werden. Fortbildungen sollten anhand von arbeitsbegleitendem Lernen fortgeführt werden: die präferierte Methode der Assistenten. Die Arbeit an der Sprache darf nicht vernachlässigt werden. Es kann nicht darum gehen, nur mehr Schulung zu verlangen, sondern Schulungen präzise am Lernbedarf dieser Mitarbeitergruppe auszurichten.

**Quelle:** Konnert, C., Huang, V., Pesut, B. (2019). Mental health knowledge and training needs among direct care workers: a mixed methods study, *Aging & Mental Health*, 23(7), 897-904

**Schlagnworte:** Psychiatrie, Bildung, Pflegeassistenten

---

## (7) Die Mitwirkung von Menschen mit Demenz bei der Pflegeplanung verändert die Haltung von Pflegenden nachhaltig

**Ziel/Hintergrund:** Auf dem Hintergrund personenzentrierter Pflege erscheint die Mitwirkung von Menschen mit Demenz an der Pflegeplanung zwingend. Dies wird zuweilen einschränkt mit dem Hinweis, es mangle ihnen dafür an verbliebenen Fähigkeiten. Studien belegen allerdings, dass die Fähigkeiten von Menschen mit Demenz oft unterschätzt werden und sie bezüglich persönlicher Belange durchaus auskunftsfähig und meinungsstark sind.

In der Praxis werden Menschen mit Demenz eher selten an der Pflegeplanung beteiligt, insbesondere in der Langzeitpflege. Vorliegende spanische Studie stellt Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiter\*innen der Langzeitpflege vor, die Menschen mit Demenz an Pflegeplanungssitzungen teilhaben ließen.

**Methoden:** 38 Personen mit Demenz wurden an Pflegeplanungssitzungen beteiligt. An diesen 30-45 Minuten dauernden Sitzungen nehmen etwa 6 Personen aus Pflege und Betreuung teil. 22 Personen wurden halbstrukturiert befragt. Beschrieben wird die qualitative Auswertung der Daten.

**Resultate:** Insgesamt konnten drei Themenbereiche identifiziert werden.

### Die Person verstehen

Man habe Wissen aus erster Hand erhalten, ein vollständigeres Bild der Person gewonnen und auch in der Beziehung zu den Personen Veränderungen erfahren. Man könne mehr den Standpunkt der Personen einnehmen und habe in der Beziehung eine gleichartigere, symmetrische Beziehung gewonnen. Es sei die Überzeugung gereift, dass immer ‚etwas‘ hinter dem Verhalten stehe und das Verhalten doch immer einen guten Sinn habe.

### Fragen an die eigene Pflegepraxis

Die Aussagen der Klienten lies die Pflegenden Fragen an die eigene Praxis, an die Prioritäten, an die Abläufe richten. Besonders die funktionale Aufgabenorientierung wurde kritisch beleuchtet und verändert. Viele meinten zwar, geglaubt zu haben, sich an den Wünschen der Personen orientiert zu haben, mussten aber einsehen, sich hierbei getäuscht zu haben. Erst die unmittelbare Konfrontation mit den Klienten im Planungsgespräch habe ihnen die Augen geöffnet. Weiterhin beobachteten viele, dass sie bestimmte Etikettierungen und vereinfachende stereotype Überzeugungen (z.B. ‚der



---

macht immer Widerstand') zurückgenommen hätten und auch dann, wenn die Klienten nicht zugegen sein, auf solche Bezeichnungen und Urteile verzichteten.

### Im Team voneinander lernen

Die Gegenwart der Klienten habe die Qualität der Besprechungen deutlich verändert. Man lerne intensiver und aufmerksamer voneinander, höre mehr zu und mache sich mehr nachhaltige und ersthafte Gedanken über das, was dort tue. Man bemühe sich miteinander um mehr Professionalität. Hierarchie und Status mache weniger Unterschied – die Gegenwart des Klienten haben einen eher egalisierenden Effekt.

Einige Mitarbeiter\*innen bekundeten allerdings, die Gegenwart der Klienten habe an ihrer Arbeit nichts verändert.

**Diskussion:** Insgesamt äußern sich die Mitarbeiter\*innen sehr positiv über die Einbeziehung der Klienten. Fast alle konnten wichtige Lernerfahrungen mitnehmen. Sie lernen personenzentrierte Pflege nicht aus dem Buch oder einem Seminar, sondern aus der konkreten Gegenwart von Menschen mit Demenz, die sagten, was sie wollten und was ihnen gut tue. Diese Erfahrung wies einen nachhaltigen, prägenden Effekt auf die Haltung auf.

**Quelle:** Villar, F., Celdran, M., Vila-Miravent, J., Serrat, R. (2018). Involving institutionalised people with dementia in their care-planning meetings: lessons learnt by staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 567-574

**Schlagworte:** personenzentriert, Pflegeplanung, Mitarbeiter



---

## (8) Mitgefühl für andere benötigt Selbstpflege

**Ziel/Hintergrund:** Die Studie kreist um drei aufeinander bezogene Konzepte: Selbstpflege und Selbst-Mitgefühl („compassion“) der professionell Pflegenden und mitfühlende Pflege der Pflegebedürftigen. Die entscheidende Hintergrundannahme lautet: Pflegende, die Mitgefühl für sich selbst entwickeln, können sich besser selbst pflegen, weil sie in der Lage sind, gut mit arbeitsbezogenen, belastenden Gefühlen umzugehen. Dies bildet eine wichtige Voraussetzung dafür, Pflegebedürftigen weiterhin mitfühlend zu begegnen.

Zweifellos sind professionell Pflegende einer hohen Belastung ausgesetzt. Die Frage lautet demnach: Wie erleben Pflegende Mitgefühl für sich selbst, was erleichtert dies und was verhindert es und wie kann man Mitgefühl „kultivieren“?

**Methoden:** Es handelt sich um eine Studie nach dem „Grounded-Theory“-Verfahren. 30 professionell Pflegende aus Großbritannien werden halbstrukturiert befragt. Beschrieben wird das Verfahren der Auswertung und Theoriebildung.

**Resultate:** Um selbst-mitfühlend und selbstpflegende mit sich umzugehen, benötigen professionell Pflegende so etwas wie eine Erlaubnis, die sie sich entweder selbst geben müssen oder von anderen gewährt bekommen. Drei zentrale Konzepte liegen dieser Erlaubnis zugrunde:

„Hartverdrahtete Pflegende“: Viele Pflegende sind der Auffassung, dass der Pflegeberuf eine „Berufung“ bilde und man dafür geboren sein müsse. Man müsse eine Persönlichkeit mitbringen, der gemäß es einen intrinsisch danach verlange, sich um bedürftige Menschen zu kümmern. Diese Auffassung geht mit einer gewissen Schwierigkeit einher, sich um sich selbst gut kümmern zu können. Betrachtet man Pflege mehr als Profession und Rolle, falle dies leichter: allerdings pendeln viele Pflegende beständig zwischen den Polen „Berufung“ und „Profession“ hin und her, je nachdem, an welchem Punkt ihrer Karriere sie sich befinden.

„Eine stabile Basis“: Man brauche es, sich sicher und geschützt zu fühlen – als Individuum aber auch im Team. Arbeitsumgebung, Team und Führung bilden hier die entscheidenden Begriffe. Die zunehmende ökonomische Orientierung habe diese Basis erodieren lassen mit der Folge, eher wie ein gefühlloser Automat nur noch zu funktionieren.

„Die Emotionen aus der Pflege verarbeiten“: An manchen Tagen und Wochen sei man einer nicht enden wollenden Kette menschlicher Dramen ausgesetzt, die einem den

---

Atem raubten. Diesem Ansturm sei man oft nicht mehr gewachsen. Die Pflege würde dann ‚dünner‘, wie zu wenig Butter auf zu viel Brot verteilt. Man habe als beruflich Pflegende nicht gelernt, auf sich selbst zu achten, sich Auszeiten zu nehmen, sich etwas Gutes zu tun. Wenn, dann eher dann, wenn es zu spät ist (reaktiv) und weniger dann, wenn man Reserven auffüllen können (proaktiv).

Kernkonzept ‚Erlaubnis benötigen‘: Mitgefühl mit sich selbst zuzulassen gehen oft fälschlicherweise mit einer Bewertung von Schwäche einher. Man müsse lernen, diese Bewertung zu überwinden und im Zugestehen von belastenden Gefühlen und Selbst-Mitgefühl eine Stärke zu sehen. Man sei es eher gewohnt, sich bis an oder über die eigenen Grenzen hinaus zu fordern. Sowohl in der Ausbildung wie auch im Betrieb sei es wichtig, eine Kultur des Selbst-Mitgefühls und der Selbstpflege zu implementieren. Dies müsse Teil der eigenen professionellen pflegerischen Identität, aber auch der konkreten betrieblichen Praxis bilden. Dies sei alles andere als einfach und müsse bei einem selbst, aber auch im Team und im Betrieb gegen vielfache Widerstände aufgebaut und gepflegt werden.

**Diskussion:** Der destabilisierende Effekt mangelnder Selbstpflege für die berufliche Kompetenz ist bislang wenig erforscht und beachtet. Die Autoren vermuten ein historisch tief verankertes berufliches Missverständnis pflegerischer Arbeit. Schon in der Ausbildung müsse daran gearbeitet werden, ein gutes Gespür für eigene Überlastung sowie für Möglichkeiten, damit gut umzugehen, zu entwickeln. Reflektierte Praxis, Supervision, Übungen zum Mitgefühl bilden erste Schritte, aber auch eine sehr stark an der Realität klinischer Praxis orientierte Ausbildung. Studien weisen darauf hin, dass die pflegerische Identität sehr früh in der Karriere entwickelt wird und sich dort am ehesten beeinflussen lässt. Viele Pflegende sehen die Notwendigkeit, sich mehr mit Selbst-Mitgefühl und Selbstpflege zu befassen, wissen aber nicht, wie sie es machen sollen. Oft bedarf es hier den Anstoß von außen (z.B. dem Betrieb), um sich die Erlaubnis geben zu können. Ohne diesen Anstoß wird Selbstpflege zu oft missbräuchlich dazu verwendet, sich noch mehr anzutreiben (reaktiver Modus).

**Quelle:** Andrews, H., Tierney, S., Seers, K. (2020). Needing permission: The experience of self-care and self-compassion in nursing: A constructivist grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103436>

**Schlagworte:** Mitgefühl, Selbstpflege, Coping

---

**Vgl.:** Bernburg, M., Groneberg, D., Mache, S. (2019). Mental health promotion intervention for nurses working in German psychiatric hospital departments: a pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(8), 706-711

Psychiatrisch Pflegende haben häufig sehr grenzwertige Situationen auszuhalten und zu gestalten. Wie sie damit umgehen bestimmt mitunter, ob sie in diesem Tätigkeitsfeld bleiben können. Es liegen nur wenige Studien vor, welche Interventionen Pflegende wirksam unterstützen können. Einige Studien zu Achtsamkeitstrainings und lösungsorientierten Kurzberatung legen nahe, dass diese sich hilfreich im Umgang mit stressvollen Situationen für Einzelne und Arbeitsgruppen auswirken.

Vorliegende randomisierte Studie berichtet von Effekten einer Intervention von wöchentlich 1,5 bis 2 Stunden über 12 Wochen hinweg, durchgeführt mit Pflegenden aus der Psychiatrie in Gruppen von 10-12 Personen. Unterrichtende Personen waren Psychotherapeuten in CBT und systemischer, lösungsorientierter Kurztherapie. Die 12 Module umfassten u.a. Methoden zur Entspannung, zur Emotionsregulierung, zum Umgang mit Fehlern und Konflikten, zur Supervision und Kommunikation, zur Unterstützung von KollegInnen. Wahrgenommene Arbeitsbelastung bildete das primäre Ergebnis.

Während der Teilnahme am Kurs nahm der positive Effekt bezüglich Stressbewältigung zu. Ähnliches galt auch für die Faktoren Resilienz, Selbstwirksamkeit und Emotionsregulierung. Pflegende hoben hervor, dass sich während der Teilnahme der Kontakt zu den Patienten verbesserte und sich Konflikte reduzierten. Teilnehmende äußerten sich abschließend sehr zufrieden insbesondere bezüglich der Wirkungen auf Emotionsregulierung, Selbstpflege und Motivation.

Die Studie zeigt, dass eine Schulung im übersichtlichen Umfang wesentlich zur Stressbewältigung der Pflegenden in der psychiatrischen Pflege beitragen kann. Abschließend betonen die Autoren, dass es einen erheblichen Bedarf für mitarbeiterbezogene Interventionen dieser Art gibt. Insgesamt liegen nur recht wenige Studien zu der Frage vor, wie man die seelische Gesundheit von psychiatrisch Pflegenden verbessern kann: hier liege dringender Forschungsbedarf vor.

---

(9) Guter Umgang ist wichtiger als spezifische Interventionen, wenn es um herausforderndes Verhalten geht

**Ziel/Hintergrund:** Nicht-pharmakologische Möglichkeiten sollen allen Leitlinien zufolge vorrangig bei herausforderndem Verhalten zum Zuge kommen. Hierbei werden häufig genannt: Aromatherapie, Musik, multisensorische Interventionen, Tiertherapie, Massage und Ähnliches mehr. Weniger bekannt ist, was professionell Pflegende in der stationären Pflege davon halten in welchem Umfang sie diese Möglichkeiten nutzen und wenn nicht, was sie denn stattdessen tun und empfehlen. Vorliegende Studie berichtet über die Ergebnisse einer Befragung von professionell Pflegenden in ganz England.

**Methoden:** Beschrieben werden die Entwicklung, Verteilung und Auswertung eines Fragebogens. Dieser enthält 4 Sektionen: in einem ersten Schritt werden Pflegenden gebeten, welche Verhaltensweisen in welchen Schweregraden und mit welcher Belastung ihnen begegnen. In einem zweiten Schritt werden 14 Interventionen aus den nationalen Leitlinien aufgeführt und nach deren Einsatz gefragt. In einem dritten Schritt werden Erfahrungen mit Fortbildungen und Trainings, in einem vierten Rahmendaten zum Arbeitsumfeld erfasst.

Angefragt wurde eine repräsentative Auswahl an Mitarbeiter\*Innen aus Einrichtungen der speziellen Demenzpflege („Special Care Units“).

**Resultate:** 1404 von 6992 Einrichtungen (für Menschen mit Demenz) wurden angeschrieben= 20%, von denen wiederum 352 ausgefüllte Bögen zurückschickten (25% = 5% aller speziellen Einrichtungen in England). 2/3 aller Bögen stammten von Leitenden („managers“). Die Auswertung ergab, dass 64% der Bewohner\*Innen eine Demenz und 36% die eine oder andere Form herausfordernden Verhaltens aufwiesen, wobei nicht nur Menschen mit Demenz dieses Verhalten zeigten. Über 19% der Bewohner\*Innen insgesamt und 30% der Bewohner\*Innen mit Demenz erhalten Psychopharmaka zur Verhaltenskontrolle. Die häufigsten Verhaltensformen lauten Schreien (96,6%), verbale Aggression (z.B. Schimpfen 96,3%) und physische Aggression (95,7%). In jeder Schicht kamen Umherwandern, Perseverationen sowie Rastlosigkeit vor. Besonders herausfordernd wurden erlebt: physische Aggression, gefährliches Verhalten, unangemessenes sexuelles Verhalten, Spucken und Kotschmierern. In Einrichtungen mit Pflegeabteilungen kamen diese Verhaltensweisen deutlich häufiger und in schwererer Ausprägung vor.

---

Spezielle Interventionen wie Hundetherapie, Aromatherapie, multisensorischen Interventionen kamen vergleichsweise seltener vor. Im Urteil der Pflegenden erwies sich am wirksamsten: jeden Bewohner individuell behandeln, für Schmerzfreiheit sorgen, sich Zeit nehmen für ein Gespräch, den Ursachen des Verhaltens nachgehen, für möglichst viel Bewegungsfreiheit und Bewegungsraum sorgen, Aktivitäten mit Musik und Tanz. In Einrichtungen mit Pflegeabteilungen fand die Verabreichung von Psychopharmaka mehr positive Resonanz als in Einrichtungen ohne Pflegeabteilung. Die in Freizeilen eingetragenen Empfehlungen lauteten: niemals eine herausfordernde Person konfrontieren, Ruhe bewahren, nicht die Stimme heben, respektvoll bleiben, kein dominanter Blickkontakt, die Person ermutigen, ein Pflegender hält den Hauptkontakt, nicht zu nahe an die Person herangehen, aufmerksam zuhören. 96% der Befragten vermerkten, dass sie eine Schulung erhalten hätten, diese auch hilfreich gewesen, aber insgesamt nicht ausreichend sei. Training on-the-job, sei am besten, würde aber eher selten angeboten. Schulungen außerhalb der Einrichtung seien am häufigsten, online-Schulungen wurden am schlechtesten beurteilt.

**Diskussion:** Die Daten belegen eine hohe Verbreitung herausfordernden Verhaltens. Umgang, also Kommunikation und Interaktion wurden als wesentlicher erachtet als spezifische Interventionen, wobei nicht bekannt ist, inwieweit die Pflegenden Gelegenheit hatten, diese Interventionen kennenzulernen. Am ehesten bekannt und geschätzt erwies sich der Einsatz von Musik und Tanz. Umgang mit Aggressivität wird als schwierigste Herausforderung genannt. Aus den Antworten konnte entnommen werden, dass Manager häufig zu anderen Einschätzungen gelangten als die Pflegenden vor Ort: so schätzen sie Medikamente kritischer ein als Pflegende. Schulungen und Trainings werden angeboten, oft aber nicht häufig genug und nicht in ausreichend guter Qualität. Viele Einrichtungen arbeiten mit online-Lern Programmen, die bei den Pflegenden sehr schlecht abschnitten. Manager bekundeten einen größeren Lernbedarf denn Pflegende, ein überraschendes Resultat.

**Quelle:** Mallon, C., Krska, J., Gammie, S. (2019). Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England. *Aging & Mental Health*, 23(6), 698-705

**Schlagworte:** Verhalten, Demenz, Pflegende, Interventionen

---

**Vgl.:** Scales, K., Zimmermann, S., Miller, S. (2019). Evidence-based nonpharmacological practices to address behavioral and psychological symptoms of dementia. *The Gerontologist*, 58(S1), S88-S102

Vorliegende Studie fasst Ergebnisse anderer Überblicksstudien zum herausfordernden Verhalten zusammen. Die empfohlenen nicht-pharmakologischen Interventionen werden unter drei Rubriken zusammengefasst:

*Sensorische Praktiken:* Aromatherapie, Massage, multisensorische Stimulation sowie Lichttherapie. Die Interventionen werden idR gerne angenommen, weisen keine schädlichen Wirkungen auf und gehen mit geringen Investitionen einher. Am besten ist die Evidenzlage für multisensorische Stimulation.

*Psychosoziale Praktiken:* Validation, Erinnerung, Musik, Tiertherapie, bedeutsame Aktivitäten. Die Interventionen werden idR gut angenommen, sind mit wenig Investitionen verbunden und weisen zumeist geringe bis mittlere Evidenzgrade auf. Sie sind im besonderen Masse mit dem personenzentrierten Ansatz verbunden, greifen Ressourcen gezielt auf und betrachten herausfordernde Verhaltensweisen mehrheitlich als Ausdruck unerfüllter Bedürfnisse.

*Strukturierte Pflegeprotokolle:* Hilfe bei der Körperpflege löst oft Abwehrreaktionen aus, die man zuweilen durch streng vorgegebene Routinen vermeiden kann, wenn diese im Prozeduralgedächtnis gespeichert sind. Der Vermeidung von Schmerzen bei der Pflege ist hier besonders viel Beachtung zu schenken. Die Evidenz für die Wirksamkeit dieser Möglichkeiten ist gering. In einigen wenigen Studien finden sich jedoch Hinweise auf positive Wirkungen.

Fast alle Interventionen können mit geringem Aufwand sowohl in der häuslichen wie in der stationären Pflege angewandt und angepasst werden.

**Vgl.:** Laybourne, A., Livingston, G. et al, (2019). Carer coping and resident agitation as predictors of quality of life in care home residents living with dementia: Managing Agitation and Raising Quality of Life (MARQUE) English national care home prospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34, 106-113

Agitiertheit könnte ein Ausdruck schlechter Lebensqualität sein, weil Personen nicht in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu benennen. Werden sie von Personen versorgt, die sich dieser Bedürfnisse nicht bewusst, schlecht ausgebildet oder überlastet sind, dann könnte dies die eigentliche Ursache für Agitiertheit darstellen. Im Rahmen einer 16-monatigen Langzeitstudie wurde untersucht, ob Agitiertheit durch unangemessene Bewältigungsstile seitens der professionell Pflegenden verursacht sein könnten. 89 Einrichtungen mit insgesamt 1489 Personen nahmen an der englischen Studie teil.

---

Bewohner\*innen, Pflegende und Angehörige wurden mehrfach befragt (Baseline +4). Instrumente werden beschrieben, welche die Pflegekultur und -Praxis sowie die Bewältigungsstile der Pflegenden abbilden.

Entgegen der Hypothese konnte kein Zusammenhang zwischen Bewältigungsstilen, Pflegekultur einerseits und Agitiertheit sowie Agitiertheit andererseits festgestellt werden. Im Ergebnis stellen die Autoren deutliche Grenzen für das Verständnismodell, herausfordernden Verhaltens als Ausdruck unerkannter Bedürfnisse zu betrachten, fest. Das Milieu, der Personalschlüssel sowie Angebote für bedeutsame Aktivitäten stehen in dieser Studie in keinem erkennbaren Zusammenhang mit Agitiertheit bzw.

Lebensqualität. Vermutlich sind es eher neurologische Veränderungen, die mit Affektregulation und Steuerung der Aufmerksamkeit zusammenhängen: aufgrund kognitiver Veränderungen können Situationen weniger verstanden und eingeordnet werden, so dass allen bisher unauffälligen Reizen erhöhte Aufmerksamkeit zukommt. Dies löst vermehrt Unsicherheit und Ängste aus, die wiederum schlecht gesteuert und abgemildert werden können (moderierende Funktion des Hippocampus fällt aus). Letztlich mündet dies in vermehrter Unruhe, Erregung und Anspannung sowie Negativismus und Feindseligkeit, eben Agitiertheit.



---

(10) Die Einbeziehung der Angehörigen von Menschen mit Demenz beim Spitalaufenthalt erfolgt zumeist ohne Konzept

**Ziel/Hintergrund:** Menschen mit Demenz weisen zumeist eine hohe Komorbidität. Weniger die Demenz denn akute Erkrankungen stehen im Mittelpunkt. In der Regel lassen sich die Arbeitsweise des Krankenhauses und die Bedürfnisse von Personen mit Demenz nur schlecht vereinbaren. Eine Möglichkeit zur Verbesserung bestünde darin, Angehörige vermehrt einzubeziehen: sie kennen u.U. geeignete Strategien und verfügen über vertiefte Kenntnisse der Person. Zu dieser Einbeziehung liegen selten Rahmenrichtlinien oder Ähnliches vor, so dass die Einbeziehung eher dem Zufall überlassen wird. Vorliegende Studie untersucht die Prozesse der Einbeziehung von Angehörigen über den Gesamtprozess des Aufenthaltes von der Aufnahme bis zur Entlassung.

**Methoden:** Daten wurden von Menschen mit Demenz, Familienmitgliedern und Mitarbeitern in zwei geriatrischen Abteilungen in England gewonnen. Ein Bereich bildete Teil des Akutkrankenhauses, der andere Bereich stellte eine geriatrische Rehabilitationsabteilung dar. Beobachtungen, eher informelle Gespräche und gezielte Interviews kamen zum Einsatz. Ein sorgfältiger Beziehungsaufbau ermöglichte, die Methoden den Personen und Situationen besser anzupassen. Es kamen für die vertiefenden Gespräche nur Personen mit mindestens 7 Tage Aufenthaltsdauer in Betracht. Es handelt sich um eine qualitative Arbeit nach der Methode der Grounded Theory.

**Resultate:** 12 Dyaden (Person mit Demenz und Angehöriger) sowie 23 Mitarbeiter der Krankenhäuser wurden vertiefend befragt. 400 Stunden Beobachtung wurden ausgewertet. Die Ergebnisse werden unter 3 Hauptrubriken vorgestellt:

Unterbrechungen: Die bestehende Pflegebeziehung zu den Angehörigen wird unterbrochen – sie sind jetzt ‚Besuch‘. Damit sind auch die bisherigen Verantwortlichkeiten und Rollen, aber auch Kontrollen, damit auch Machtverhältnisse unterbrochen. Personen mit Demenz können nicht auf ihre gewohnten Routinen zurückgreifen und müssen sich an Gepflogenheiten der Institution anpassen: während man sich daheim ordentlich anziehe, verbleibe man nun im Pyjama. Wertvolle Fertigkeiten und Fähigkeiten sind dadurch gefährdet mit möglicherweise verstärkter Abhängigkeit nach Entlassung, Inkompetenzkaskaden drohen. Patienten mit Demenz verbringen die Zeit weitgehend allein ohne Interaktion. Ohne vertrautes Umfeld,



---

Kontakte, ein stimulierendes Umfeld können sich Verhaltensweisen wie Vokalisieren oder Autostimulation entwickeln oder verschlechtern. Möglicherweise werden Pflege, Behandlungen und Medikamente verweigert, Stürze drohen. Je weniger man über die Person weiß, desto mehr wachsen die Risiken.

Gelegenheiten: Funktional bestimmte Tätigkeiten werden von Pflegenden genutzt, um Interaktion und Kommunikation zu entwickeln. Leider beschränkt sich diese zumeist auf enge gesundheitlich oder pflegerisch fokussierte Themen. Selbst wenige, aber wichtige Informationen erleichtern den Kontakt: Namen der Verwandtschaft, Fotos, bestimmte Begriffe oder Geschichten, Lebenshintergrund und Beruf stellen Brücken für den Kontakt dar. Dies gilt auch für Objekte wie das eigene Kopfkissen oder die eigene Decke. Besuche von Familienmitgliedern stellen den Kontakt zum normalen Leben her und stellen das wichtigste Ereignis des Tages dar. Der Besuch hilft, das außerhalb der Institution gelebte Selbstwertgefühl wieder aufleben zu lassen. („puts a smile on my face“) Pflegende können zusammen mit Angehörigen die Pflege personalisieren und Verhaltensweisen besser einordnen. Familien sind oft mit Krisenanzeichen vertraut, die Pflegende erst zu spät erkennen.

Differenzierungen: Die Einbeziehung von Angehörigen fällt sehr unterschiedlich aus und stellt keine Selbstverständlichkeit dar. Zumeist sind es krisenhafte Situationen, wie z.B. Nahrungsverweigerung, die Einbeziehung veranlasste. Angehörige von Patienten mit Demenz ‚ohne Schwierigkeiten‘ werden sehr viel seltener angefragt. In der Regel werden Angehörige auch nicht darüber informiert, welche Art von Mitwirkung die Einrichtung wünscht. Einbeziehung erfolgt häufig nicht einheitlich, sondern hängt von der Pflegekultur ab: zwei Bereiche mit denselben Aufgaben in einer Einrichtung positionieren sich ganz unterschiedlich zu diesem Thema. Zuweilen hängt die Art der Einbeziehung davon ab, welcher Mitarbeiter Dienst hat. Nicht immer wirkt sich die Einbeziehung positiv aus: manche Familienmitglieder gehen schlecht mit den Patienten um und tragen eher zu Entstehung denn zur Beilegung von Krisen bei.

**Diskussion:** Die Studie beschreibt die Bedeutung aber auch die oft zufällige Natur der Einbeziehung von Angehörigen. Besonders auffällig ist die Konzeptlosigkeit im Umgang mit diesem Thema. Die beschriebenen Unterbrechungen könnten leicht vermieden und das Wissen der Angehörigen zum Vorteil der Patienten und der professionell Pflegenden nutzbar gemacht werden. Nur selten ist die systematische Einbeziehung verpflichtend in den Prozessen der Aufnahme, der Behandlung und Entlassung detailliert beschrieben und in den Zuständigkeiten der Professionellen verankert. Die Autoren empfehlen, zunächst in den pflegenahen Bereichen Annäherungen zu

---

versuchen: der Körperpflege, der Ernährung und der Verabreichung von Medikamenten.

Zur Einbeziehung gehört auch, Störungen in den familiären Beziehungen wahrzunehmen und den Krankenhausaufenthalt zu nutzen, dies zu thematisieren.

**Quelle:** Kelley, R., Godfrey, M., Young, J. (2019). The impacts of family involvement on general hospital care experiences for people living with dementia: An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 72-81

**Schlagnworte:** Krankenhaus, Demenz, Familie

**Vgl.:** Petry, H., Ernst, J., et al. (2019). The acute care experience of older persons with cognitive impairment and their families: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 44-52

Vorliegende Schweizer Studie untersucht die Erfahrungen von Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen (unabhängig von der Demenzdiagnose) zusammen mit ihrer Familie sowie deren Pflegebedürfnisse im Hospital. Es handelt sich um eine qualitative Studie mit einem Mix unterschiedlicher Methoden (Interviews, Feldnotizen). Die Interviews offenbaren ein breites Spektrum von Erfahrungen: zwischen unterstützend und nicht-unterstützend, umfassend und fragmentiert, positiver Einbeziehung der Familie und deren völligen Fehlen. Sieben Kerndimensionen der Erfahrung von Akutpflege konnten identifiziert werden, die mehr oder weniger vorliegen: Pflegerische Achtsamkeit/Aufmerksamkeit – als Person wahrgenommen werden, Empfänglichkeit/Ansprechbarkeit für Bedürfnisse, Zugänglichkeit – kontinuierliche und zeitige Information, Teilhabe an der Pflege- Ressourcen werden wahrgenommen und genutzt, Unterstützung über die Gesamtzeit hinweg – beraten und informiert werden, genügend viele Mitarbeiter und Zeit, Infrastruktur – eine unterstützende Umgebung. In der Wahrnehmung der Familie mangelt es an kreativem Umgang mit herausfordernden Situationen/Verhalten und an integrierten Pflegeprozessen. Letzteres beschränkte sich auf die Entlassungsplanung, nicht aber den Pflegeprozess selbst. Familienmitglieder unterstrichen die Bedeutung einer frühen Einbeziehung.

---

(11) Qualifizierte Demenzpflege im Krankenhaus wird von Pflegenden zuweilen als Karriereblockade empfunden

**Ziel/Hintergrund:** Je nach Untersuchung wird die Häufigkeit von Menschen mit Demenz im Krankenhaus mit 15% bis 42% angegeben. Demenz selbst steht dabei weniger im Vordergrund als akute Erkrankungen. Infolgedessen kommt Demenz daher eine geringe, der Akutbehandlung höchste Priorität zu. Folgen der geringen Priorisierung der Demenz sind Stürze, Ernährungsprobleme, Dehydratation und Delirien, welche den Aufenthalt verlängern und die Demenz verschlimmern. Viele Einrichtungen machen Anstrengungen, diese Situation zu verbessern. Allerdings fehlt es an Studien, welche die Wirkungen dieser Bemühungen belegen. Welche Interventionen führen also zu welchen Ergebnissen?

Die Autoren legten 2017 eine Theorie vor, welche Art von Unterstützung von Pflegenden welche Ergebnisse für Menschen mit Demenz im Krankenhaus haben werden. (siehe für eine Zusammenfassung den unten angegebenen Link: Nr. 14) Diese Theorie besagt: Demenzadaptierte günstige Umgebungen triggern weniger herausforderndes Verhalten, wenn diese Umgebungen gefüllt sind mit einer Organisationskultur, die gute Demenzpraxis ermöglicht und klare Verantwortlichkeiten für diese Art von Pflege schafft. Mitarbeiter haben dann die Erlaubnis, bedürfnisorientiert zu arbeiten, Defiziten in der Versorgung nachzugehen. Sie machen mit der Zeit Erfahrungen, dass dies gelingt, durchführbar ist und bessere Ergebnisse zeitigt.

Vorliegende britische Studie überprüft diese Theorie anhand von in zwei Krankenhäusern gesammelten Ergebnissen. Ziel ist es, die Faktoren zu identifizieren, die zu bestimmten Ergebnissen geführt haben.

**Methoden:** Beschrieben wird die Methode der realistischen Evaluation, die versucht herauszuarbeiten, was unter welchen Umständen welche Wirkungen aufgrund welcher Faktoren hat. Es reicht nicht zu wissen, dass etwas wirkt, wichtig ist zu wissen, wie und warum. Diese sozialen oder psychologischen Faktoren werden als ‚generativer (erzeugender) Mechanismus‘ beschrieben. (genaue Beschreibung siehe Link) Anhand von 2 unterschiedlichen Praxisbeispielen wird untersucht, welche Kontextfaktoren zu welchen Praktiken geführt haben. In beiden Krankenhausorganisationen wurden erhebliche Mittel freigesetzt, um die Arbeit mit Menschen mit Demenz zu verbessern. In einer Einrichtung wurde ein Sonderbereich für Menschen mit Demenz geschaffen (Modell 1), in der zweiten Einrichtung eine Gruppe

---

von Pflegeassistenten (Modell 2), welche 1:1 Betreuung bei Bedarf im ganzen Krankenhaus anboten.

Verschiedene Erhebungsmethoden kamen zum Einsatz: Interviews, nichtteilnehmende Beobachtung, Dokumentation, Assessments von neuropsychiatrischen Symptomen (inklusive herausforderndes Verhalten).

**Resultate:** 66 Teilnehmende wirkten an der Studie mit, darunter 36 Mitarbeitende, 28 Patienten und 2 Familienmitglieder. Nichtteilnehmende Beobachtungszeit summierte sich auf 80 Stunden. 6 miteinander eng verbundene ‚generative Mechanismen‘ – wie Mitarbeiter im Krankenhaus für demenzsensible Pflege unterstützt werden – wurden anhand der Daten überprüft und verfeinert.

### 1. Mechanismus: Wissen und Autorität haben, um auf unerfüllt Bedürfnisse zu reagieren

Wenn es gelang, konkrete Hinweise und Beobachtungen bezüglich des Patienten mit der Überzeugung der Pflegenden zu verbinden, darauf angemessen reagieren zu können und zu dürfen, dann konnte die Pflege zumeist angepasst und das Bedürfnis erfüllt werden. (Bsp.: Schmerzen) Dies gelang eher weniger gut bei verbal agitiertem Verhalten, das weniger dokumentiert und diskutiert und als unvermeidbar, ja unbeeinflussbar eingeschätzt wurde. (Bsp.: mögliche biographische Hintergründe des Schreiens unbekannt) Des Weiteren war der Mechanismus wirksam, wenn die Pflegenden der Überzeugung war, andere Aufgaben vernachlässigen und sich für den Patienten Zeit nehmen zu dürfen. Dies war besonders dann der Fall, wenn auf dem Hintergrund erworbenen Wissens eine höhere Aufmerksamkeit für Symptome mit der ‚Erlaubnis‘ darauf zu reagieren, zusammenkam.

### 2. Mechanismus: Training und Reflektion

Übungen, sich in die Situation der Patienten hineinzusetzen sowie andere Methoden erfahrungsorientierten Lernens sind hilfreich, um das Einfühlungsvermögen zu trainieren. Desgleichen wichtig aber ist auch ein ‚Werkzeugkasten‘ mit bewährten Möglichkeiten, die das Gefühl und die Sicherheit vermitteln, das Richtige zu tun. Beide Aspekte wurden unterstützt durch kollegiales Lernen. Allerdings: wenn man ohne Wissen und ohne den ‚Werkzeugkasten‘ von Kollegen lernt, dann kann eine schlechte Praxis kollektiv verstärkt werden mit der Folge, funktionalen Aufgaben doch wieder vermehrt nachzukommen. (Bsp.: die Personen weniger zu mobilisieren für den Toilettengang, sondern vermehrt Einlagen verwenden)

### 3. Mechanismus: Die Bedeutung klinischer Experten und Vorgesetzter

Zwar werden Standards und Leitlinien zur Arbeit mit Menschen mit Demenz als wesentliche Voraussetzung vermutet, in der Praxis erwies sich deren Einfluss aber als

---

unklar. Am Ende wurde die Qualität der Pflege eher an Druckgeschwüren und Fallstatistiken und weniger an der Berücksichtigung biographischer Informationen gemessen. Klinische (Demenz) Experten, die glaubwürdig zeigen und vorleben, wie man mit Personen und Situationen umgehen kann, werden als hilfreich erlebt. Allerdings müssen sie regelmäßig zugegen und greifbar sein. Wichtiger noch sind die unmittelbaren Vorgesetzten: teilen sie die Prioritätssetzungen der Experten und leben sie dies praktisch vor, so prägt dies auch nachhaltig das Verhalten des Pflegeteams. Experten und Vorgesetzte müssen sich in der Prioritätensetzung einig sein.

#### 4. Mechanismus: Gelegenheiten nutzen, um Zeit mit Patienten zu verbringen

Demenzspezifische Aktivitäten haben Erfolg, wenn sie mit einer klaren Aufgabenbeschreibung einer Rolle oder mit besonderer Billigung der Kollegen durchgeführt werden. Dann gelingt es, dem Druck vieler funktional bestimmter Aktivitäten zum Trotz an der demenzspezifischen Aufgabe festzuhalten. Allerdings ist dies tagtäglich ein Balanceakt besonders dann, wenn die für diese Tätigkeiten abgestellten Pflegeassistenten (2. Modell, in Deutschland wären dies die Betreuungsassistenten) fehlen.

#### 5. Mechanismus: Risikomanagement als Chance der Demenzpflege

Die Sicherheit der Patienten war in beiden Bereichen ein wichtiges Anliegen und half, einen besonderen Einsatz von Assistenten zu legitimieren (z.B. um Stürze zu verhindern). Zumeist bestand der Einsatz aus Ablenkung und Refokussierung auf eine andere Aktivität. Im Modell 1 (eigener Demenzbereich), nicht aber im Modell 2, wurde Mobilität auch unabhängig von funktionalen Tätigkeiten unterstützt. Dies wird im Modell 1 u.a. darauf zurückgeführt, dass benannte Pflege (Demenz) Experten eng mit den Pflegenden zusammenarbeiten und laufend an der Prioritätensetzung arbeiten.

#### 6. Mechanismus: Demenzpflege anerkennen

Trotz Anerkennung des Nutzens demenzspezifischer Pflege und Betreuung muss festgestellt werden, dass trotz Wissen und Unterstützung nicht alle Pflegenden gerne Zeit mit Menschen mit Demenz verbringen. Diese Trostarbeit wird oft nicht als qualifizierte Pflegearbeit anerkannt. Dies drückt sich häufig darin aus, dass der Einsatz spezifisch geschulter Assistenten in der funktionalen Pflege (also jenseits ihres eigentlichen Aufgabengebietes) sehr geschätzt und oft priorisiert wird. Pflegende mit Karriereanspruch sehen in der Demenzpflege oft ein Feld, in dem sie nicht vorankommen können: Demenzpflege, so der Eindruck, wirkt sich als Karriereblockade aus, da man in diesem Feld ‚nichts Richtiges lernt‘.

---

**Diskussion:** Erfahrungsorientiertes und kollegiales Lernen zusammen mit klar beschriebenen Rollen und Zuständigkeiten sowie praktischer Unterstützung durch klinische Pflegeexperten und Vorgesetzte können eine Gegenkraft gegen funktional orientierte Pflege werden.

Mitarbeiter, welche diese Reorientierung vorantreiben – sehr häufig die Pflegeassistenten - benötigen Anerkennung, Unterstützung und Belohnung. Diese Entwicklung sollte flankiert werden durch akkreditierte Anstrengungen in der Fort- und Weiterbildung, so dass sich für Pflegende Karriereoptionen im Feld der Demenzpflege erkennen lassen. Examierte/diplomierte Kräfte wollen sich von Pflegeassistenten qualitativ absetzen und erleben sich als unterbewertet, wenn sie dasselbe wie diese tun und lernen sollen. Daher reicht es nicht aus, alle in personenzentrierter Pflege zu unterrichten: ein spezifisches Aufgabenprofil des Demenzexperten muss entwickelt und umgesetzt werden.

Die enge Zusammenarbeit von Pflege (Demenz) Experten und Vorgesetzten (Bereichsleitungen, Pflegeleistungen) kann als entscheidender Schlüssel für die Entwicklung einer demenzsensiblen Pflege im Krankenhaus gelten.

Die Verantwortung für die Durchführung der Demenzpflege sollte nicht primär Pflegeassistenten oder sehr jungen, unerfahrenen Pflegekräften überlassen werden: darin liegt tendenziell eine institutionelle Geringschätzung dieser Arbeit.

Die Arbeit ist insgesamt eher an der Vermehrung von Aktivität und Bewegung, und nicht primär an der Risikovermeidung zu orientieren.

**Quelle:** Handley, M., Bunn, F., Goodman, C. (2019). Supporting general hospital staff to provide dementia sensitive care: a realist evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 61-71

**Schlagworte:** Demenz, Krankenhaus, Ergebnisqualität

Link: [http://dzd.blog.uni-wh.de/wp-content/uploads/2017/10/Newsletter-24\\_2017.pdf](http://dzd.blog.uni-wh.de/wp-content/uploads/2017/10/Newsletter-24_2017.pdf)

---

(12) Jede Störung vorgegebener Abläufe seitens Patienten mit Demenz wird im Krankenhaus als Abwehrverhalten interpretiert

**Ziel/Hintergrund:** Widerstand- oder Abwehrverhalten von Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus ist bislang wenig beforscht worden. Häufig wird dieses Verhalten durch Sedierung, Fixierung oder anderweitige Einschränkung des Bewegungsraumes beantwortet. Vorliegende britische Studie befasst sich mit dem Ausmaß, den Formen sowie dem Umgang mit Abwehrverhalten in den alltäglichen Pflegeprozessen des Akutkrankenhauses.

**Methoden:** Es handelt sich um eine ethnographische Studie mit Elementen der Grounded Theory. Daher wird darauf verzichtet, vorab zu definieren, was Abwehrverhalten bedeutet. Vielmehr wird das Verständnis von ‚Abwehr‘ aus dem Verständnis der Beteiligten heraus (re)konstruiert. Methodisch kommen Beobachtungen und Interviews vor, während und nach Pflegesituationen mit Abwehrverhalten in Betracht. Untersucht wird in 5 Krankenhäusern (2 Universitätskrankenhäuser, 2 mittelgroße Allgemeinkrankenhäuser sowie ein kleines Krankenhaus). Beobachtet wurden 5 Trauma- und Orthopädieabteilungen sowie 5 Aufnahmestationen, die besonders häufig Menschen mit Demenz vorweisen.

**Resultate:** Der Umfang der Beobachtungen betrug 684 Stunden mit insgesamt 436 eingebetteten Interviews. Die Ergebnisse werden unter zwei Rubriken vorgestellt: Abwehr und Organisation.

Abwehr: Jeder Patient mit Demenz zeigt mehr oder weniger stark Abwehrverhalten. Pflegende führen dies ausschließlich auf die Demenz (und nicht etwa auf die Organisation oder sich selbst) zurück und halten es für normales, erwartbares Verhalten. *Physisch:* Neben dem Wegdrücken von Tablettts oder Geräten ist es vor allem das Bewegungsverhalten, das als ‚Abwehr‘ gedeutet wird. Dies betrifft insbesondere das Aufstehen, Umhergehen von Patienten, bei denen ein Stutzrisiko besteht. Typischerweise rütteln diese Patienten am Bettgitter oder versuchen, sich aus dem Rollstuhl zu erheben. Personen werden dann immer wieder hingeworfen, heruntergedrückt, ermahnt, sitzen zu bleiben, abgelenkt. Bettdecken werden festgesteckt oder vorgesteckte Tablettts so platziert, das ein Erheben verunmöglicht wird. Verhalten von Patienten, die aufstehen wollen aber deutlich zu schwach sind, dies erfolgreich zu versuchen, werden dagegen - während andere Maßnahmen zeitgleich durchgeführt werden - weitgehend ignoriert. *Verbal:* Rufen und Schreien wird



---

weitgehend nicht beachtet, solange für die Pflegekraft die Sicherheit des Patienten nicht gefährdet zu sein scheint. Problematisch wird es nur dann, wenn das Vokalisieren andere Patienten ‚ansteckt‘ und eine wachsende Unruhe mit – siehe oben – Bewegungstendenzen entsteht. *Störungen des ‚Tourenplans‘*: Als Abwehr oder Widerstand wird alles Verhalten gedeutet, das sich nicht mit dem Tourenplan der Pflege (‚time table rounds‘) verträgt. So wird bei den Mahlzeiten davon ausgegangen, dass Menschen mit Demenz nicht alleine speisen können. Das Reichen erfolgt schnell und in großen Portionen: wehren die Patienten dies ab, gilt dies als Abwehr. In der Regel wird bei Ablehnung weiterhin versucht, Speisen anzureichen. Ähnlich bei Medikamenten: lehnen die Patienten ab, befürchten Pflegende zudem, es werde ihnen mangelndes Engagement unterstellt. Körperpflege wird angekündigt und dann sofort damit begonnen: Da Patienten noch müde sind oder an mangelnder Orientierung leiden, wehren sie ab – dies gilt als Abwehr.

Organisation: Die vorgegebene und zeitlich eng getaktete Arbeitsorganisation erfordert, dass Aufgaben zu einer und in einer bestimmten Zeit durchgeführt werden. Diese Vorgaben werden ohne Mitwirkung der Pflegenden erstellt und letztere fühlen sich genötigt, Patienten in diese Vorgaben einzupassen. Mitarbeiter haben kaum die Möglichkeit, flexibel zu reagieren. Die funktionale Orientierung führt dazu, Bedürfnisse der Patienten gar nicht wahrzunehmen, dagegen alles zu tun, was der Erfüllung der anstehenden Aufgabe dienlich ist: Patienten werden ermahnt, sich zu fügen, es ginge nicht anders, für die anderen Bedürfnisse sei keine Zeit da. Da Menschen mit Demenz langsamer reagieren, Absichten nicht verstehen, nicht sofort mitmachen, wird dies als Abwehr gedeutet. Immer wieder kommt es zu eskalierenden Situationen mit mehr oder weniger gewalttätigen ‚Lösungen‘. Selbstpflegefähigkeiten werden wenig wahrgenommen und unterstützt, Abhängigkeit unterstellt: so kommt es zum Widerstand, der wiederum zu Praktiken führt, welche die Selbstpflegefähigkeit schmälern, den Arbeitsaufwand der Pflegenden erhöhen und damit die Zuschreibung von Abhängigkeit betonieren – ein sich selbsterfüllender Teufelskreis. Pflegende bekunden, die Patienten gar nicht zu kennen, sich mit ihnen nur über Funktionales auszutauschen: dieser Austausch besteht weitgehend darin, Patienten zu belehren und sie über die Verhaltenserwartungen der Institution aufzuklären.

**Diskussion**: Die Autoren bezweifeln, dass sich mit Fort- und Weiterbildungen für Pflegende an dieser Situation etwas ändern lässt. Der vorgegebene Tourenplan bestimmt die Wahrnehmung und das Urteil mit der Folge, dass alles ‚Störende‘ als Abwehr, bedingt allein durch die Demenz, eingeordnet wird. Dabei wird ausgeblendet,



---

dass das Hospital bzw. seine Arbeitsorganisation eine wesentliche Ursache von Abhängigkeit, Stürzen und Mangelernährung darstellt. Pflegende vor Ort sehen sich in der Regel nicht befugt oder in der Lage, diesen Interessenskonflikt abzumildern und erhalten in dieser Hinsicht seitens ihrer Vorgesetzten keinerlei Unterstützung. Wesentliche Ursache dieser Zusammenhänge sehen die Autoren darin begründet, dass Pflegende kaum Bestimmungsmacht über ihre Arbeit besitzen.

**Quelle:** Featherstone, K., Northcott, A., Bridges, J. (2019). Routines of resistance: An ethnography of the care of people living with dementia in acute hospital wards and its consequences. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 53-60

**Schlagworte:** Demenz, Abwehrverhalten, Krankenhaus

**Vgl.:** Bridges, J., Collins, P., Flatley, M., Hope, J., Young, A. (2020). Older people's experience in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 102, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103469>

Die systematische Auswertung qualitativer Studien zu Erfahrungen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus greift auf ausgesuchte 63 Veröffentlichungen zurück. In der Regel erleben Patienten eine hohe Spannung zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Stationsroutinen („Tourenplänen“). Grundlegende Erfahrungen werden benannt mit: Angst, Verletzlichkeit, Wertlosigkeit, Machtlosigkeit, Entfremdung. Davon besonders betroffen sind Patienten mit Demenz, Delir, Schwierigkeiten beim Hören, Verstehen und Kommunizieren, alte Menschen mit Migrationshintergrund besonders bei bestehenden Verständigungsproblemen, Patienten mit hoher Gebrechlichkeit, insgesamt alte Menschen. Patienten erleben sich in einer durchweg passiven Rolle, von denen erwartet wird, sich ohne Widerstand den vorgesehenen Maßnahmen zu fügen und keine darüberhinausgehenden Wünsche und Bedürfnisse zu haben. Am ehesten sind es positiv erlebte Beziehungen zu Pflegenden, welche diese Erfahrungen abmildern helfen. Diese werden unter die Rubriken gefasst: meine Identität erhalten, mit mir Beziehung aufnehmen, mich beteiligen. Wenn Pflegenden den Eindruck vermitteln, dass ihnen am persönlichen Wohlergehen des Patienten etwas gelegen ist, dann verbessern sich die Erfahrungen sehr bedeutsam.

Zusammenfassend: Zu alten Menschen wird vergleichsweise ein wenig achtsamer Kontakt aufgenommen und strenger und reglementierender kommuniziert. Es wird

---

vermutet, dass alten Menschen kollektiv ein niedriger sozialer Status zugeschrieben, also stigmatisiert wird. Dies geschieht nicht mit Absicht, sondern ist das Ergebnis unbewusster Zuschreibungen zu Personen, die weniger gut zu den erwünschten Zielmerkmalen des Krankenhauses passen.

Bisherige Strategien zur Implementierung personenzentrierter Pflege im Krankenhaus erweisen sich als weitgehend unwirksam und bilden sich in den Erfahrungen alter Menschen kaum ab. Grundlegend gilt: je älter, je fragiler, je kognitiv beeinträchtigt, desto schlimmer. Es ist einzelnen Pflegenden überlassen, die im Versorgungssystem angelegte Stigmatisierung und Diskriminierung alter Menschen ein Stückweit zu kompensieren.

---

(13) Gute Vorbereitung hilft bei der Notaufnahme

**Ziel/Hintergrund:** Ohne gute Vorbereitung können Notaufnahmen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus in einem ‚perfekten Sturm‘ münden, da Bedürfnisse nicht rechtzeitig erkannt werden und das daraus resultierende Verhalten zu einer belastenden Verschlechterung des Zustandes führt. Vergleichsweise sehr viel häufiger müssen Menschen mit Demenz im Anschluss eine stationäre Aufnahme in Kauf nehmen. In Kanada wurden daraufhin 8 Instrumente für eine verbesserte Kommunikation entwickelt, um diese Situation zu entschärfen. Vorliegende Studie geht den Fragen nach: Wie nehmen pflegende Angehörige die Stärken und Schwächen dieser 8 Instrumente wahr? Welche Veränderungen regen sie an? Wie können der Zugang und die Nutzung dieser Instrumente verbessert werden?

**Das Instrument ‚Older Adult Hospital Readiness‘ (OAHR): (auszugsweise)**

*Bereiten Sie sich auf die Notaufnahme vor* (zentrale Botschaften und Übersicht über die Instrumente)

*Meine Notfalltasche* (Informationen zu Diagnose, Bedürfnissen, vorhandene Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen, behandelnde Ärzte, Angaben zu Hilfsmitteln etc.)

*Über mich* (Arzt der Notaufnahme wird auf Art und Ausprägung der Demenz hingewiesen und was dies für die Notfallsituation bedeuten könnte)

*Meine Medikation* (aktuelle Medikation, Hinweise, auf welche Medikamente möglichst verzichtet werden sollte)

*Wer mich am besten kennt* (Hinweise zum pflegenden Angehörigen)

*Meine Wünsche* (Dokument ‚Pflege im Voraus planen‘, Wünsche für den Umgang in gesundheitlichen Krisen)

*Ein Plan für die Entlassung* (die Entlassung vor der Ankunft planen, nicht am Wochenende und nicht in der Nacht, Fragen wie man die häusliche Situation stützen kann)

Über den angehängten Link können die Formulare bezogen werden.

**Methoden:** 14 pflegende Angehörige wurden in Form von Fokusinterviews befragt und anschließend qualitativ ausgewertet. Das Interview wies drei Schwerpunkte auf: Erfahrungen in die Notaufnahme zu kommen und wieder zu gehen, Rückblick auf die vorgestellten Instrumente,

---

Resultate: Insgesamt beurteilten die Angehörigen das Instrument positiv. Es könne dazu beitragen, Krisen vorzubeugen und herausforderndes Verhalten zu vermeiden. Vier Herausforderungen wurden benannt:

Aus wessen Perspektive? In der Regel würden Angehörige dies aus ihrer Perspektive ausfüllen, die aber nicht die der Person selbst sein mag. Die Frage ist ja: was ist denn wichtig, dass man über einen Patienten wissen muss. Dennoch: wenn es der Angehörige sei, der auch Hauptansprechpartner des Krankenhauses ist, dann sollten die Instrumente auch aus dessen Perspektive ausgefüllt werden. Das Instrument stelle eine Möglichkeit dar, Angehörige in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen. Es könnte hilfreich sein, diese Instrumente zusammen mit der Person mit Demenz in der Frühphase der Erkrankung auszufüllen, nach Möglichkeit zusammen mit einer dritten, professionellen Person. Praktischerweise wurde überlegt: regelmäßig aktualisieren, mehrere Kopien anfertigen, nach Krankenhausaufenthalt wieder mitnehmen.

Die Bedeutung der kleinen Dinge: es seien oft Kleinigkeiten, die Reaktionen auslösten. Mitzuteilen wären Tipps zur Beruhigung, wie eine Person auf Belastungen reagiert, was sie bei Ängsten tut – das sei entscheidend zu wissen.

Gehört werden: Teilnehmende brachten die Sorge zum Ausdruck, dass sorgfältig zusammengestellte Informationen vielleicht gar nicht gelesen und/oder berücksichtigt werden. Die Arbeit in der Notaufnahme geschehe unter angestrengten Bedingungen, da habe man keine Zeit – wie in stationären Bereichen – sich mit Papieren länger zu befassen. Es gelte, sich auf die für die Notaufnahme absolut wichtigen Aspekte zu beschränken. Kommt es nicht nach einer Notaufnahme zu einem stationären Aufenthalt, sei es wichtig, wichtige Informationen der Notaufnahme gleich mitzunehmen: diese seien im Nachgang oft schwierig zu beschaffen.

Fehlendes Wissen: Informationen könnten nur hilfreich sein, wenn die Diensthabenden vor Ort auch etwas damit anfangen können, z.B. auf ein Wissen zurückgreifen, was im Rahmen der Demenz ‚normal‘ ist. Minimal wäre wichtig, die Prozeduren in der Notaufnahme so zu gestalten, dass bei Menschen mit Demenz mitgebrachte Informationen zuallererst gelesen werden.

**Diskussion:** Es ist für die Familien und die Personen mit Demenz wichtig, nicht unvorbereitet in eine Notaufnahmesituation zu geraten. Sie sind dann nicht in gleichem Masse der Situation ausgeliefert, sondern haben ein Stück Selbstbestimmung zurückgewonnen. Die mitgebrachten Informationen können als vermittelnder Faktor wirken, um hospitalbedingte Schädigungen (Traumatisierungen, Stürze, Infektionen), Eskalationen und stationäre Aufnahmen zu reduzieren.

---

**Quelle:** Parke, B., Hunter, K., Schulz, M., Jouanne, L. (2019). Know me – a new person-centered approach for dementia-friendly emergency department care. *Dementia*, 18(2), 432-447

**Schlagworte:** Demenz, Krankenhaus, Notaufnahme

**Link:**

<https://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/Caring-for-someone/Hospital-visits>

**Vgl.:** Jacobsohn, G., Hollander, M. et al. (2019). Factors influencing emergency care by persons with dementia: stakeholders perceptions and unmet needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67, 711-718

Vorliegende Studie untersucht, wie die Bedürfnisse und Erfahrungen, also Perspektiven von Menschen mit Demenz, Angehörigen, Mitarbeitern der Gesundheitsdienste und andere Anspruchsberechtigten die Notaufnahme beeinflussen. Zielgerichtet ausgesuchte Personen werden interviewt und deren Aussagen qualitativ ausgewertet.

Zentrale Themen:

- Mangelnde Kommunikation zwischen den Diensten und informationelles ‚Gärtchendenken‘. So wissen Ärzte in der Notaufnahme nicht um die extramuralen Möglichkeiten der Versorgung, werden aber umgekehrt zuweilen ungenügend über vorhandene Diagnostik (eben häufig auch über Art und Schwere der Demenz) informiert.
- Angehörige sind oft uninformiert und hilflos, wenn bestimmte Symptome auftauchen, finden oft beim Hausarzt keine rechte Hilfe und wenden sich in der Not an die Notaufnahme. Umgekehrt bekennen die Hausärzte, sich mit Demenz und den relevanten Unterstützungsmöglichkeiten ungenügend auszukennen. Zudem sei dies eine zeitintensive und wenig lukrative Arbeit. Das beständige, unberechenbare ‚Navigieren‘ der Symptome sei für Angehörige sehr erschöpfend.
- Notaufnahmen sind wenig auf Menschen mit Demenz und ihre Angehörige vorbereitet. Viele landeten in der Notaufnahme, weil sie nicht wüssten, wohin. In der Notaufnahme würden oft viele Tests und Untersuchungen durchgeführt, die wiederum stationäre Aufenthalte nach sich zögen, die sich im Nachhinein als unnötig erwiesen.
- Empfohlen wird ein präventiver Ansatz auf verschiedenen Ebenen, um eine Notaufnahme überflüssig zu machen. Dazu gehört auch eine gezielte Schulung der

---

Angehörigen, damit diese Symptome besser einschätzen könnten. Gedacht wird an geriatrische ambulante Notfallteams, die Untersuchungen zuhause durchführen oder aber eine speziell ausgerichtete geriatrische Notfallambulanz. Ein immer ansprechbarer Case Manager, der im Notfall Angehörigen hilft, die richtigen Maßnahmen zu treffen, wird gleichfalls empfohlen.

---

(14) Sitzwachen kommen zumeist bei Menschen mit Demenz mit herausforderndem Verhalten zum Einsatz

**Ziel/Hintergrund:** Unter Sitzwachen versteht man die fortlaufende, ununterbrochene Präsenz bei und Beobachtung von Patienten durch eine Pflegeperson. Zumeist werden Sitzwachen von angelernten Pflegehilfskräften in Krankenhäusern durchgeführt, in der Regel auf ärztliche Anordnung. International liegen Leitlinien und erforderliche Qualitätsstandards nicht vor: wer dies warum wie lange mit welcher Qualifikation durchführt, was diese Arbeit umfasst, ob und in welchem Umfang die Sitzwache auch Pflege erfordert oder nicht. Sitzwachen werden zumeist angeordnet für ältere Menschen im Kontext von Demenz, Delir und Sturzgefahr, bei denen die ungewohnte Krankenhausumgebung eine Verschärfung und Zuspitzung herausfordernden Verhaltens zur Folge hat. Mit einer deutlichen Zunahme älterer Menschen mit kognitiven Einbußen im Krankenhaus ist zu rechnen. Da der Einsatz von Sitzwachen mit erheblichen Kosten verbunden ist, wird oft ein (eher impliziter) Druck ausgeübt, diese zugunsten von Fixierungen oder Sedierungen zu reduzieren. Vorliegende Studie untersucht Praktiken und Erfahrungen mit Sitzwachen in gezielt ausgewählten Krankenhäusern in New York, USA.

**Methoden:** Es handelt sich um eine multizentrische Studie mit einer Gelegenheitsstichprobe von Pflegenden und Ärzten in 5 Krankenhäusern aus New York. Beschrieben werden die Entwicklung und Auswertung des Fragebogens.

**Resultate:** 231 ausgefüllte (von 543 verteilten) Fragebögen konnten ausgewertet werden. Antwortende waren zumeist Pflegende (49%) und Ärzte (35,6%). 84% berichteten von wenigstens einer, 24% von zumeist 2 oder mehr Sitzwachen innerhalb der Woche. Anlass waren Demenz mit Agitiertheit (90%), suizidale Vorstellungen (82%) und Delir (79%). Sitzwache wird erforderlich bei Personen über 60 Jahren (77%) und bei Personen über 70 Jahren (62%). In 94% aller Sitzwachen wird diese von Pflegeassistenten oder Pflegehelfern durchgeführt, nicht von Angehörigen oder Freiwilligen. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden berichten über institutionellen Druck, Sitzwachen zu reduzieren und zu vermeiden. Nur 22% der Sitzwachen haben eine Schulung für den Umgang mit Personen mit herausforderndem Verhalten erfahren und etwa die Hälfte war der Meinung, es bedürfe mehr Ressourcen, um diese Dienstleistung im Krankenhaus gut zu stemmen.

---

An Alternativen zur Sitzwache werden genannt: erhöhte Beobachtung (z.B. im Aufenthaltsraum: 92%), Beobachtung durch Angehörige oder vermehrter Einsatz von sedierenden Psychopharmaka. Die Nachfrage nach Sitzwachen geht zumeist von Pflegenden aus, die vergleichsweise auch vermehrt der Überzeugung sind, dass Sitzwachen den Patienten zugutekommen. Interessant: Krankenhäuser mit speziellen Abteilungen für Menschen mit Demenz wiesen deutlich weniger Sitzwachen auf.

**Diskussion:** Die Studie bestätigt, dass Sitzwachen zumeist bei alten Menschen mit Demenz mit herausforderndem Verhalten (Agitiertheit) zum Einsatz kommen und es sich bei diesen Sitzwachen zumeist um Pflegeassistenten/Pflegehelfer ohne gezielte Ausbildung oder Vorbereitung auf diesen Einsatz handelt. Hier wären nationale Leitlinien sinnvoll, um eine Mindestqualifikation zu sichern.

In spezialisierten Einrichtungen scheinen die Umweltmodifikationen, eine andere Haltung der Mitarbeiter sowie Begleitung und Überwachung in Aufenthaltsräumen („cohorting“), eine aktivierende, tagesstrukturierende Pflege und Betreuung dazu beizutragen, dass Sitzwachen deutlich weniger eingesetzt werden müssen. Anstelle der Beobachtung tritt gezielte Beschäftigung und Aktivierung. Diesen Ansatz gelte es mit Nachdruck zu fördern.

Im Zweifelsfall wird zur Vermeidung von Sitzwachen zur physischen oder medikamentösen Fixierung gegriffen, obwohl die negativen Folgen für die Betroffenen sehr wohl bekannt sind.

Insgesamt werden Krankenhäuser sich vermehrt mit der Frage auseinandersetzen, in welchen Situationen qualifizierte Sitzwachen wirklich unverzichtbar sind und in welchen Situationen angepasste Bereiche die kostengünstigere aber auch qualitativ sinnvollere Alternative darstellen.

**Quelle:** Sinvani, L., Strunk, A., Wolf-Klein, G. et al. (2019). Constant observation practices for hospitalized persons with dementia: a survey study. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 34(4), 223-230

**Schlagworte:** Sitzwache, Demenz, herausforderndes Verhalten



---

(15) Psychiatrisch Pflegende arbeiten im Kern an der Selbstmotivation des Klienten

**Ziel/Hintergrund:** Psychiatrische Pflege in Kanada basiert auf dem Recovery-Konzept und dem Konzept personenzentrierter Pflege. Recovery bedeutet u.a., den Klienten befähigen, sich selbst Ziele zu setzen und an der eigenen Pflege und Versorgung engagiert mitzuwirken. Obgleich psychiatrisch Pflegende als wesentlicher Faktor in der Versorgung psychisch Kranker gelten, geht aus der Literatur nicht eindeutig hervor, welches Wissen und welche Praktiken genau damit einhergehen. Vorhandene Studie widmet sich der psychiatrischen Akutpflege, in der es um eine Einschätzung der Symptomatik, um eine Stabilisierung der Symptome, eine Gewährleistung der Sicherheit und um emotionale Unterstützung geht. Die Studie geht der Frage nach: was machen psychiatrisch Pflegende eigentlich?

**Methoden:** Sechs sehr erfahrene psychiatrische Pflegende mit einer akademischen Qualifikation und langjähriger Tätigkeit in der psychiatrischen Akutpflege werden befragt. Beschrieben wird die gezielte Suche nach den Teilnehmenden, Einschluss- und Ausschlusskriterien. Die Interviews erfolgten in Form von Einzelgesprächen. Beschrieben wird die qualitative Inhaltsanalyse. Die Ergebnisse werden unter 5 Rubriken vorgestellt.

**Resultate:**

Personenzierte Pflegepläne: Kernbestandteil ist die gemeinsame Erarbeitung eines Pflegeplans. Die Pläne werden an die Ressourcen, Stärken, Ziele und dem Entwicklungsstand der psychischen Verfassung laufend angepasst. Es geht darum die Klienten sukzessive zu befähigen, ihre Ziele zu bestimmen und zu erreichen. Klienten sollen im Rahmen einer in mancher Hinsicht restriktiven Umgebung zunehmend Bestimmungsmacht gegeben und damit Verantwortung für sich selbst vermittelt werden. Klienten erleben dabei die Pflegende als Unterstützung auf dem eigenen Weg.

Ziele entwickeln: Basierend auf den Stärken und Werten des Klienten werden Ziele entwickelt. Dabei geht es weniger darum, dass diese Ziele aus Sicht der Pflegenden sinnvoll und zielführend sind, sondern dass sie vom Klienten überhaupt gesetzt werden (können). Umfassendes Zuhören der Pflegenden ist die Grundlage dafür, dass Klienten Ziele für sich setzen können.

Empathie, Unterstützung, Hoffnung: Der Klient muss erleben, dass seine Sicht auf sich selbst verstanden wurde. Gemachte Erfahrungen werden bestätigt und ‚normalisiert‘ in

---

dem Sinne, dass auch andere Menschen diese Erfahrungen gemacht haben. Den Klienten wird Raum gegeben, sich so zu fühlen und so dazu auszudrücken, wie sie es wünschen, ohne dabei Korrekturen oder Einwände zu erfahren. Die Pflegende verzichtet auf Ratschläge, zeigt Mitgefühl und hat auch nicht immer Antworten. Wo immer möglich werden Aspekte aufgegriffen und gespiegelt, die hoffnungsvoll stimmen.

Zuhören: Zuhören wird als aktiver Prozess beschrieben. Es geht darum, nicht nur den Inhalt, sondern die Bedeutung, das Gewicht des Gesagten in Worte zu fassen, dieses auszusprechen, gemeinsame Formulierungen dafür zu finden. Dies beinhaltet auch, die Folgen und Wirkungen („impact“) dieser Formulierungen für das eigene Leben detailliert auszusprechen. Es braucht eine gewisse Zeit, bis ein gemeinsames Verständnis ausformuliert und ein Pflegeplan gemeinsam ausgearbeitet werden kann.

Personzentrierte Edukation: Zunehmende Informationen zum Krankheitsbild erlauben es dem Klienten, sein/ihr Verhalten in der Matrix der Erkrankung zu verstehen. Anhand von Fallbeispielen wird konkretisiert, wie Gesundungs- oder Anpassungsprozesse verlaufen können. Hierbei ist aufzugreifen, wie der Klient sich bisher stabilisiert hat und wie diese Strategien optimiert werden können. Dabei fließen auch Informationen über ambulante Hilfen und das jeweilig zur Verfügung stehende Unterstützungssystem ein. Zunehmend gilt es, die Familie in diese Psychoedukation einzubeziehen. Klient und Familie können günstigenfalls lernen, dass man trotz einer psychischen Erkrankung produktiv sein und ein gutes Leben führen kann. Praktische Übungen (z.B. Atemübungen zur Selbstberuhigung) werden vermehrt aufgegriffen und eintrainiert.

Copingstile verstärken: Auf der Basis bisher gelebter Copingstile wird geschaut, welche Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen anschlussfähig sind und welche nicht. Es geht darum, die inneren Ressourcen des Klienten zu stärken und damit zur Entwicklung von Hoffnung beizutragen. Ein Werkzeugkasten wird zusammengestellt, damit der Klient sich selbst besser helfen kann. Dies betrifft sowohl sein Wissen als auch konkrete Praktiken (Entspannungsübungen, Aktivitäten, hilfreiche Routinen, Kontaktpflege etc.).

**Diskussion:** Insgesamt geht es darum, eine therapeutische Allianz mit nachfolgender Adhärenz aufzubauen. Die Behandlung besteht darin, dass der Klient lernt, sich selbst zu helfen, zu motivieren, zu ‚behandeln‘. Dies gelingt nur durch Machtverzicht, Geduld, Zuhören seitens der Pflegenden. Sind Ziele gesetzt, dann gilt es, bei deren Verfolgung zu unterstützen, indem man gemeinsam reflektiert, Ergebnisse festhält, den Plan weiter anpasst. Es entsteht dadurch eine zunehmende Intentionalität und damit auch

---

Hoffnung seitens des Klienten. Letzteres gilt als wesentlich für psychische Gesundheit und hängt eng zusammen mit Selbstwert, Selbstwirksamkeit und Wohlbefinden. Abschließend empfehlen die Autoren, sich in der Forschung vermehrt mit dem Thema der Motivation und Zielentwicklung sowie dem Zusammenhang zwischen Hoffnung und psychischer Gesundheit zu befassen.

**Quelle:** Thomson, A., Racher, F., Clements, K. (2019). Person-centered psychiatric nursing interventions in acute care settings. *Issues in mental health nursing*, 40(8), 682-689

**Schlagworte:** psychiatrische Pflege, Akutbereich, recovery. Personzentriert

---

***DIALOGZENTRUM LEBEN IM ALTER (DZLA)***

***Hochschule Osnabrück***

***Caprivistr. 30a • 49076 Osnabrück  
Telefon +49 (0)541/969-3233***

***[dzla@hs-osnabrueck.de](mailto:dzla@hs-osnabrueck.de) || [www.dzla.de](http://www.dzla.de)***

***© DZLA 2020***

