



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Der ambulante Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen“

Eine qualitative Untersuchung aus der Sicht der Pflegenden

Verfasserin

Karin Havel-Siegert

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im September 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst, keine anderen Quellen als die angegebenen benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich habe dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Diese Diplomarbeit stimmt mit der zur Begutachtung vorgelegten und beurteilten Arbeit überein.

Datum

Unterschrift

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mich bei meiner Diplomarbeit unterstützt haben und ohne deren Hilfe die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine Diplomarbeitsbetreuerin, Frau Prof. Hanna Mayer, für ihre kompetente und wertschätzende Betreuung und Beratung.

Weiters möchte ich mich bei denjenigen Personen bedanken, die mir den Zugang zu meinem Forschungsfeld ermöglicht haben, indem sie mir die Durchführung der Interviews in den jeweiligen Organisationen gestattet haben. Meinen InterviewpartnerInnen danke ich, dass sie sich zu einem Interview bereit erklärt haben und mir dadurch ein Einblick in den ambulanten Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen ermöglicht wurde.

Ein besonderes Dankeschön gebührt außerdem meinem Mann Richard, der immer für mich da war und mich in all den Jahren äußerst liebevoll unterstützt, bestärkt und an meine Fähigkeiten geglaubt hat.

ABSTRACT

Die vorliegende Diplomarbeit untersucht, wie Beschäftigte aus dem Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung ihren Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen erleben und diesen bewältigen. Um die Sichtweise der Pflegenden zu erforschen wurden insgesamt 15 Interviews mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen und HeimhelferInnen durchgeführt und mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die wichtigsten Erkenntnisse der Untersuchung sind, dass die Pflegenden die häusliche Versorgungsform als besonders positiv für demenzkranke Menschen ansehen, obwohl sie auch einige Herausforderungen im Umgang mit den Erkrankten geschildert haben. Erschwerend im Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen wirken sich vor allem die ungünstigen Rahmenbedingungen aus. Ein enormer Zeitdruck, zu wenig Betreuungskontinuität sowie eine unzureichende Ausbildung über Demenz und den Umgang mit demenzkranken Menschen wirken sich hinderlich auf die Qualität der Pflege und die damit verbundene Lebensqualität der Erkrankten aus. Aber auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von vielen Pflegenden als belastend empfunden. Viele pflegende Angehörige wissen nur wenig über die Erkrankung. Bescheid und benötigen aufgrund der enormen Belastungen durch die Pflege emotionale Unterstützung und Zuwendung.

Für eine erfolgreiche Bewältigung des ambulanten Arbeitsalltags mit demenzkranken Menschen wären deshalb ein erhöhter Zeitrahmen, mehr Betreuungskontinuität sowie eine bessere Ausbildung für die Pflegenden wünschenswert. Zudem wäre es wichtig, den Fokus nicht nur auf die Erkrankten, sondern auch auf die Angehörigen zu richten und ihre Kompetenzen zu stärken.

ABSTRACT

This thesis investigates how employees in the field of ambulatory care experience their everyday work with people suffering from dementia and deal with this. To explore the view of the nursing staff, a total of 15 interviews were conducted and analyzed using qualitative content analysis by Mayring.

The most important findings are that nursing staff believe that home care is especially good for people with dementia, although they have also described some challenges in dealing with these persons. Aggravating in daily live care are especially the unfavourable conditions. An enormous time pressure, a lack of continuity of care and an inadequate education about dementia and how to deal with dementia patients have a hindrance on the quality of care and the quality of live of the sufferers from dementia. In addition, the cooperation with the relatives is felt by many nurses as stressful. Many relatives have little knowledge about the disease and need emotional support and affection.

Therefore an increased time frame, more continuity of care and better training for nurses is essential. It would also be important to direct the focus on the care-giving relatives and strengthen their skills.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	14
1.1	Ausgangslage und Problemstellung.....	14
1.2	Ziel und Fragestellungen der Arbeit	15
1.3	Aufbau der Arbeit und Kapitelübersicht.....	16
	THEORETISCHER RAHMEN.....	18
2	DEMENZ.....	18
2.1	Epidemiologie	18
2.1.1	Prävalenz und Inzidenz	18
2.1.2	Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich.....	19
2.1.3	Krankheitsdauer und Mortalitätsrisiko.....	20
2.2	Begriffsbestimmung Demenz	20
2.3	Formen der Demenz.....	21
2.3.1	Primäre oder hirnorganische Demenzen	21
2.3.1.1	Degenerative Demenz	22
2.3.1.2	Vaskuläre Demenz	22
2.3.1.3	Degenerativ-vaskuläre Mischformen.....	22
2.3.2	Sekundäre oder nicht-hirnorganische Demenzen.....	22
2.4	Stadien der Demenz	23
2.4.1	Leichte Demenz	23
2.4.2	Mittelschwere Demenz.....	23
2.4.3	Schwere Demenz.....	23
2.5	Begleitsymptome der Demenz	24
2.5.1	Kognitive und somatische Symptome.....	24
2.5.1.1	Störungen des Gedächtnisses (Amnesie)	24
2.5.1.2	Störungen der Handlungsfähigkeit (Apraxie)	25
2.5.1.3	Störungen der Sprache (Aphasie).....	25
2.5.1.4	Störungen des Wiedererkennens (Agnosie).....	25
2.5.1.5	Störungen des abstrakten Denkens.....	26
2.5.1.6	Störungen des Urteilsvermögens.....	26
2.5.1.7	Störungen von Blase und Darm	26

2.5.1.8	Schluckbeschwerden	26
2.5.2	Neuropsychiatrische Begleitsymptome.....	26
2.5.2.1	Psychomotorische Unruhe und zielloses Umherwandern.....	27
2.5.2.2	Schlafstörungen und gestörter Tag-/Nachtrhythmus	27
2.5.2.3	Depressive Verstimmungen und Antriebsstörungen.....	28
2.5.2.4	Angst und Panikreaktionen	28
2.5.2.5	Aggressives Verhalten	28
2.5.2.6	Wirklichkeitsferne Überzeugungen, Halluzination und Wahn .	29
3	AMBULANTE PFLEGE UND BETREUUNG	29
3.1	Soziale Dienste.....	29
3.2	Berufsgruppen	31
3.3	Finanzierung.....	31
3.4	Besonderheiten im ambulanten Pflegealltag.....	32
3.4.1	Tätigkeit im Außendienst	32
3.4.2	Tätigkeit im häuslichen Umfeld.....	33
3.4.3	Unwägbarkeiten und situationsabhängige Arbeit	33
3.4.4	Einzelarbeit und Argumentationsdruck.....	34
4	STAND DER FORSCHUNG	34
4.1	Durchführung der Literaturrecherche	35
4.2	Darstellung des Forschungsstands	35
	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	43
5	BESCHREIBUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG.....	43
5.1	Forschungsansatz und Erhebung der Daten	43
5.1.1	Feldzugang und Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	44
5.1.2	Durchführung der Interviews	44
5.2	Aufbereitung und Auswertung der Daten	44
5.3	Ethische Überlegungen	46
5.3.1	Umfassende Information und freiwillige Zustimmung.....	46
5.3.2	Gewährung der Anonymität.....	47
5.3.3	Schutz vor etwaigen Schäden.....	47
5.3.4	Wahrhaftigkeit.....	48
5.4	Gütekriterien	48
6	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	50
6.1	Der Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen.....	50

6.1.1	Besondere Herausforderungen bei der Pflege/Betreuung.....	51
6.1.2	Beeinträchtigende Rahmenbedingungen.....	62
6.1.3	Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	69
6.1.4	Positive Aspekte bei der Pflege und Betreuung.....	74
6.2	Spezielle Anforderungen für die Pflege und Betreuung	75
6.2.1	Anforderungen an die Organisation	76
6.2.2	Anforderungen an die Pflegenden.....	78
6.3	Hilfreiche Strategien bei der Pflege und Betreuung	81
6.3.1	Persönliche Strategien der Pflegenden.....	81
6.3.2	Strategien auf der Strukturebene	87
7	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION.....	91
8	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK.....	93
	LITERATURVERZEICHNIS	95
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	105
	ANHANG	106

1 EINLEITUNG

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist es in den letzten Jahrzehnten zu einer deutlichen Zunahme von Demenzerkrankungen gekommen. Dies bedeutet eine Herausforderung für die Gesellschaft und den Bereich der Pflege, um demenzkranken Menschen eine adäquate und leistbare Versorgung bieten zu können.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

In den letzten 100 Jahren hat sich die Altersstruktur in Österreich stark gewandelt. In diesem Zeitraum verdreifachte sich der Anteil der über 60-Jährigen in der Bevölkerung und für die Zukunft sagen Prognosen einen weiteren Anstieg an älteren und hochaltrigen Menschen in unserer Gesellschaft voraus. So soll sich beispielsweise die Zahl der über 90-Jährigen von 42.000 im Jahr 2000 auf 175.000 im Jahr 2050 vervielfachen (Wancata, 2002).

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird auch eine deutliche Zunahme an Demenzerkrankungen erwartet, weil ein erhöhtes Lebensalter der wesentlichste Risikofaktor für eine Erkrankung ist (Weyerer, Bickel, 2007, S. 61). Schätzungen gehen davon aus, dass sich die Zahl der demenzkranken Menschen in Österreich von 90.500 im Jahr 2000 auf etwa 233.800 im Jahr 2050 erhöhen wird. Ein derartiger Anstieg bedeutet eine besondere Herausforderung für die Pflege, weil Demenzerkrankungen eine der Hauptursachen für Pflegebedürftigkeit sind (Wancata, 2002).

Die Mehrheit der Erkrankten wird in Privathaushalten von Familienmitgliedern gepflegt. Laut Lankers et. al. (2010) wird diese Form der Versorgung allerdings immer schwieriger werden. Mehr als 60 % der Hauptpflegepersonen sind bereits über 55 Jahre alt und können mit zunehmendem Alter immer weniger die körperlich belastenden Pflegetätigkeiten bewältigen. Aber auch der Wandel des traditionellen Familienbildes sowie die zunehmende Erwerbstätigkeit bei den

Frauen, die in den meisten Fällen die Pflege übernehmen, verändern die Versorgungssituation im häuslichen Umfeld (Lankers et. al., 2010; Hasseler, 2004, S. 23-24; Bickel, 2001).

Diese Veränderungen haben auch Auswirkungen auf den Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung. Laut Krenn (2003, S. 68) hat die Zahl der demenzkranken Menschen, die von ambulanten Diensten versorgt werden, stark zugenommen. Dies bedeutet eine Herausforderung für die Beschäftigten in diesem Bereich, weil die Pflege von demenzkranken Menschen aufwändiger, zeitintensiver und aufgrund der neuropsychiatrischen Begleitsymptome auch belastender ist als die Pflege von körperlich beeinträchtigten Menschen ohne Demenz (Weyerer, Schäufele, 2009, S. 23-24; Rüsing et. al., 2008; Orsini, 2009). Zudem klagen die Pflegenden über einen zunehmenden Arbeits- und Zeitdruck und eine unzureichende Vorbereitung für den Umgang mit demenzkranken und psychisch kranken Menschen. Durch diese Arbeitsbedingungen ergeben sich Belastungen, die langfristig die Gesundheit der Pflegenden und die hohe Dienstleistungsqualität gefährden (Krenn, 2003, S. 67-68).

1.2 Ziel und Fragestellungen der Arbeit

Die ambulanten Dienste leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft und spielen bei der Versorgung von demenzkranken Menschen im häuslichen Umfeld eine wesentliche Rolle (Schwarz, Lange, 2000). Dennoch ist laut Krenn (2003, S. 1) der Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung eines der am meisten unterschätzten Arbeitsfelder und über die Arbeitssituation in der ambulanten Pflege ist im Vergleich zur stationären Pflege nur wenig bekannt (Weyerer, 2003, S. 188).

Die vorliegende Arbeit möchte deshalb aufzeigen, wie Pflegende aus den ambulanten Diensten ihren Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen erleben. Da in einigen Ländern bereits spezielle Pflegeangebote für demenzkranke Menschen entwickelt wurden (Lahat, 2006; Snayde, Moriarty, 2009), soll zudem

erkundet werden, welche speziellen Anforderungen nach Meinung der Pflegenden für eine qualitätsvolle Betreuung von demenzkranken Menschen erforderlich sind. Weiters soll erforscht werden, welche Strategien von den Pflegenden bei der Betreuung von demenzkranken Menschen angewendet werden, um diese besser bewältigen zu können.

Aufgrund des zuvor genannten Erkenntnisinteresses haben sich für die vorliegende Diplomarbeit folgende Forschungsfragen ergeben, die näher untersucht wurden:

- Wie erleben die Pflegenden ihren Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen?
- Welche speziellen Anforderungen sind für die ambulante Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen erforderlich?
- Welche Strategien haben die Pflegenden entwickelt, um demenzkranke Menschen besser betreuen zu können?

1.3 Aufbau der Arbeit und Kapitelübersicht

Die vorliegende Diplomarbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil, wobei der Schwerpunkt der Arbeit auf den empirischen Teil gerichtet ist. Im theoretischen Teil wird in Kapitel 2 zunächst etwas näher auf die Thematik der Demenz eingegangen, in Kapitel 3 wird ein kurzer Einblick in den Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung sowie die Besonderheiten im ambulanten Pflegealltag gegeben und Kapitel 4 zeigt eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand anhand einiger ausgewählter Studien, die dargestellt und etwas näher beschrieben werden.

Im empirischen Teil der Arbeit wird in Kapitel 5 auf die Forschungsmethodik eingegangen, indem der Forschungsansatz sowie die Erhebung und die Auswertung der Daten beschrieben werden. Weiters wird auf die ethischen Grundsätze und Gütekriterien einer wissenschaftlichen Arbeit eingegangen. In

Kapitel 6 werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dargestellt und mittels Originalzitaten aus den Interviews näher erläutert und beschrieben. In Kapitel 7 werden die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst und diskutiert, während in Kapitel 8 die Schlussfolgerungen dargestellt werden.

THEORETISCHER RAHMEN

2 DEMENZ

Demenz ist kein Phänomen unserer Zeit, bereits im Altertum wurde der Begriff "dementia" für einen Zustand anhaltender Sinnestäuschung verwendet (Förstl, 2005, S. 3). Aufgrund der demographischen Alterung ist die Zahl der demenzkranken Menschen in unserer Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten allerdings stark angestiegen, wodurch sich der Bereich der Pflege neuen Herausforderungen gegenübergestellt sieht (Wancata, 2002).

2.1 Epidemiologie

Der größte Risikofaktor für eine Demenzerkrankung ist ein höheres Lebensalter, deshalb werden Demenzen auch als typische Alterskrankheiten angesehen. Aufgrund der längeren Lebenserwartung sind Frauen häufiger von der Erkrankung betroffen als Männer, Studien zufolge sind mehr als 70% der erkrankten Personen Frauen (Bickel, 2001; Schmidt et. al., 2008, S. 3; Weyerer, Bickel, 2007, S. 61-68).

2.1.1 Prävalenz und Inzidenz

Sowohl bei der Prävalenz als auch der Inzidenz ist mit zunehmendem Alter ein steiler Anstieg zu beobachten. Nach Weyerer und Bickel (2007, S. 63) beträgt die Prävalenzrate für die 65- bis 69-jährige Bevölkerungsgruppe in den Industrienationen etwas mehr als 1 %, in der Altersgruppe der über 90-Jährigen sind es bereits mehr als 30 %. Nach dem 90. Lebensjahr flacht dieser Anstieg allerdings wieder ab und erreicht möglicherweise sogar ein Plateau (Weyerer, Bickel, 2007, S. 65-66).

Die jährliche Inzidenzrate beträgt bei den 65- bis 69-Jährigen 0,3 % und steigt bei den 90-Jährigen auf 7 % an. Aufgrund dieser Altersverteilung kann davon ausgegangen werden, dass von Demenzen überwiegend höchstbetagte Menschen betroffen sind (Bickel, 2001; Weyerer, Bickel, 2007, S. 70).

2.1.2 Entwicklung der Demenzerkrankungen in Österreich

Wancata (2002) hat mittels Bevölkerungsvorausschätzungen des Österreichischen Statistischen Zentralamtes die Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich für die kommenden Jahrzehnte berechnet. Seinen Berechnungen zufolge beträgt die Prävalenzrate bei den über 60-Jährigen im Jahr 2000 5,41 % und wird bis zum Jahr 2050 auf das 2,58-fache, nämlich auf 8,28 %, ansteigen. Die zwei häufigsten Formen der Demenz, die Alzheimer und die vaskuläre Demenz, werden sich von 3,41 % bzw. 0,94 % im Jahr 2000 auf 5,36 % bzw. 1,42 % im Jahr 2050 erhöhen.

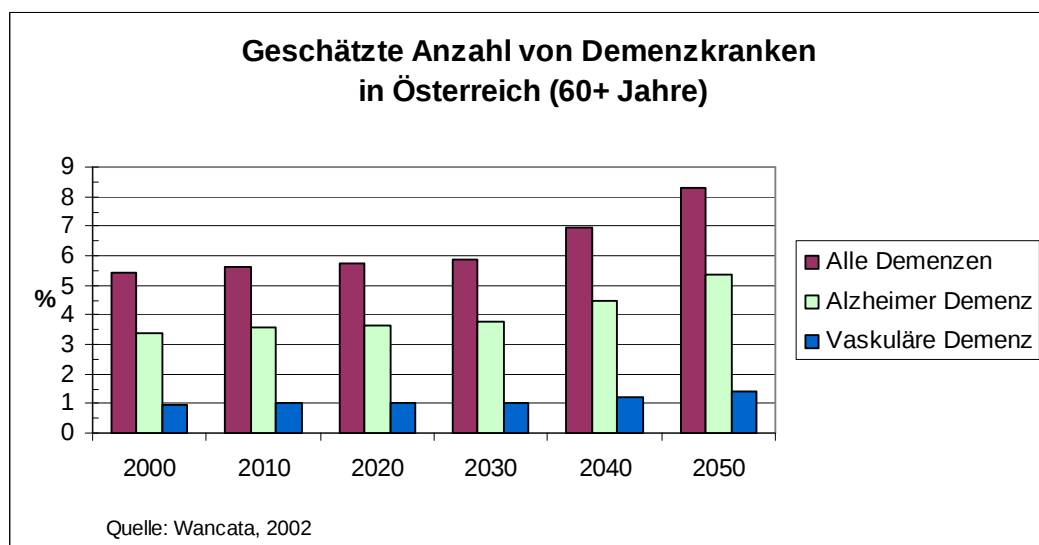


Abbildung 1: Mittlere Prävalenz nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der über 60-Jährigen in Österreich, Wancata (2002)

Die Zahl der Neuerkrankungen wird sich von 1,49 % im Jahr 2000 auf 2,29 % im Jahr 2050 ebenfalls erhöhen, wobei der Anteil der Alzheimer-Demenz und der vaskulären Demenz auf 0,81 % bzw. 0,19 % im Jahr 2000 und 1,32 % bzw. 0,28 % im Jahr 2050 geschätzt werden (Wancata, 2002)

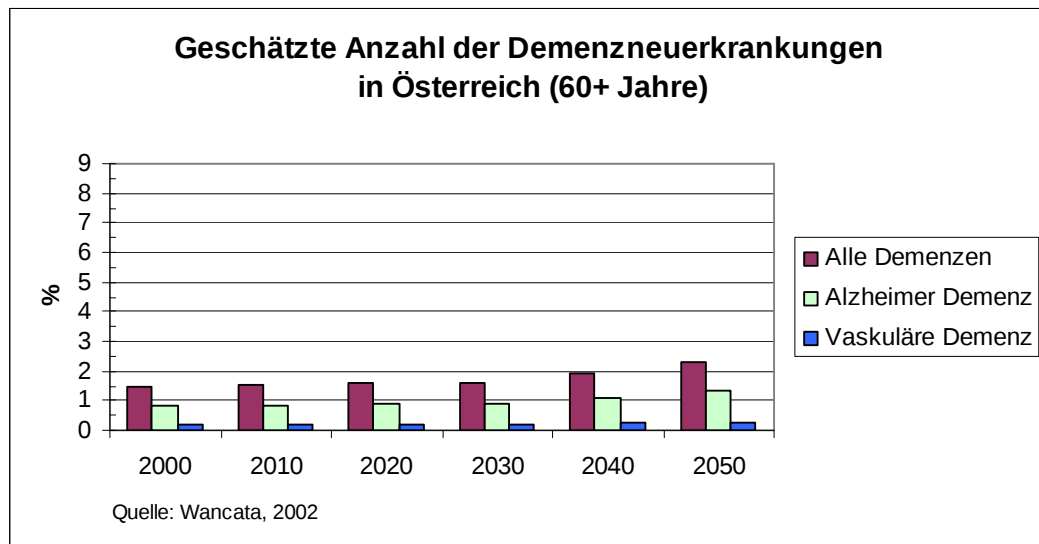


Abbildung 2: Mittlere Inzidenz nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der über 60-Jährigen in Österreich, Wancata (2002)

2.1.3 Krankheitsdauer und Mortalitätsrisiko

Die Krankheitsdauer ist schwierig zu ermitteln, weil die Vor- und Frühstadien einer Demenz häufig nicht erkannt und somit diagnostiziert werden können. Das Mortalitätsrisiko ist im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung in derselben Altersgruppe um das zwei- bis fünffache erhöht (Weyerer, Bickel, 2007, S. 77).

2.2 Begriffsbestimmung Demenz

"Das Wort "Demenz" stammt vom lateinischen Wort "dementia" ab und bedeutet so viel wie ohne Geist oder ohne Verstand" (Gatterer, Croy, 2005, S.10).

Im klinischen Sprachgebrauch versteht man unter einer Demenz eine erworbene Erkrankung des Gehirns, die zu einem deutlichen Verlust der geistigen Fähigkeiten führt und das Alltagsleben beeinträchtigt. Für die Diagnose einer Demenzerkrankung müssen laut ICD-10 (International Classification of Diseases) folgende Kriterien erfüllt sein (Förstl, Calabrese, 2001, S. 3):

- Es hat eine Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten, wie beispielsweise der Urteilsfähigkeit oder des Denkvermögens, stattgefunden
- Es gibt keinen Hinweis auf einen vorübergehenden Verwirrheitszustand, sondern die Störungen dauern seit mindestens 6 Monaten an
- Es ist außerdem eine Störung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens, wie z.B. emotionale Labilität oder Reizbarkeit, zu beobachten

2.3 Formen der Demenz

Mit dem Begriff "Demenz" wird kein einheitliches Krankheitsbild beschrieben, sondern es gibt verschiedene Formen der Demenz, die eine Vielzahl unterschiedlicher Ursachen haben. Hinsichtlich der Grunderkrankung können Demenzen in zwei Gruppen eingeteilt werden (Füsgen, 2004, S. 33; Gatterer, Croy, 2005, S. 12; Lind, 2007, S.37; Weyerer, Bickel, 2007, S. 58):

- Primäre oder hirnorganische Demenzen
- Sekundäre oder nicht-hirnorganische Demenzen

2.3.1 Primäre oder hirnorganische Demenzen

Bei den primären oder hirnorganischen Demenzen ist das Gehirn direkt von der Erkrankung betroffen, etwa 80 bis 90 % aller Demenzerkrankungen zählen zu dieser Gruppe. Primäre Demenzen sind irreversibel, haben einen progredienten Krankheitsverlauf und sind nach heutigem Stand der Wissenschaft unheilbar (Füsgen, 2004, S. 33; Lind, 2007, S. 37).

Bei den primären Demenzen können folgende Formen unterschieden werden:

2.3.1.1 *Degenerative Demenz*

Der Begriff "Degenerative Demenz" umfasst unterschiedliche Krankheitsbilder, die als gemeinsames Merkmal einen chronisch fortschreitenden Krankheitsverlauf mit neuronalen Zelluntergängen haben. Die bekannteste und häufigste Form der degenerativen Demenz ist die **Demenz vom Alzheimer-Typ**, weitere Formen sind beispielsweise die Lewy-Körper-Demenz oder die Fronto-temporale Demenz (Füsgen, 2004, S. 33; Grond, 2009, S. 16-17; Lind, 2007, S. 38).

2.3.1.2 *Vaskuläre Demenz*

"Vaskuläre Demenz" ist ein Oberbegriff für Demenzformen, die durch Erkrankungen der Hirngefäße ausgelöst werden. Sie ist die zweithäufigste Ursache für eine Demenzerkrankung in Europa (Füsgen, 2004, S. 33; Haberl, Schreiber, 2001, S. 63-65; Lind, 2007, S. 38; Schmidtke, 2006, S. 208).

2.3.1.3 *Degenerativ-vaskuläre Mischformen*

Mit zunehmenden Alter treten häufig Mischformen zwischen degenerativer und vaskulärer Demenz auf (Füsgen, 2004, S. 33).

2.3.2 *Sekundäre oder nicht-hirnorganische Demenzen*

Bei den sekundären oder nicht-hirnorganischen Demenzen ist die Krankheitsursache in einem anderen Organ als dem Gehirn zu suchen. Es kommt zu Hirnleistungsstörungen, die verschiedene Ursachen haben können, wie beispielsweise endokrine Störungen, Stoffwechselerkrankungen, Vitamindefizite oder Alkoholabusus. Sekundäre Demenzen sind häufig reversibel, ihr Vorkommen liegt bei etwa 10 bis 20 % der Demenzen (Füsgen, 2004, S. 33; Grond, 2009, S. 16; S. Lind, 2007, S. 37).

2.4 Stadien der Demenz

Bei einer Demenz werden folgende drei Schweregrade oder Stadien unterschieden:

2.4.1 Leichte Demenz

Bei Vorliegen einer leichten Demenz ist es für die Erkrankten noch möglich, dass sie ein unabhängiges Leben führen können. Aufgrund der Erkrankung ist es aber bereits zu kognitiven Einschränkungen gekommen, die die Bewältigung des täglichen Lebens beeinträchtigen können. Die Leistungen des Gedächtnisses und des Denkvermögens haben nachgelassen und das Erlernen neuer Informationen fällt den Betroffenen schon schwer. Komplizierte Aufgaben können nicht mehr durchgeführt werden und in fremder Umgebung treten erste Orientierungsunsicherheiten auf (Förstl, Calabrese, 2001, S. 4; Füsgen, 2004, S. 37-39; Grond, 2009, S. 48; Wächtler, 2003, S. 2-3).

2.4.2 Mittelschwere Demenz

Im mittleren Stadium einer Demenz haben die Gedächtnisstörungen zugenommen und die Erkrankten können nur mehr gut gelerntes und vertrautes Material behalten. Sie verlieren und verlegen immer wieder Gegenstände, vergessen Verabredungen, die räumlichen Orientierungsstörungen werden stärker und Sprachstörungen treten auf. Die selbständige Lebensführung ist nur noch eingeschränkt möglich und ein gewisses Maß an Aufsicht bereits erforderlich (Förstl, Calabrese, 2001, S. 4; Füsgen, 2004, S. 37-39; Grond, 2009, S. 48; Wächtler, 2003, S. 2-3).

2.4.3 Schwere Demenz

Wenn die Erkrankung schon so weit fortgeschritten ist, dass von einer schweren Demenz gesprochen werden kann, sind die Erkrankten nicht mehr in der Lage sich selbst zu versorgen und auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen. In

diesem Stadium ist auch eine ständige Aufsicht erforderlich. Die Betroffenen leiden unter schwerem Gedächtnisverlust und können neue Informationen weder behalten noch verarbeiten. Eine räumliche Orientierung ist nicht mehr möglich und zunehmend gehen sowohl die motorischen Fähigkeiten als auch die Sprache verloren (Förstl, Calabrese, 2001, S. 4; Füsgen, 2004, S. 37-39; Grond, 2009, S. 48; Wächtler, 2003, S. 2-3).

2.5 Begleitsymptome der Demenz

Im Verlauf einer Demenz weisen fast alle Erkrankten Begleitsymptome auf, wobei zu Beginn der Erkrankung vor allem die Gedächtnisstörungen sowie weitere kognitive Symptome im Vordergrund stehen. In weiterer Folge kommt es häufig zu psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (Füsgen, 2004, S. 36; Grond, 2009, S. 22-23), die bei der Betreuung von demenzkranken Menschen eine große Herausforderung für alle Beteiligten darstellen (Halek, Bartholomeyczik, 2006, S. 9; Thomas et. al., 2002).

2.5.1 Kognitive und somatische Symptome

Zu den kognitiven Symptomen zählen verschiedene Denk-Ausfälle, die in ihrer Ausprägung schwanken können. Wenn die Erkrankung weiter voranschreitet kann es auch zu somatischen Begleitsymptomen, wie beispielsweise einer Harn- und Stuhlinkontinenz, kommen (Grond, 2009, S. 22-24; Perrar et. al., 2007, S. 113-114).

2.5.1.1 Störungen des Gedächtnisses (Amnesie)

Gedächtnisstörungen werden als die Kerndefizite einer Demenz angesehen. Zu Beginn der Erkrankung machen sich zunächst Störungen des Kurzzeitgedächtnisses bemerkbar, im späteren Verlauf kommt es auch zu Störungen des Altgedächtnisses und des Erinnerungsvermögens. Dies führt soweit, dass in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz selbst nahe

Angehörige und Familienmitglieder von den Erkrankten nicht mehr erkannt werden können (Grond, 2009, S. 20-21; Perrar et. al., 2007, S. 113).

2.5.1.2 Störungen der Handlungsfähigkeit (Apraxie)

Aufgrund der Hirnleistungsstörungen sind die Erkrankten immer weniger dazu in der Lage, ihre Motorik so einzusetzen, dass sie ziel- und zweckgerichtete Bewegungen und Handlungen ausführen können. Dies hat gravierende Folgen für den Alltag, weil selbst einfache Tätigkeiten, wie beispielsweise das An- und Auskleiden, nicht mehr bewältigt werden (Grond, 2009, S. 21; Schmidtke, 2006, S. 41; Perrar et. al.; 2007, S. 114; Stoppe, 2007, S. 51).

2.5.1.3 Störungen der Sprache (Aphasie)

Störungen der Sprache sind ein sehr häufiges Symptom, wobei es sowohl zu Störungen des sprachlichen Ausdrucksvermögens als auch des Sprachverständnisses kommt. Manchmal finden die Erkrankten auch die richtigen Bezeichnungen nicht mehr und gebrauchen Umschreibungen, die Außenstehende meist nicht verstehen können (Gatterer, Croy, 2005, S. 127; Grond, 2009, S. 22; Perrar et. al., 2007, S. 114).

2.5.1.4 Störungen des Wiedererkennens (Agnosie)

In einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz können Sinneseindrücke nicht mehr bewusst verarbeitet werden, wodurch die Erkrankten die Fähigkeit verlieren ihren Wahrnehmungen die richtige Bedeutung zuzuordnen zu können. Es fällt ihnen deshalb schwer Gegenstände und Personen wieder zu erkennen und zu identifizieren (Grond, 2009, S. 22; Lind, 2007, S. 54; Stoppe, 2007, S. 51; Perrar et. al., 2007, S. 114).

2.5.1.5 *Störungen des abstrakten Denkens*

Die Fähigkeit logisch und zielgerichtet zu denken geht im Verlauf der Erkrankung ebenfalls verloren (Grond, 2009, S. 22; Perrar et. al., 2007, S. 113).

2.5.1.6 *Störungen des Urteilsvermögens*

Eine angemessene Beurteilung und Bewältigung der Umwelt fällt demenzkranken Menschen im Verlauf der Erkrankung immer schwerer, weil sie Situationen nicht mehr adäquat erfassen und somit richtig einschätzen können (Bowlby Sifton, 2008, S. 162; Lind, 2007, S. 44-45; Perrar et. al., 2007, S. 113).

2.5.1.7 *Störungen von Blase und Darm*

Wenn die Demenz weiter fortgeschritten ist, kommt es häufig zu einer Harn- und in späterer Folge auch zu einer Stuhlinkontinenz, die sowohl organische als auch psychische Ursachen haben können (Gatterer, Croy, 2005, S. 202). Laut Grond (2009, S. 24) leidet die Hälfte der erkrankten Personen an einer Verstopfung, die zu Kotsteinen führen kann, auf die manche Erkrankte mit Stuhlschmierern reagieren.

2.5.1.8 *Schluckbeschwerden*

In einem fortgeschrittenem Krankheitsstadium kann es auch zu Schluckbeschwerden kommen, wodurch die Gefahr des Verschluckens und Erstickens besteht (Gatterer, Croy, 2005, S. 138).

2.5.2 *Neuropsychiatrische Begleitsymptome*

Im mittleren bis schweren Stadium einer Demenz treten bei der Mehrheit der Erkrankten neuropsychiatrische Begleitsymptome auf (Gatterer, Croy, 2005, S. 122), die mit einer Veränderung des Verhaltens einhergehen. Für die Angehörigen stellen die kognitiven und somatischen Symptome eine weit geringere Belastung

dar als die Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen, welche die häufigste Ursache für eine Heimeinweisung demenzkranker Menschen sind (Baier, Romero, 2001, S. 399; Gatterer, Croy, 2005, S. 230; Gutzmann, Steenweg, 2001, S. 235).

Aber auch professionell Pflegende empfinden Verhaltensweisen, wie beispielsweise zielloses Herumwandern, Aggressivität oder Apathie, als belastend. Die Verhaltensweisen der Erkrankten sind außerdem kaum vorherzusehen, da ihre Häufigkeit und Dauer sowie die Intensität ihres Auftretens stark wechseln. Diese Unvorhersehbarkeit erschwert die Pflegesituation zusätzlich und erfordert einen flexiblen und kreativen Umgang mit demenzkranken Menschen (Halek, Bartholomeyczik, 2006, S. 9; Höwler, 2008, S. 46).

2.5.2.1 *Psychomotorische Unruhe und zielloses Umherwandern*

Demenzkranken Menschen sind häufig psychomotorische unruhig, deshalb räumen sie beispielsweise immer wieder die Schränke ein und aus, schauen überall nach oder gehen ständig auf und ab. Dieses Verhalten ist vermehrt nachmittags zu beobachten und wird auch als "sun downing" bezeichnet. Ein typisches Phänomen ist auch, dass die Erkrankten plötzlich ihre Wohnung oder ihr Haus verlassen und ziellos umherwandern. Dabei kommt es immer wieder vor, dass sie nicht mehr nach Hause zurückfinden können (Gatterer, Croy, 2005, S. 129; Grond, 2009, S. 23; Gutzmann, Steenweg, 2001, S. 236; Lind, 2007, S. 62-66).

2.5.2.2 *Schlafstörungen und gestörter Tag-/Nachtrhythmus*

Vor allem im mittleren Stadium einer Demenz kann es zu Schlafstörungen und einer völligen Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus kommen, sodass die Erkrankten tagsüber schläfrig und in der Nacht hellwach und aktiv sind (Füsgen, 2004, S. 44; Gatterer, Croy, 2005, S. 128; Grond, 2009, S. 23).

2.5.2.3 *Depressive Verstimmungen und Antriebsstörungen*

Für die erkrankten Personen ist die Diagnose sehr schmerzlich und die Erkrankung bedeutet für sie auch eine Einbuße ihres Selbstwertgefühls. Vor allem im früheren und mittleren Stadium einer Demenz reagieren die Betroffenen deshalb häufig mit depressiven Verstimmungen, einer Neigung zum Rückzug und der Vermeidung von sozialen Kontakten, weil ihnen das Nachlassen der geistigen Fähigkeiten und das Ausmaß der Erkrankung immer mehr bewusst werden (Gatterer, Croy, 2005, S. 134; Grond, 2009, S. 24; Gutzmann, Steenweg, 2001, S. 236; Lind, 2007, S. 59-60)

2.5.2.4 *Angst und Panikreaktionen*

Bei vielen Betroffenen treten verschiedene Ängste bezüglich der Demenz und ihrer Folgen auf, die sich bis hin zu Panikreaktionen steigern können. Im Unterschied zu den depressiven Verstimmungen nehmen die Ängste im Verlauf der Erkrankung auch nicht ab (Grond, 2009, S. 24; Lind, 2007, S. 60).

2.5.2.5 *Aggressives Verhalten*

Im Verlauf einer Demenz zeigen sich bei manchen Erkrankten aggressive Verhaltensweisen, die sich sowohl in psychischer als auch physischer Form äußern können. Unter physischer Gewalt lässt sich Spucken, Kneifen, Kratzen und Schlagen zusammenfassen, psychische Gewalt findet in Form von Wutausbrüchen, Vorwürfen, Beleidigungen und Beschimpfungen statt (Grond, 2009, S. 23; Gutzmann, Steenweg, 2001, S. 236; Schnabel, 2005, S. 59).

Aggressionen können aber auch durch Fehlwahrnehmungen in Situationen entstehen, in denen sich die Erkrankten überfordert oder bedroht fühlen. Dies kann beispielsweise bei alltäglichen Hilfestellungen der Fall sein, wie etwa dem An- und Auskleiden oder bei der Körperpflege (Bowlby Sifton, 2008, S. 110; Gatterer, Croy, 2005, S. 127-128).

2.5.2.6 Wirklichkeitsferne Überzeugungen, Halluzination und Wahn

Wenn die Demenz weiter fortschreitet, wird es für die Betroffenen immer schwieriger komplizierte Situationen zu überblicken und logische Schlussfolgerungen zu ziehen. Aus diesem Grund können wirklichkeitsferne Überzeugungen und/oder Verkennungen der Realität entstehen, die mit Fortschreiten der Erkrankung zunehmen. So werden beispielsweise Personen verdächtigt, dass sie Gegenstände entwendet haben, die Erkrankten halten Personen im Fernsehen für real (TV-Sign) oder sehen Personen im Raum, die nicht vorhanden sind (Gatterer, Croy, 2005, S. 134; Lind, 2007, S. 51).

Laut Grond (2009, S. 24) leidet ungefähr ein Drittel der Erkrankten an Halluzinationen sowie einem Bestehungs- oder Beeinträchtigungswahn. Häufig kommen auch optische Halluzinationen vor, die bei den Betroffenen immense Ängste auslösen und zu Aggressionen führen können.

3 AMBULANTE PFLEGE UND BETREUUNG

Die Betreuung von demenzkranken Menschen findet vorwiegend in den Familien statt, wobei vor allem Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter diese Tätigkeit übernehmen (Wancata, 2002). Ambulante Dienste sollen die Angehörigen entlasten und dazu beitragen, dass die Erkrankten so lange als möglich zu Hause verbleiben können (Gatterer, 2007, S. 33).

3.1 Soziale Dienste

Unabhängig von der Hauskrankenpflege, die nur für bestimmte Zeit und nur auf ärztliche Anordnung in Anspruch genommen werden kann, bieten soziale Dienste alten, langzeit- und chronisch kranken Menschen diverse Unterstützungsmöglichkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens im häuslichen Bereich an. Die sozialen Dienste umfassen eine Vielzahl an Leistungen, wie beispielsweise die ambulanten Dienste, Heimhilfe, Essen auf

Rädern oder Besuchs- und Begleitsdienste (Ertl, Kratzer, 2007, S. 29-32; Gatterer, 2007, S. 35).

Ambulante (mobile oder extramurale) Dienste

Die ambulanten Dienste bieten Pflege- und Betreuungsangebote an, die die Selbsthilfepotenziale der KlientInnen im eigenen Wohnbereich fördern, ergänzen oder ersetzen sollen (Ertl, Kratzer, 2007, S. 30).

Heimhilfe

Die Heimhilfe ist die zentrale Dienstleistung zur Grundversorgung der KlientInnen, sie unterstützt diese bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Ertl, Kratzer, 2006, S. 35; Gatterer, 2007, S. 35).

Essen auf Rädern

Essen auf Rädern liefert fertig zubereitete Mahlzeiten, wobei zwischen verschiedenen Kostformen gewählt werden kann (Ertl, Kratzer, 2007, S. 31; Gatterer, 2007, S. 35).

Besuchs- und Begleitsdienste

Das Ziel von Besuchsdiensten ist die soziale Integration von Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung keine oder nur mehr sehr wenig Verbindung zur Außenwelt haben. Begleitsdienste bieten Unterstützung bei Aktivitäten außerhalb des Wohnbereiches an, wie beispielsweise bei Einkäufen, Behördenwegen oder Arztbesuchen (Ertl, Kratzer, 2007, S. 30; Gatterer, 2007, S. 35).

Psychosoziale Dienste

In vielen Regionen stehen psychosoziale Dienste zur Verfügung, die Hilfestellung bei psychischen Krisen anbieten (Gatterer, 2007, S. 36).

3.2 Berufsgruppen

Für die Pflege und Betreuung der KlientInnen sind bei den ambulanten Diensten verschiedene Berufsgruppen im Einsatz:

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind für die medizinische Pflege zuständig und planen die notwendige Pflegeversorgung sowie die Abstimmung der in den Pflegeprozess involvierten Institutionen und Personen (Spicker, 2004; Weiss-Fassbinder, Lust, GuKG, 2010, §14, S. 87-88).

PflegehelferInnen

PflegehelferInnen führen pflegerische Maßnahmen nach schriftlicher Anordnung der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durch. Diese Maßnahmen umfassen vor allem die Körperpflege und Ernährung, die Mobilisation, prophylaktische Pflegemaßnahmen sowie den Wechsel von Bandagen. Außerdem unterstützen sie die KlientInnen bei der Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten (Weiss-Fassbinder, Lust, GuKG, 2010, §84, S. 277-279)

HeimhelferInnen

Zu den Aufgabenschwerpunkten der HeimhelferInnen gehören die Aufrechterhaltung des Haushaltes, die Sicherung der sozialen Grundbedürfnisse, die Erhaltung und Förderung des körperlichen Wohlbefindens sowie die Förderung der Selbständigkeit der KlientInnen (Ertl, Kratzer, 2006, S. 15-16).

3.3 Finanzierung

In Österreich wird die medizinische Hauskrankenpflege von anderen Kostenträgern finanziert als die Grund- und Behandlungspflege. Während die medizinischen Hauskrankenpflege durch Sozialversicherungsbeiträge gedeckt ist (Ertl, Kratzer, 2007, S. 23), werden die Leistungen der sozialen Dienste und der Heimhilfe aus drei verschiedenen Einnahmequellen finanziert: dem Einkommen

der KlientInnen, dem Pflegegeld und aus Kostenbeiträgen der Sozialhilfe (Ertl, Kratzer, 2006, S. 60).

Das Pflegegeld ist durch das Bundespflegegeldgesetz (BPGG) und die entsprechenden Landesgesetze geregelt und seit 1. Juli 1993 in Österreich in Kraft getreten. Es soll hilfs- und betreuungsbedürftigen Menschen die Möglichkeit bieten ein selbstbestimmtes Leben zu führen und wird in pauschalierter Form zwölfmal jährlich, unabhängig von der Höhe des Vermögens und des Einkommens, ausbezahlt. Die Finanzierung des Pflegegeldes erfolgt über allgemeine Steuermittel (Ertl, Kratzer, 2006, S. 60; Gatterer, 2007, S. 40-41). Anspruch auf Pflegegeld haben pflegebedürftige Personen, deren ständiger Betreuungs- und Pflegeaufwand mehr als 60 Stunden monatlich beträgt und zumindest sechs Monate andauert. Die Höhe des Pflegegeldes ist vom Pflegeaufwand abhängig, derzeit wird es gestaffelt in sieben Pflegestufen ausbezahlt (www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegegeld).

3.4 Besonderheiten im ambulanten Pflegealltag

Die ambulante Pflege und Betreuung findet im privaten Umfeld der KlientInnen statt. Aus diesem Grund ergeben sich für die Pflegenden andere Arbeitsbedingungen und Herausforderungen als bei einer Tätigkeit in einer stationären Einrichtung (Garms-Homolova, 2004, S. 51; Spicker, Schopf, 2008).

Der Frauenanteil im extramuralen Bereich ist sehr hoch, nach Schmidt et. al (2008) liegt er bei 91%. Somit wird nicht nur im familiären (Grond, 2009, S. 149), sondern auch im professionellen Bereich die Pflege- und Betreuungstätigkeit vorwiegend von Frauen erbracht.

3.4.1 Tätigkeit im Außendienst

Die Beschäftigten der ambulanten Pflege und Betreuung arbeiten im Außendienst, ihr Arbeitsplatz wechselt mehrmals täglich und sie sind zu allen Jahreszeiten und bei jeder Witterung unterwegs. Um in die Wohnungen der KlientInnen zu

gelangen müssen auch längere Wegstrecken in Kauf genommen werden. Die Wege zwischen den Einsätzen werden zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln, weniger häufig mit Dienstautos zurückgelegt. Tatsächliche Arbeitspausen gibt es selten, eine Erholung ist oft nur auf dem Weg zum nächsten Einsatz möglich (Ertl, Kratzer, 2007, S. 123; Spicker, Schopf, 2008).

3.4.2 Tätigkeit im häuslichen Umfeld

Ein besonderes Merkmal im ambulanten Pflegealltag ist, dass die Tätigkeit im häuslichen Umfeld der KlientInnen stattfindet. Die Pflegenden müssen ihre Arbeit deshalb ständig mit den KlientInnen und/oder den Angehörigen abstimmen, manchmal arbeiten sie auch mit den Angehörigen zusammen oder unter deren Anleitung. Aufgrund der engen Zusammenarbeit können Pflegende in familiäre Konflikte involviert werden, wodurch die Pflege erschwert werden kann. Es kommt auch vor, dass die Pflegenden andere Prioritäten haben als die Angehörigen, wodurch ebenfalls Konflikte entstehen können (Besselmann et. al., 2004, S. 67; Spicker, Schopf, 2008).

Die Grenzen zwischen Pflege und Alltagstätigkeiten sind im häuslichen Arbeitsumfeld fließend, weil die Pflege oft erst dann durchgeführt werden kann, wenn die jeweiligen Bedingungen dafür geschaffen wurden. Deshalb müssen auch ausgebildete Pflegekräfte immer wieder hauswirtschaftliche Tätigkeiten verrichten, bevor sie mit der eigentlichen Pflege beginnen können (Garms-Homolová, 2004; S. 55-56; Krenn, 2003, S. 9).

3.4.3 Unwägbarkeiten und situationsabhängige Arbeit

Im ambulanten Arbeitsalltag gibt es viele Unwägbarkeiten, die jederzeit auftreten können und berücksichtigt werden müssen. So ist es beispielsweise für die Pflegenden nicht immer möglich einen Zutritt in die Wohnungen der KlientInnen zu bekommen, der Zustand der KlientInnen kann sich plötzlich verschlechtern oder es sind keine Pflegebehelfe vorhanden. Auch kann sich aufgrund eines Verkehrsstaus der gesamte Tagesablauf verzögern oder die Einsatztour kann sich

wegen eines Krankenstandes kurzfristig ändern. Die Arbeit ist somit nur begrenzt planbar und die Pflegenden müssen deshalb äußerst flexibel und anpassungsfähig sein (Besselmann et. al., 2004, S. 67; Ertl, Kratzer, 2007, S. 126; Krenn, 2003, S. 8-9; Spicker, Schopf, 2008).

3.4.4 Einzelarbeit und Argumentationsdruck

Eine weitere Besonderheit im ambulanten Pflegealltag ist die Einzelarbeit. Die Pflegenden arbeiten nicht in einem Team, sondern sind alleine bei den KlientInnen tätig. Wenn Schwierigkeiten auftauchen können sie deshalb nicht einfach auf die fachliche Hilfe von KollegInnen zurückgreifen, sondern müssen ihre Entscheidungen meist alleine treffen und tragen deshalb auch eine höhere Verantwortung (Ertl, Kratzer, 2007, S. 126; Krenn, 2003, S. 92; Spicker, Schopf, 2008).

Manche KlientInnen und/oder Angehörige möchten auch laufend über die Handlungen und Zielsetzungen der Pflege informiert und aufgeklärt werden. Die Pflegenden stehen deshalb unter einem kontinuierlichem Argumentationsdruck und können leicht in eine defensive Rolle geraten, wenn sie sich fachlich unsicher fühlen (Ertl, Kratzer, 2007, S. 124)

4 STAND DER FORSCHUNG

Um einen Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung bezüglich der ambulanten Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen zu bekommen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. In den folgenden Kapiteln wird diese Recherche näher beschrieben und ein Ausschnitt des aktuellen Forschungsstands dargestellt.

4.1 Durchführung der Literaturrecherche

Zur Literaturrecherche wurden die Universitätsbibliothek Wien, die Bibliothek der medizinischen Universität Wien, die Pflegefachbibliothek im Rudolfinerhaus sowie diverse elektronische Datenbanken, wie beispielsweise PubMed, Cinahl oder CareLit, herangezogen. Bei der Recherche in den elektronischen Datenbanken wurden Studien aus den Erscheinungsjahren 1995 bis 2010 berücksichtigt, wobei Studien von 1995 bis 1999 nur dann herangezogen wurden, wenn sie eine besondere Relevanz für die Forschungsthematik hatten.

Um zur erwünschten Literatur zu gelangen war es zunächst notwendig geeignete Suchbegriffe auszuwählen, die den passenden Inhalt präsentieren (Kleibel, Mayer, 2005, S. 33). Für den Begriff "Demenz" wurden die Suchbegriffe "dementia" oder "alzheimers disease" gewählt und bei jedem Suchvorgang verwendet, außerdem wurden diese beiden Begriffe mit Suchbegriffen verknüpft, die synonym für die ambulante Pflege und Betreuung ausgewählt wurden, wie beispielsweise: "home nursing", "home care nursing", "ambulant nursing", "ambulant care", "home health care" oder "out-patient care".

4.2 Darstellung des Forschungsstands

Nachfolgend werden einige ausgewählte Studien dargestellt, die einen Überblick über die aktuelle Forschungssituation aus dem Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen geben sollen. Da die Angehörigen eine wesentliche Rolle bei der Versorgung von demenzkranken Menschen im häuslichen Umfeld spielen, haben sich zahlreiche Studien mit der Situation der pflegenden Angehörigen von demenzkranken Menschen auseinandergesetzt. So wurden beispielsweise die Belastungen der pflegenden Angehörigen von demenzkranken Menschen in vielen Studien näher erforscht (Lie, Sprague, 2002; Müller, 2008; Thomas et. al., 2002; Gräßel, 1998).

Annerstedt et. al. (2000) haben untersucht, wann für pflegende Angehörige die Grenze der subjektiven Belastung erreicht ist und die häusliche Pflege unzulänglich wird, während Reggentin (2005) sowie Riedijk et. al. (2009) die Belastungen von Angehörigen, die demenzkranke Menschen zu Hause versorgen, mit den Belastungen von Angehörigen verglichen haben, die die Erkrankten in institutionelle Einrichtungen untergebracht haben.

Ein weiterer Bereich, der näher beforscht wurde, ist, inwieweit professionelle Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige hilfreich und nützlich sind. Schoenmakers et. al. (2010) führten eine systematische Literaturrecherche durch, um herauszufinden, ob professionelle Unterstützungsmaßnahmen einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen haben. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Angehörigen die diversen Hilfestellungen zwar schätzen, aber keine signifikante Verbesserung bezüglich des Wohlbefindens festzustellen war. Thompson et. al. (2007) kamen bei ihrer Recherche zu dem Schluss, dass gruppenbasierte unterstützende Interventionen einen signifikanten Einfluss auf die psychische Krankheitshäufigkeit der Angehörigen haben. Mariott et. al. (2000) haben die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Maßnahmen für Angehörige von demenzkranken Menschen untersucht. Zu diesem Zweck wurden die privaten Betreuungspersonen geschult und es wurde ihnen Wissen über Stressmanagement und Bewältigungsstrategien vermittelt. Nach einer dreimonatigen Nachuntersuchung konnte eine signifikante Verbesserung des Belastungsempfindens der pflegenden Angehörigen festgestellt werden. Gelmini et. al. (2001) haben mit vierzig pflegenden Angehörigen acht formative Treffen veranstaltet, in denen sie die Angehörigen über den geistigen Verfall von demenzkranken Menschen aufgeklärt haben. Diese Treffen waren nach Meinung der Angehörigen äußerst hilfreich und haben bei ihnen positive Veränderungen im Umgang mit den Erkrankten bewirkt.

Aber nicht nur in den Industriestaaten, sondern auch in den Entwicklungsländern hat man sich mit der Wirksamkeit von häuslichen Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige beschäftigt. So führten Dias et. al. (2008) in zwei Gemeindebezirken in Goa, Indien, eine randomisiert kontrollierte Studie durch und kamen zu dem Ergebnis, dass professionelle Hilfestellungen zu einer

signifikanten Verbesserung der psychischen Gesundheit der Angehörigen und einer Verminderung der Pflegebelastung führen.

Roelands et. al. (2005) wollten in ihrer Studie einige der Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Beratung der Angehörigen beschreiben, wie etwa die Annahme, dass es positive Konsequenzen für professionell Pflegende hat, wenn sie die Diagnose kennen. Ein weiteres Ziel der Studie war die Beratungspraxis der Pflegenden näher zu beschreiben. Von den Pflegenden wurden vorwiegend positive Konsequenzen berichtet, wenn sie die Diagnose kennen, wie beispielsweise einem größeren Verständnis für das Verhalten der Erkrankten. Bezüglich der Beratungstätigkeit wurde festgestellt, dass die Mehrheit der Pflegenden ihren Fokus auf die direkte Pflege der KlientInnen richtet. Die Angehörigen wurden in den meisten Fällen zwar emotionell unterstützt, aber lediglich eine Minderheit der Pflegepersonen führte auch eine Beratung durch.

Cabin (2007, 2010) ist in seinen Untersuchungen zu der Erkenntnis gekommen, dass die Bedürfnisse von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen von der öffentlichen Krankenversicherung kaum berücksichtigt werden, weil der Fokus vor allem auf die medizinische Akutversorgung gerichtet ist. So beschreibt eine Krankenschwester ihre Gratwanderung zwischen den unerfüllten Bedürfnissen der Erkrankten und ihren Angehörigen auf der einen Seite und den Vorgaben von Medicare und ihrer Organisation auf der anderen Seite folgendermaßen (Cabin, 2007):

"It is really difficult to deal with Alzheimer's patients. I see what they need. I see what their family needs. But I can't give them much. So I am always balancing. It's as though I'm walking a tightrope. Medicare and my agency are on one end, and the patient and their family on the other".

Er schlägt deshalb ein nationales Demonstrationsprojekt für die häusliche Pflege von Menschen mit einer Alzheimererkrankung vor, um festzustellen, wie deren Bedürfnisse besser erfüllt und die Lebensqualität verbessert werden könnte.

Bei der Recherche der Studien stellte sich heraus, dass einige ForscherInnen die Meinung vertreten, dass demenzkranke Menschen eine spezielle Form der Pflege benötigen. Orsini (2009) ist der Ansicht, dass es für Pflegende einen großen Unterschied ausmacht, ob die Erkrankten unter kognitiven Defiziten oder unter einer körperlichen Einschränkung leiden:

"Taking care of someone who has a cognitive deficit is a completely different type of care than taking care of someone with a physical challenge. With a physical challenge, the caregiver duties are focused on completing tasks and assisting with the activities of daily living, from transferring to toileting, ambulating to dressing, companionship to housework, and meal preparation to transportation. When providing care for someone with dementia the care demand is constant".

Professionell Pflegende sollten nach Orsini (2009) auch spezielle Eigenschaften besitzen, um für die Betreuung von demenzkranken Menschen geeignet zu sein:

"It is important to note that it takes a specific personality to provide the ongoing care: Someone with patience, a kind and gentle personality and a calm demeanor will make the best caregiver. The caregiver also has to be comfortable with the situation that is less physically demanding and more mentally demanding."

Besonders wichtig scheint ihr weiters, dass die Pflegenden eine adäquate Ausbildung für die Betreuung von demenzkranken Menschen erhalten:

"The most important tasks an agency servicing Alzheimer's clients can undertake is caregiver training. While there are no cures for this disease, effective care and moral support are often the best tools with which to manage the care".

Auch Wilen et. al (1997) vertreten die Meinung, dass sowohl für professionell Pflegende als auch für pflegende Angehörige Schulungen und Fortbildungen äußerst wichtig und hilfreich sind:

"The more caregivers know, the easier it is to ensure the Alzheimer's patient is comfortable and secure".

Lahat (2006) berichtet, dass in Washington D.C. ein häuslicher Pflegedienst, AL-CARE, für demenzkranke Menschen entwickelt wurde, welcher sich als sehr erfolgreich erwiesen hat. Vor einigen Jahren wurde das Programm ausgeweitet, um die steigende Anzahl allein lebender demenzkranker Menschen zu unterstützen. Eine Besonderheit von AL CARE ist, dass ein innovatives Montessori Pilotprogramm gestartet wurde, um die Betreuung von demenzkranken Menschen noch weiter zu verbessern.

In Nottingham wurde ebenfalls ein ambulanter Pflegedienst für demenzkranke Menschen entwickelt (Snayde, Moriarty, 2009). Der Erfolg dieses Dienstes in einer ethnisch unterschiedlichen Gemeinschaft beruht unter anderem auf einer multidisziplinären Zusammenarbeit und personenzentrierter Pflege. Es wurde versucht sich von einem "traditionellen Pflegedienst" fortzubewegen, der nur Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens bietet. Dies bedeutet zum Beispiel, dass die Pflegenden gemeinsam mit den Erkrankten einkaufen gehen oder sie dabei unterstützen einer Freizeitbeschäftigung nachzugehen.

Cameron (1999) berichtet von einem Projekt, das im Südwesten von Glasgow für demenzkranke Menschen eingeführt wurde. Ein in Schottland entwickeltes Beurteilungspaket ermöglicht es den Krankenschwestern sicherzustellen, dass demenzkranke Menschen sowohl von den Gesundheits- als auch von den Sozialdiensten die notwendige Pflege und Betreuung sowie Unterstützung bekommen.

Venables et. al. (2006) haben in ihrer Studie die Qualität von häuslichen Pflegediensten für demenzkranke Menschen im Nordwesten von England beurteilt, indem sie die Pflegestandards von speziellen und allgemeinen häuslichen Pflegediensten beschrieben und anhand einer Anzahl von Schlüsselindikatoren, die in der Literatur identifiziert wurden, gegenübergestellt haben. Ein weiteres Ziel der Studie war es zu überprüfen, ob Unterschiede zwischen den Pflegestandards von "speziellen" oder "allgemeinen" Pflegediensten

vorhanden sind. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es nur sehr wenige signifikante Unterschiede zwischen den beiden Formen der Pflegedienste gibt und Pflegedienste, die speziell für demenzkranke Menschen angeboten werden, nicht grundsätzlich höhere Pflegestandards anbieten, wie in der Untersuchung zunächst vermutet wurde.

Im deutschsprachigen Raum haben sich einige Studien ebenfalls mit der ambulanten Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen auseinandergesetzt. So führten Grass-Kapanke et. al. (2008) eine umfangreiche Untersuchung in Deutschland durch, um die Versorgung demenzkranker Menschen im häuslichen Umfeld aus der Sicht der ambulanten Pflege zu analysieren. Die wichtigsten Erkenntnisse der Studie waren, dass die pflegenden Angehörigen massiv überfordert sind und die Pflegenden nur ein sehr mangelhaftes Wissen über Demenz besitzen. Weiters wurde festgestellt, dass es zwei unterschiedliche motivierte Gruppen von ÄrztInnen gibt: einerseits gibt es ÄrztInnen, die aktiv den Kontakt zu den Pflegediensten suchen und andererseits gibt es welche, die an einer Zusammenarbeit völlig desinteressiert sind. Die Mehrheit der demenzkranken KlientInnen ist auch undiagnostiziert und wird von den ambulanten Diensten deshalb unbehandelt betreut.

Schaeffer und Wingefeld (2008) haben die bestehenden Qualitätsprobleme in verschiedenen Versorgungsbereichen diskutiert und festgestellt, dass die Qualitätsentwicklung in der Pflege in den letzten Jahren zwar vorangekommen ist, es aber noch zahlreiche Hürden gibt. Bezogen auf die ambulante Pflege von demenzkranken Menschen hat die Mehrheit der Dienste keine speziellen Pflegeangebote für die Erkrankten realisiert, sondern sich vielmehr auf den klassischen Pflegeversicherungspatienten eingestellt und kann den Bedürfnissen demenzkranker Menschen somit nicht gerecht werden.

Klostermann et. al. (1998) wollten aufzeigen, inwieweit psychisch erkrankte ältere Menschen in zwei benachbarten Regionen in Nordrhein-Westfalen ambulant versorgt und behandelt werden. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sich unter der Gesamtklientel der ambulanten Pflegedienste ein hoher Anteil von psychisch erkrankten älteren Menschen befindet (41,8 %), von denen 82 % gleichzeitig

somatisch erkrankt waren. Auffallend an den Ergebnissen war die Überrepräsentanz der Frauen über 60 Jahren und der hohe Anteil hochaltriger Menschen von 80 Jahren und älter. Insgesamt kamen sie zu der Erkenntnis, dass die ambulanten Pflegedienste bei der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen zwar eine wichtige Rolle spielen, aber eine bedarfsgerechte qualifizierte psychiatrische Versorgung weitgehend fehlt.

Schwarz und Lange (2000) haben sechs ambulante Pflegedienste zu ihren Möglichkeiten und der Qualität ihrer Angebote für demenzkranke Menschen in Stuttgart befragt. Einer der zentralen Aussagen der Befragung war, dass die Versorgung demenzkranker Menschen nur dann gelingen kann, wenn im Umfeld der Erkrankten ein stützendes soziales System vorhanden ist, zu dem in erster Linie die Familienangehörigen gehören. Weiters stellte sich heraus, dass die Pflegekräfte ihre Aufgaben und Arbeitsschwerpunkte stark auf die grund- und behandlungspflegerischen Leistungen reduziert sehen und mit dem Berufsbild einer nur auf das Somatische konzentrierten Pflege schwer zurechtkommen.

Rüsing et. al. (2008) setzen sich mit dem Teilbereich "Umgang mit Demenzerkrankten" einer deskriptiven Studie, die in Nordrhein-Westfalen in der (teil)stationären und ambulanten Pflege sowie der Akutversorgung durchgeführt wurde, auseinander. In der Studie wurden der Wissensbedarf, die Herausforderungen und Probleme von Praktikern und demenzkranken Menschen sowie die Selbsteinschätzung professionell Pflegenden untersucht. Es stellte sich heraus, dass die Probleme, Bedarfe und Selbsteinschätzungen der Pflegenden von demenzkranken Menschen in den diversen Einrichtungen stark vom Einrichtungstyp und dem Grad der Spezialisierung abhängig sind und sich voneinander unterscheiden. Aus diesem Grund sollten sowohl Schulungen als auch die Milieugestaltung und erforderliche Interventionen immer im Zusammenhang mit dem jeweiligen Pflegesetting gesehen und realisiert werden.

Linck (2002) wollte in seiner Untersuchung die Erkrankungssituation aus der Sicht der Pflegenden darstellen und zugleich ein praxisnahes Wissen bezüglich der Pflege von demenzkranken Menschen vermitteln. Zu diesem Zweck hatte er neun Pflegende aus drei ambulanten Pflegeeinrichtungen interviewt und kam zu

dem Ergebnis, dass die Pflege von demenzkranken Menschen und ihren Angehörigen unbedingt weiterentwickelt werden muss. Bezogen auf die ambulante Pflegepraxis sind Verbesserungen der Rahmenbedingungen notwendig, wie beispielsweise ein höheres Zeitkontingent oder eine bessere Unterstützung und Motivation der Pflegenden durch die Leitungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen. Weiters benötigen die Pflegenden Fort- und Weiterbildungsangebote für den adäquaten Umgang mit Aggressions- und Verwirrheitszuständen der Erkrankten. Auch eine Förderung der kommunikativen und problemlösungsorientierten Kompetenzen der Pflegenden wäre notwendig, damit sie die pflegenden Angehörigen besser unterstützen können.

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

5 BESCHREIBUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

In den folgenden Kapiteln werden die Methodik und die Durchführung der empirischen Untersuchung beschrieben, damit der Forschungsprozess nachvollzogen werden kann. Für die Untersuchung waren folgende drei Forschungsfragen leitend:

- Wie erleben die Pflegenden ihren Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen?
- Welche speziellen Anforderungen sind für die ambulante Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen erforderlich?
- Welche Strategien haben die Pflegenden entwickelt, um demenzkranke Menschen besser betreuen zu können?

5.1 Forschungsansatz und Erhebung der Daten

Für diese Arbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, weil das subjektive Erleben und die Sichtweise der Pflegenden im Mittelpunkt stehen und näher erforscht werden sollen (Mayer, 2007, S. 71). Als Erhebungsmethode schien die mündliche Befragung (Interview) am besten geeignet zu sein, um den Pflegenden die Möglichkeit zu geben ihr Erleben und ihre Sichtweise selbst schildern zu können. Bei der Befragung wurde ein Interviewleitfaden verwendet, der an die Forschungsfragen angelehnt wurde und während der Interviews als Hilfestellung diente. Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen wurden flexibel an die jeweilige Gesprächssituation angepasst (Mayer, 2007, S. 114-120).

5.1.1 Feldzugang und Auswahl der InterviewpartnerInnen

Um einen Zugang zum Forschungsfeld und den gewünschten InterviewpartnerInnen zu bekommen wurden diverse Organisationen kontaktiert, die ambulante Pflege und Betreuung anbieten. Die Kontaktaufnahme erfolgte entweder telefonisch und/oder per e-mail. Es wurden zwei Organisationen in Wien ausgewählt, die sich dazu bereit erklärt hatten, an der Untersuchung teilzunehmen und InterviewpartnerInnen zur Verfügung zu stellen. Die interviewten Personen repräsentieren alle drei Berufsgruppen, die in diesen Organisationen für die Pflege und Betreuung der KlientInnen zuständig sind: Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen und HeimhelferInnen. Es wurden insgesamt 15 Personen interviewt, wobei die Aufteilung der Berufsgruppen folgendermaßen war: 6 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, 4 PflegehelferInnen und 5 HeimhelferInnen. Da im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung vorwiegend Frauen tätig sind waren 14 der interviewten Personen weiblich.

5.1.2 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden von November 2009 bis Jänner 2010 in den Räumen der jeweiligen Organisation zu den Dienstzeiten durchgeführt, nur einmal fand die Befragung in einem Café nach Dienstschluss statt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 25 und 60 Minuten. Vor Beginn des jeweiligen Interviews erfolgte eine kurze persönliche Vorstellung, bei der die InterviewpartnerInnen darauf hingewiesen wurden, dass die Interviews mit einem digitalen Diktiergerät aufgezeichnet werden. Am Ende des Interviews hatten die befragten Personen noch die Möglichkeit zusätzliche Bemerkungen anzufügen oder etwaige Fragen zu stellen.

5.2 Aufbereitung und Auswertung der Daten

Nach der Befragung erfolgte die Aufbereitung der Interviews, indem sie in Schriftdeutsch transkribiert wurden. Um die Lesbarkeit und Auswertung der

Interviews zu erleichtern wurde der Dialekt bereinigt, grobe Satzbaufehler behoben und Füllwörter, wie beispielsweise nicht, also, ja, weggelassen. Da bei der Untersuchung die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund stand, hätte eine Beibehaltung des Dialektes zu keinem neuen Erkenntnisgewinn beigetragen (Mayring, 2002, S. 91). Nach der Aufbereitung des Datenmaterials begann die Auswertungsphase. Die Auswertung der Daten orientierte sich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007), wobei in folgenden sieben Schritten vorgegangen wurde:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

Die transkribierten Interviews wurden durchgelesen und alle Textstellen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant waren, ausgewählt. Diese Textstellen bildeten die Kodiereinheiten der Arbeit (Mayring, 2007, S. 60-61).

2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

In den Kodiereinheiten wurden alle Bestandteile weggelassen, die für die Auswertung nicht inhaltstragend waren, wie beispielsweise Wiederholungen oder Ausschmückungen. Anschließend wurden die Kodiereinheiten auf eine grammatikalische Kurzform und eine einheitliche Sprachebene gebracht (Mayring, 2007, S. 60-61).

3. Generalisierung der Paraphrasen

Als nächster Schritt erfolgte eine Verallgemeinerung der in Schritt zwei gebildeten Paraphrasen. Bei manchen Paraphrasen war eine weitere Verallgemeinerung allerdings nicht mehr möglich, in solchen Fällen wurden die Paraphrasen beibehalten (ebd., S. 60-61).

4. Reduktion durch Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen

Nach der Generalisierung ergaben sich inhaltsgleiche Paraphrasen, die selektiert und gestrichen wurden (ebd., S. 60-61).

5. Reduktion durch Bündelung und Integration von Paraphrasen

Es erfolgte eine Bündelung und Zusammenfassung der Paraphrasen, die sich aufeinander bezogen und eine ähnliche Aussage beinhaltet haben (ebd., S. 60-61).

6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Diejenigen Paraphrasen, die nach Schritt 5 verblieben waren, wurden zu Hauptkategorien zusammengefasst. Anschließend wurde durch eine Verknüpfung der Kategorien versucht eine Theorie zu bilden (ebd., S. 60-61).

7. Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial

Es wurde überprüft, ob das erstellte Kategoriensystem tatsächlich eine Repräsentation der Aussagen aus dem Ausgangsmaterial darstellt (ebd., S. 60-61).

Um das Vorgehen der Analyse zu veranschaulichen und besser verständlich zu machen, ist im Anhang ein kurzer Auszug beigefügt.

5.3 Ethische Überlegungen

Die Interessen der Forschung dürfen nicht höher stehen als die der beforschten Personen. Deshalb geht die Forschungsethik von der Frage aus, ob den TeilnehmerInnen bei einer Untersuchung Leid oder Schmerz zugefügt werden könnte, denn dies muss auf alle Fälle verhindert werden. Wenn Forschung betrieben wird, sollten sich die ForscherInnen ihrer Verantwortung bewusst sein und ethische Kriterien einhalten. Um dieser Verantwortung gerecht zu werden wurden in der vorliegenden Arbeit ethische Grundprinzipien berücksichtigt, die nachfolgend angeführt werden (Mayer, 2007, S. 53).

5.3.1 Umfassende Information und freiwillige Zustimmung

Damit die beforschten Personen besser entscheiden und abschätzen können, ob sie an einer Untersuchung teilnehmen möchten, müssen sie zuvor umfassend

informiert werden (Mayer, 2007, S. 55). Es wurden zunächst die jeweiligen Organisationen schriftlich über die Untersuchung aufgeklärt und gebeten die Informationen an eventuelle TeilnehmerInnen weiterzuleiten. Beim ersten persönlichen Kontakt mit den InterviewpartnerInnen erfolgte noch einmal eine kurze Aufklärung über die Befragung und Untersuchung.

5.3.2 Gewährung der Anonymität

Es ist bei Forschungsarbeiten äußerst wichtig, dass den TeilnehmerInnen Anonymität zugestanden wird und die Identität der Personen geheim bleibt (Mayer, 2007, S. 58). Den InterviewpartnerInnen wurde sowohl mündlich als auch schriftlich Anonymität zugesichert. Damit keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen gemacht werden können, wurden die Interviews mit der jeweiligen Berufsgruppe und einer Nummer zwischen 1 und 15 bezeichnet, wobei die Nummerierungen in willkürlicher Reihenfolge gewählt wurden und nicht mit der Reihenfolge der Interviews übereinstimmen. Weiters wurde für die Berufsbezeichnungen in den Interviews immer die weibliche Form gewählt, damit keine Rückschlüsse auf den einzigen männlichen Teilnehmer gemacht werden können. Die Daten waren nur für die Forscherin zugänglich und sind nur von ihr eingesehen und bearbeitet worden.

5.3.3 Schutz vor etwaigen Schäden

Bei einer Forschung können den TeilnehmerInnen auch physische oder psychische Schäden, beispielsweise durch eine starke emotionale Belastung bei einer bestimmten Thematik, zugefügt werden. Es stellt sich für die Forschenden daher immer die Frage, wie sie die TeilnehmerInnen vor etwaigen Schäden schützen können (Mayer, 2007, S. 59). Körperliche Schäden konnten bei dieser Untersuchung ausgeschlossen werden und aufgrund der gewählten Thematik wurden auch keine emotionalen Belastungen erwartet.

5.3.4 Wahrhaftigkeit

Abgesehen von den Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes spielt auch die Wahrhaftigkeit im Forschungsprozess eine äußerst wichtige Rolle. Wenn die ForscherInnen Daten und Ergebnisse absichtlich manipulieren und/oder falsch interpretieren ist die Forschung unethisch (Mayer, 2007, S. 60-61). Bei der Interpretation des Datenmaterials wurden alle Passagen, die für die Untersuchung relevant waren, ausgewählt und bestmöglich interpretiert. Es fand keinerlei Manipulation des Datenmaterials statt.

5.4 Gütekriterien

Jede wissenschaftliche Arbeit unterliegt gewissen Gütekriterien, sowohl im quantitativen als auch im qualitativen Forschungsbereich. Im deutschen Sprachraum werden für qualitative Forschungsarbeiten häufig die Gütekriterien nach Mayring verwendet, die nachfolgend angeführt werden und in dieser Arbeit so gut als möglich berücksichtigt wurden (Mayer, 2007, S. 77-79).

1) Verfahrensdokumentation

Forschungsergebnisse sind wissenschaftlich wertlos, wenn das verwendete Verfahren nicht genau dokumentiert und für andere Personen nachvollziehbar ist (Mayring, 2002, S. 144). Die vorliegende Arbeit wird diesem Anspruch gerecht, indem der gesamte Forschungsprozess so genau als möglich beschrieben und offen gelegt wurde.

2) Argumentative Interpretationsabsicherung

In der qualitativen Forschung spielen Interpretationen eine wesentliche Rolle. Es muss allerdings darauf geachtet werden, dass sie durch ein entsprechendes theoretisches Vorverständnis entstehen, durch Argumente begründet werden können und in sich schlüssig sind (Mayring, 2002, S. 145). Um Einblick in die Forschungsthematik zu bekommen erfolgte zunächst ein Studium diverser Fachliteratur. Bei der Interpretation des Datenmaterials wurde darauf geachtet,

dass die Interpretation möglichst nahe am Material erfolgte und anhand von Originalzitate nachvollzogen und begründet werden kann.

3) Regelgeleitetheit

Obwohl in der qualitativen Forschung ein offenes und flexibles Vorgehen üblich ist, müssen sich die ForscherInnen dennoch an bestimmte Verfahrensregeln halten und dürfen nicht unsystematisch vorgehen (Mayring, 2002, S. 145-146). In dieser Arbeit erfolgte ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen, indem die Daten nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) bearbeitet und die Verfahrensregeln dieser Methode eingehalten wurden.

4) Nähe zum Gegenstand

Nähe zum Gegenstand wird in der qualitativen Forschung erreicht, indem die ForscherInnen möglichst nahe an die Alltagswelt der beforschten Personen anknüpfen (Mayring, 2002, S. 146). Diesem Kriterium wurde nachgekommen, indem in das Forschungsfeld der ambulanten Pflege und Betreuung eingetaucht und die berufliche Alltagswelt der befragten Personen erforscht wurde.

5) Kommunikative Validierung

Die Gültigkeit der Ergebnisse und Interpretationen kann überprüft und abgesichert werden, indem mit den beforschten Personen noch einmal über die Ergebnisse diskutiert wird. Indem ForscherInnen den Dialog mit den beforschten Personen aufnehmen, werden diese nicht nur als Datenlieferanten gesehen, sondern es wird ihnen auch Kompetenz zugebilligt (Mayring, 2002, S. 147). Da im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung die zeitlichen Ressourcen der Pflegenden äußerst begrenzt sind wurde auf dieses Gütekriterium verzichtet, um die Pflegenden keiner zusätzlichen Belastung auszusetzen.

6) Triangulation

Die Qualität der Forschung kann vergrößert werden, wenn die ForscherInnen versuchen für die Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden, indem sie verschiedene Datenquellen, unterschiedliche InterpretInnen, Theorieansätze oder Methoden heranziehen und die Ergebnisse dann miteinander vergleichen

(Mayring, 2002, S. 147-148). Dieses Gütekriterium wurde nicht eingehalten, weil es den Rahmen einer Diplomarbeit sprengen würde.

6 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Nachfolgend werden die Ergebnisse der drei empirisch untersuchten Fragestellungen dargestellt. Zur besseren Überschaubarkeit erfolgt zu jeder Forschungsfrage zunächst eine Übersicht der jeweiligen Haupt- und Unterkategorien. Anschließend werden die Kategorien näher beschrieben und mittels Originalzitaten aus den Interviews veranschaulicht. Die interviewten Personen wurden alle in der femininen Form zitiert, um Rückschlüsse auf den einzigen männlichen Interviewpartner zu verhindern.

6.1 Der Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen

Die Datenauswertung in Hinblick auf die erste Forschungsfrage „**Wie erleben die Pflegenden ihren Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen?**“ ergab folgende Haupt- und Unterkategorien:

Besondere Herausforderungen bei der Pflege/Betreuung
• Zugang finden und Vertrauen gewinnen • Ablehnung der Pflegehandlungen • Weglauftendenzen • Kommunikation • Aggressives Verhalten • Häufig wechselndes Zustandsbild • Ständig wiederkehrende Themen • Ständiges Mitdenken • Für Sicherheit sorgen

• Inadäquater Umgang mit Ausscheidungen • Nahrungsaufnahme • Starke Anhänglichkeit
Beeinträchtigende Rahmenbedingungen
• Zeitdruck • Zu wenig Betreuungskontinuität • Unzureichende Ausbildung • Inadäquate Pflegegeldeinstufungen • Unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit • Fehlende Diagnosen und mangelnde Kooperation der ÄrztInnen
Zusammenarbeit mit Angehörigen
• Angehörige als Unterstützung und Erleichterung • Angehörige als Belastung/Erschwernis
Positive Aspekte der Pflege/Betreuung
• Arbeit ist interessant und bereichernd • Erfolgserlebnisse werden stärker empfunden

Abbildung 3: Erleben des Arbeitsalltags mit demenzkranken Menschen

6.1.1 Besondere Herausforderungen bei der Pflege/Betreuung

In den Interviews wurden von den Pflegenden einige Herausforderungen im ambulanten Arbeitsalltag mit demenzkranken KlientInnen geschildert, die nachfolgend näher beschrieben werden.

Zugang finden und Vertrauen gewinnen

Damit die Pflegenden eine positive Pflegebeziehung aufbauen können, ist es zunächst notwendig, dass sie einen Zugang zu den KlientInnen finden und ihr Vertrauen gewinnen können. Bei demenzkranken KlientInnen ist dies aber nicht immer einfach, weil sich diese anfangs häufig ablehnend und abweisend

verhalten. In manchen Fällen kann die Abweisung so weit gehen, dass es überhaupt nicht möglich ist eine Beziehung zu den Erkrankten herzustellen:

„... es war mit der Patientin gar nichts herzustellen (,) immer wieder die totale Ablehnung (,) sie möchte nichts sie braucht nichts (,) sie will nichts essen sie will nichts trinken (,) gehen sie lassen sie mich (,) wer sind sie überhaupt (,) das ist immer so gekippt“ (IP5, 69-73 - DGKS)

Ob ein Zugang gefunden werden kann hängt auch von den bisherigen Erfahrungen der KlientInnen ab. Manche der Erkrankten lehnen Pflegepersonen beispielsweise aufgrund ihrer äußeren Erscheinung ab.

„... es kommt darauf an was der schon für Erfahrungen gemacht hat und auch wie man auf ihn eingehen kann (,) da spielt aber oft das Äußere eine Rolle (,) manche reagieren auf Dunkelhaarige aggressiv manche auf Dicke“ (IP14, 118-121 - Heimhelferin)

Ab einem gewissen Grad der Erkrankung ist für demenzkranken Menschen jede Begegnung ein neuer Kontakt (Leuthe, 2009, S. 72). In solchen Fällen müssen die Pflegenden jeden Tag aufs Neue den Zugang zu den Erkrankten finden, dies wird von manchen Pflegepersonen als anstrengend und manchmal auch frustrierend empfunden.

„... und jeden Tag sie waren noch nie bei mir oder (,) also ich habe sie noch gar nie gesehen (,) na oja ich war gestern dort (,) na wirklich (,) und am nächsten Tag wieder (,) und sie waren aber noch nie bei mir“ (IP1, 160-163 – DGKS)

Demenzkranken Menschen fällt es leichter sich an lange zurückliegende Ereignisse zu erinnern, als neue Informationen zu speichern. Auch eine Unterscheidung zwischen Vergangenheit und Gegenwart ist für die Betroffenen oft nicht mehr möglich, deshalb leben sie immer mehr in ihrer Erinnerungswelt,

die für Außenstehende nur schwer nachvollziehbar ist. So können demenzkranke Menschen beispielsweise davon überzeugt sein, dass sie viel jünger sind oder noch zur Arbeit gehen müssen. Für die Pflegenden bedeutet es eine Herausforderung sich auf die Welt der Erkrankten einzustellen und einen verständnisvollen Zugang zu finden (Gatterer, Croy, 2005, S. 132; Leuthe, 2009, S. 68; Schwarz, 2009, S. 33-35).

„... sie sind ja meistens irgendwo in einer Zeit ihres Lebens und für sie ist das die Realität (,) und die wenigsten können was damit anfangen wenn eine Pflegende kommt und sagt nein das ist alles ein Blödsinn da sind sie jetzt nicht (,) die bleibt in dieser Welt“ (IP5, 370-373 - DGKS)

Ablehnung der Pflegehandlungen

Bei demenzkranken KlientInnen kann die Pflege nicht immer durchgeführt werden, weil die Erkrankten an manchen Tagen zu keinerlei Kooperation bereit sind. Als besondere Herausforderung wurde die Körperpflege geschildert. Die Erkrankten können nicht immer verstehen, dass diese wichtig ist, es fehlt ihnen das Vertrauen zu der Pflegeperson oder sie verweigern die Körperpflege aus Schamgefühlen. Wenn sich die KlientInnen bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung befinden, können sie auch nicht immer nachvollziehen, was während der einzelnen Pflegehandlungen mit ihnen geschieht. Deshalb können sie sich während einer Pflegehandlung auch bedroht fühlen und reagieren mit Ablehnung, Aggressionen oder Angst (Bowlby Sifton, 2008, S. 110).

„... Körperpflege ist sehr schwierig (,) weil die Demenzkranken auch Generationen sind die nicht mit der Freizügigkeit so umgehen können dass sie sich vor irgendjemand Fremden ausziehen ... die Vertrautheit fehlt (,) es ist sehr schwierig dem Klienten zu zeigen dass Körperpflege wichtig ist... und da braucht man dann schon sehr große Überredungskunst“ (IP8, 28-34 - Heimhelferin)

Weglauftendenzen

Es kommt bei demenzkranken KlientInnen immer wieder vor, dass sie ihre Wohnung verlassen und draußen herumirren. Besonders bei Demenzen vom Alzheimer Typ entwickeln die Erkrankten einen starken Bewegungsdrang (Lind, 2007, S. 219). Wenn die Pflegenden einen Einsatz bei den KlientInnen haben, treffen sie diese deshalb nicht immer zu Hause an und machen sich Sorgen, wo die Erkrankten sein könnten.

„... für die Pflege ist es schrecklich wenn man da vor der Tür steht (,) entweder nicht hinein kann oder in der Wohnung da ist kein Klient“ (IP10, 398-400 - Pflegehelferin)

Für die KlientInnen kann es auch gefährlich sein, wenn sie ständig unterwegs sind, etwa, wenn im Winter das Haus mit unzureichender Bekleidung verlassen wird.

„... wenn dann der Faktor kommt dass sie ständig weg und ständig unterwegs sind und nicht mehr nach Hause finden dann ist es schwierig ... wir haben eine die steigt in die Straßenbahn ein und fährt einfach fort zwei Stationen wohin (,) wird dann von der Polizei aufgegriffen mit einem Hausgewand (,) es kann ihr ja auch alles passieren unterwegs“ (IP4, 694-699 – Heimhelferin)

Kommunikation

Bereits in frühen Stadien der Erkrankung kann es zu Sprachbeeinträchtigungen bzw. Sprachstörungen kommen. Wenn die Demenz weiter fortschreitet, bereitet es den Betroffenen immer mehr Schwierigkeiten sich adäquat auszudrücken. Häufig können die Erkrankten die exakten Begriffe von bestimmten Wörtern nicht mehr abrufen und ersetzen sie deshalb durch Umschreibungen oder unbestimmte Ausdrücke, die von Außenstehenden meist nicht verstanden werden (Gatterer, Croy, 2005, S.251; Leuthe, 2009, S. 61-62; Vorderwülbecke, 2005, S. 19, S. 26-27). Aufgrund der sprachlichen Beeinträchtigungen fällt es den Pflegenden oft schwer mit demenzkranken KlientInnen zu kommunizieren.

„... schwierig ist es auch mit Demenzkranken die sich verbal nicht mehr ausdrücken können (,) die zum Beispiel für alles ein anderes Wort nehmen (,) die sagen nicht Essen die sagen ein ganz ein anderes Wort und meinen aber Essen (,) das ist dann auch ganz schwierig“ (IP14, 387-391 - Heimhelferin)

Wenn demenzkranke Menschen nicht mehr in der Lage sind ihre Bedürfnisse mitzuteilen, kann dies zu Aggressionen, Zorn oder Verzweiflung bei den Erkrankten führen (Gatterer, Croy, 2005, S. 251; Rösler et. al., 2005). Manche der KlientInnen reagieren auch ungehalten und werden wütend, wenn die Pflegenden sie nicht verstehen können.

„... sie will sich ausdrücken findet aber die Wörter nicht mehr... wenn man sie nicht versteht wird sie ungeduldig und heute in der Früh hat sie mir die Wäsche nachgeworfen (,) weil sie das einfach nicht anziehen wollte und es nicht artikulieren kann“ (IP13, 154-157 - Pflegehelferin)

Aggressives Verhalten

Im Arbeitsalltag mit demenzkranken KlientInnen werden die Pflegenden auch mit aggressivem Verhalten konfrontiert. Dieses kann sich in verbaler Form, wie etwa in Beschimpfungen, äußern, in Einzelfällen kann es aber auch zu körperlichen Bedrohungen oder Tätlichkeiten gegenüber den Pflegenden kommen. Wenn sich die KlientInnen so aggressiv verhalten, dass eine Betreuung nicht mehr möglich ist, muss Hilfe von außen in Anspruch genommen werden, wie beispielsweise die vorübergehende Unterbringung der erkrankten Person in ein Krisencenter.

„... wir haben vor kurzem eine in ein Krisencenter geschickt... die Betreuung war nicht mehr möglich ...sie war mit allen aggressiv (,) hat geschrieen ...das ganze Haus ist draußen am Gang gewesen“ (IP7, 470-475 - DGKS)

Häufig wechselndes Zustandsbild

Bei demenzkranken Menschen kann es im Verlauf des Tages zu ausgeprägten Schwankungen der geistigen Verfassung kommen. Die geistige Verfassung kann sich von einem Tag auf den anderen aber auch so sehr verschlechtern, dass die Erkrankten nicht mehr in der Lage sind Dinge zu verrichten, die sie am Tag zuvor noch zustande gebracht haben (Lind, 2007, S. 92-93; Schwarz, 2009, S. 31).

„... schwierig ist es wenn der Zustand sehr veränderlich ist (,) dass die Leute lange Zeit ziemlich klar sind im Kopf und ziemlich orientiert sind und dann plötzlich ein Tag da geht gar nichts“ (IP10, 113-115 - Pflegehelferin)

Wenn demenzkranke KlientInnen plötzlich völlig verwirrt sind können vor allem die HeimhelferInnen mit einer derartigen Situation überfordert sein und die Hilfe ihrer diplomierten KollegInnen benötigen.

„... die Heimhelferin kommt und die Klientin ist verwirrt ... und bei manchen geht es überhaupt nicht die kommen selber in Stress (,) die regen sich sofort auf (,) was soll ich tun die war noch nie so (,) und dann muss man natürlich dorthin gehen oder sie telefonisch beruhigen“ (DGKS7, 664-668)

Ständig wiederkehrende Themen

Bei einem Einsatz bei demenzkranken Klientinnen kann es vorkommen, dass diese ständig über dieselben Themen sprechen oder immer wieder dieselben Fragen stellen. Von den Pflegenden werden solche Wiederholungen als sehr anstrengend empfunden.

„... in der ½ Stunde fragt die sicher 20 mal das gleiche (,) damit irgendwie auch zurecht kommen (,) freundlich bleiben (,) immer wieder Antwort geben oder ablenken (,) das ist sicher viel anstrengender als jemand wo ich das Gefühl habe tue ich ihr nicht weh oder passt das eh was ich tue“ (IP2, 303-307 - Pflegshelferin)

Ständiges Mitdenken

Demenzerkrankungen führen zu einem Verlust an geistigen Kompetenzen (Lind, 2007, S. 175), aus diesem Grund müssen die Pflegenden bei demenzkranken KlientInnen ständig für diese mitdenken. Es passiert auch immer wieder, dass die Erkrankten Dinge verlegen, die die Pflegenden dann suchen müssen.

„... es ist auch diese Detektivarbeit (,) er verlegt ja auch immer wieder Dinge (,) und suchen“ (IP11, 473-474 - Heimehelferin)

Ständig mitdenken zu müssen wurde als psychisch anstrengend und sehr ermüdend geschildert, weil zu den körperlichen Belastungen in diesem Beruf noch ein weiterer Faktor hinzukommt.

„... aber da muss der Kopf auch noch mehr mitmachen (,) da ist es dann eine doppelte Belastung unter Führungszeichen (,) da bin ich schon müder nachher“ (IP13, 107-109 - Pflegehelferin)

Dass die Pflegenden ständig mitdenken bzw. auch voraus denken müssen erstreckt sich auf verschiedene Bereiche. In manchen Haushalten werden beispielsweise die Fenstergriffe abmontiert, um zu verhindern, dass die Erkrankten Müll aus den Fenstern werfen. Auch kann es vorkommen, dass demenzkranke KlientInnen völlig unkontrolliert Nahrung zu sich nehmen und die Pflegenden deshalb die Nahrungsmittel verstecken müssen.

„... manche plündern förmlich Kühlschränke (,) wo man dann nächsten Tag dasteht um Gottes Willen jetzt hat der so und so viel Wurst gegessen... ich muss wieder einkaufen gehen (,) ich muss mir etwas überlegen wo kann ich etwas verstecken (,) Diabetiker zum Beispiel wo wir das Brot einsperren müssen weil sonst wäre ein halber Wecken Brot weg“ (IP11, 489-495 - Heimehelferin)

Für Sicherheit sorgen

Bei fortgeschrittener Demenz sind sich die Erkrankten der Gefahren im Haushalt nicht mehr bewusst und können sie auch nicht mehr richtig einschätzen (Lind, 2007, S. 175). Deshalb ist es bei demenzkranken KlientInnen sehr wichtig, dass alle Dinge im Haushalt, die für die Erkrankten gefährlich werden könnten, weggeräumt und sicher verwahrt werden. Ständig auf die Sicherheit der KlientInnen achten zu müssen bedeutet für die Pflegenden auch, dass sie eine größere Verantwortung haben.

„...immer Obacht (,) passiert nichts oder stellt er etwas an oder was habe ich vergessen (,) was kann ich noch tun damit er sicher ist wenn ich jetzt gehe (,) dass alles abgedreht ist (,) dass nichts herumliegt was der jetzt in den Mund stecken könnte oder essen... diese Verantwortung den Menschen jetzt gut versorgt zu haben (,) ihn so zu hinterlassen dass er bis zum nächsten Einsatz mehr oder weniger sicher ist“ (IP14, 293-299 - Heimehelferin)

Inadäquater Umgang mit Ausscheidungen

Im Verlauf einer Demenz kommt es bei vielen Erkrankten zunächst zu einer Harn- und in weiterer Folge zu einer Stuhlinkontinenz. Manche KlientInnen hinterlassen ihre Ausscheidungen auch überall in der Wohnung (Gatterer, Croy, 2005, S. 227). Für die Pflegenden ist es dann eine Herausforderung immer wieder alles in Ordnung zu bringen und die Wohnung unter solchen Umständen sauber zu halten.

„... ist auch sehr schwierig weil es vom hygienetechnischen schon schwierig ist (,) wenn die überall hinmachen oder überall herumschmieren“ (IP14, 143-145 - Heimehelferin)

Nahrungsaufnahme

In einem fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung fällt es den Betroffenen zunehmend schwer selbständig zu essen und oft ist ihnen auch nicht mehr bewusst, ob sie schon etwas gegessen haben. Häufig kommt es auch zu einer

Störung des Schluckreflexes, wodurch die Gefahr besteht, dass Flüssigkeit oder Nahrung in die Atemwege gelangen kann (Bowlby Sifton, 2008, S. 322; Gatterer, Croy, 2005, S. 138; Schwarz, 2009, S. 43).

„Besonders schwierig weil Demenzkranke oft vergessen zu essen (,) oder nicht essen wollen oder nicht essen können ...ganz schlimme Formen sind wenn sie nicht mehr schlucken können“ (IP14, 26-27, 32-33 - Heimhelferin)

Starke Anhänglichkeit

Manche der Erkrankten entwickeln eine starke Anhänglichkeit und möchten nicht gerne alleine sein. Aus diesem Grund beginnen sie zu weinen oder zu schreien, wenn die Pflegeperson die Wohnung verlassen möchte.

„... wenn dann jemand weint und es gibt so Leute die dann nicht mehr alleine sein wollen die klammern (,) da tut mir das Herz weh (,) weil ich muss dann gehen und die sitzen bei der offenen Tür und schreien“ (IP3, 246-249 - Heimhelferin)

Zusammenfassung

Laut Rüsing et. al. (2008) gehört die Betreuung von demenzkranken Menschen zu den größten Herausforderungen im professionellen Pflegealltag. Auch in den Interviews wurden einige Herausforderungen geschildert, die die Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag mit demenzkranken KlientInnen zu bewältigen haben.

So ist es für Pflegende nicht immer einfach, einen Zugang zu demenzkranken KlientInnen zu bekommen. Manche der Erkrankten verhalten sich sehr abweisend und ablehnend, in einzelnen Fällen kann es sogar vorkommen, dass überhaupt keine Pflegebeziehung aufgebaut werden kann. Bei fortgeschrittener Demenz muss der Zugang von den Pflegenden täglich aufs Neue gefunden werden. Es kann auch schwierig sein zu demenzkranken Menschen einen Zugang zu finden, weil diese häufig in ihrer "eigenen Welt" leben, die für Außenstehende oft nur

schwer nachvollziehbar ist (Gatterer, Croy, 2005, S. 132; Leuthe, 2009, S. 68; Schwarz, 2009, S. 33-35).

Demenzkranke KlientInnen sind an manchen Tagen zu keinerlei Kooperation bereit, deshalb ist die Durchführung der Pflegehandlungen manchmal sehr schwierig oder überhaupt nicht möglich. Als besondere Herausforderung wurde die Körperpflege beschrieben. Hilfestellungen beim Duschen oder Baden stoßen oft auf Abwehr, weil es intime Verrichtungen sind, die das Schamgefühl und den Stolz der Erkrankten verletzen können. Es kann bei der Körperpflege auch passieren, dass alte traumatische Erlebnisse und Erinnerungen wieder auftauchen und die Erkrankten deshalb mit Aggressionen oder Abwehr reagieren (Bowlby Sifton, 2008, S. 110; 303-304; Gatterer, Croy, 2005, S. 136).

Schwierig wird es für die Pflegenden auch, wenn demenzkranke KlientInnen ständig ihre Wohnung verlassen und draußen herumirren. Für manche der Pflegepersonen ist es eine psychische Belastung, wenn sie die KlientInnen bei ihren Einsätzen nicht zu Hause antreffen können, weil sie sich Sorgen um die Erkrankten machen und Angst haben, dass diesen etwas zustoßen könnte.

Die Kommunikation mit demenzkranken KlientInnen ist für manche Pflegende eine Herausforderung, weil sie nicht mit dem Kommunikationsverhalten gesunder alter Menschen vergleichbar ist. Je nach Krankheitsgrad ist es den Erkrankten nicht mehr möglich Fragen sinngemäß zu beantworten, eigene Bedürfnisse zu formulieren oder Gesagtes zu verarbeiten (Schnabel, 2005, S. 61). Die Pflegenden verstehen auch nicht immer, was die Erkrankten ihnen mitteilen möchten und diese können dann sehr ungeduldig werden oder auch ungehalten reagieren.

Im Arbeitsalltag mit demenzkranken KlientInnen werden die Pflegenden auch mit aggressiven Verhaltensweisen konfrontiert. Die Aggressionen äußern sich meist in verbaler Form, wie etwa in Beschimpfungen. Es wurde aber auch von einzelnen Fällen berichtet, in denen sich die Erkrankten so aggressiv verhalten haben, dass eine Betreuung nicht mehr möglich war und Hilfe in Anspruch genommen werden musste.

Bei demenzkranken Menschen kann das Zustandsbild stark schwanken und sich sehr rasch verschlechtern (Lind, 2007, S. 92-93; Schwarz, 2009, S. 31). Es wurde geschildert, dass vor allem die Heimhilfen mit einer plötzlichen Verschlechterung des Zustandsbildes der Erkrankten überfordert sind und Hilfe von ihren diplomierten KollegInnen benötigen.

Als besondere Herausforderungen wurden weiters "Ständig wiederkehrende Themen", "Ständiges Mitdenken" und "Für Sicherheit sorgen" genannt. Wenn Pflegende bei demenzkranken KlientInnen im Einsatz sind kann es sehr anstrengend sein, wenn die Erkrankten ständig dasselbe sagen oder immer wieder dieselben Fragen stellen. Besonders belastend ist es für Pflegende, wenn sie bei den KlientInnen ständig mitdenken und für die Sicherheit der Erkrankten sorgen müssen, damit diese im Haushalt keinen Gefahren ausgesetzt sind. Einige der Pflegenden empfinden die Arbeit mit demenzkranken KlientInnen deshalb als weitaus anstrengender und als eine größere psychische Belastung als die Arbeit mit KlientInnen ohne Demenz wie eine Heimhelferin schildert:

"... aber wenn man den ganzen Vormittag unterschiedliche Klienten hat die alle dement sind (,) das ist eine große Herausforderung (,) meiner Meinung nach sollte das für den Heimhilfebereich nicht sein (,) mehr als maximal 2 Demente an einem Tagdienst ist meiner Meinung nach nicht gut" (IP 14, Heimhelferin, 317-320)

Schwierig ist es für Pflegende auch, wenn demenzkranke KlientInnen harn- und stuhlinkontinent sind und ihre Ausscheidungen überall in der Wohnung hinterlassen. Unter solchen Umständen ist es nicht einfach die Wohnung sauber zu halten und in der knapp bemessenen Zeit, die zur Verfügung steht, sowohl die Erkrankten zu versorgen als auch die Wohnung zu reinigen. Weiters wurden Probleme bei der Nahrungsaufnahme geschildert, wie etwa Schluckbeschwerden. Eine starke Anhänglichkeit der Erkrankten kann ebenfalls als belastend empfunden werden, vor allem dann, wenn die KlientInnen zu schreien oder zu weinen beginnen, wenn die Pflegeperson die Wohnung verlassen möchte.

6.1.2 Beeinträchtigende Rahmenbedingungen

Ob eine qualitativ hochwertige Pflege erbracht werden kann ist nicht nur von den Pflegenden, sondern auch von den äußeren Rahmenbedingungen abhängig. In den Interviews wurden einige ungünstige Rahmenbedingungen geschildert, die für eine qualitätsvolle Pflege und Betreuung von demenzkranken KlientInnen hinderlich sind.

Zeitdruck

Der Zeitfaktor spielt bei der Betreuung von demenzkranken Menschen eine äußerst wichtige Rolle. In den Interviews wurde sehr häufig berichtet, dass den Pflegenden für die KlientInnen viel zu wenig Zeit zur Verfügung steht.

„... der Zeitfaktor ist das größte Problem (,) dass wir eigentlich viel zu wenig Zeit für die Leute haben“ (IP4, 51-52 – Heimehelferin)

Wenn die Pflegenden unter Zeitdruck arbeiten müssen sind sie nervös und angespannt. Dies hat auch Auswirkungen auf die Betreuung der KlientInnen, weil die Erkrankten nicht verstehen können, dass die Pflegenden nur wenig Zeit zur Verfügung haben und sich beeilen müssen. Sie spüren nur die Unruhe und Nervosität der Pflegeperson und sind unter solchen Bedingungen schwieriger zu betreuen.

„... ich kann einem Demenzkranken nicht sagen jetzt müssen wir aber duschen gehen ich habe nur mehr 15 Minuten (,) das versteht er nicht (,) da geht kein schnell schnell ... wenn ich nervös bin spüren die das auf jeden Fall ... sie wissen vielleicht nicht was es ist aber sie verspüren eine Unruhe und dann hat man keine Chance überhaupt keine“ (IP3, 64-71 - Heimehelferin)

Aus Zeitgründen ist es in den meisten Fällen auch nicht möglich, dass die Kompetenzen und Ressourcen der Erkrankten gefördert werden. Obwohl manche

KlientInnen noch in der Lage wären sich selbständig anzukleiden oder ihr Essen selbst zu schneiden übernimmt die Pflegeperson diese Tätigkeiten häufig aus Zeitmangel.

„... ich nehme ihm aber natürlich seine Motorik (,) er könnte ja noch (,) aber weil ich nicht die Zeit habe dass ich jetzt warte bis er langsam isst (,) langsam schneidet (,) schneide ich es vor (,) ich gebe ihm einen Löffel und schaue dass er schnell isst weil ich muss ja wieder zur Nächsten (,) das finde ich oft schade“ (IP11, 220-224 - Heimhelferin)

Zu wenig Betreuungskontinuität

Die Mehrheit der Pflegenden war der Meinung, dass es für demenzkranke Menschen am besten ist, wenn sie von so wenig Pflegepersonen als möglich betreut werden und auch eine Bezugsperson haben. Bei fremden Personen ziehen sich die Erkrankten oft zurück und verweigern die Pflege.

„... wenn irgendjemand kommt der fremd ist (,) die ziehen sich zurück (,) ich möchte mich heute nicht waschen (,) lassen sie mich in Ruhe oder solche Sachen (,) deshalb brauchen sie immer eine Bezugsperson“ (IP7, 319-322 - DGKS)

Es ist aber nicht nur für die Erkrankten schwierig, sich immer wieder an neue Personen gewöhnen zu müssen, sondern auch die Pflegenden empfinden die ersten Einsätze bei demenzkranken KlientInnen als anstrengend. Sie kennen die Gewohnheiten und Bedürfnisse der Erkrankten noch nicht und diese sind häufig nicht mehr in der Lage sie ihnen mitzuteilen.

„...es ist für den Klienten und für die Betreuungsperson schwierig am Beginn (,) weil ich komme in die Wohnung schaue mir zwar die Pflegedokumentation an kenne aber die Gewohnheiten von den Menschen nicht (,) die können das vielleicht nicht erklären (,) es ist sehr anstrengend“ (IP12, 588-594 - Pflegehelferin)

Unzureichende Ausbildung

Im Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen sind spezielle Kenntnisse über die Erkrankung und den Umgang mit demenzkranken Menschen notwendig, um die Betroffenen adäquat betreuen zu können. Nach Meinung einiger DGKS sind die PflegehelferInnen und HeimhelferInnen für die Betreuung von demenzkranken KlientInnen unzureichend ausgebildet. Vor allem die Ausbildungszeit der HeimhelferInnen erscheint ihnen als viel zu kurz.

„... was die Demenz betrifft wäre glaube ich gerade für Berufsgruppen wie Heimhilfen und Pflegehelfer mehr Ausbildung notwendig“ (IP1, 534-536 - DGKS)

Die PflegehelferInnen finden ihre Ausbildung ebenfalls als unzureichend. Sie bedauern auch, dass es für ihre Berufsgruppe nur wenige Möglichkeiten zur Weiterbildung für den Umgang mit demenzkranken Menschen gibt.

„... wo ich im Praktikum war muss ich schon sagen von der Ausbildung her (,) das finde ich unmöglich dass da nicht darauf geschaut wird dass man wirklich etwas beigebracht bekommt (,) da habe ich überall Auszeichnung bekommen auf nichts hinauf“ (IP2, 614-617 - Pflegehelferin)

Auch die HeimhelferInnen schilderten, dass sie für die Betreuung von demenzkranken KlientInnen viel zu wenig vorbereitet wurden und fühlen sich aufgrund der mangelnden Ausbildung in einigen Situationen überfordert. Sie äußerten deshalb den Wunsch nach einer besseren Ausbildung oder nach speziellen Schulungen für den Umgang mit demenzkranken Menschen.

„... wenn man zum ersten Mal zu einem Demenzkranken kommt steht man schon manchmal da und weiß nicht wie man weitermachen soll ... da ist man schon so ein bisschen hilflos“ (IP14, 185-188 - Heimhelferin)

Inadäquate Pflegegeldeinstufungen

Damit die Organisation für die Betreuung von demenzkranken KlientInnen ausreichend Zeit zur Verfügung stellen kann, ist es notwendig, dass die Erkrankten eine entsprechende Pflegegeldeinstufung haben. Es ist aber häufig der Fall, dass demenzkranke Menschen entweder überhaupt kein Pflegegeld beziehen oder aber die Pflegegeldeinstufung zu niedrig ist. Aus diesem Grund kann den Pflegenden weniger Zeit als erforderlich zur Verfügung gestellt werden, was zur Folge hat, dass sie in ihren Möglichkeiten stark eingeschränkt sind.

„... da es nicht einmal noch eine Pflegegeldstufe gibt bekommen wir dreimal $\frac{1}{2}$ Stunde (,) das sind effektiv $\frac{1}{4}$ Stunde (,) was soll ich denn dort tun in einer $\frac{1}{4}$ Stunde... und solange keine Pflegegeld da ist werden wir vom FSW nicht mehr Stunden bekommen“ (IP4, 364-367 - Heimhelferin)

Bei demenzkranken Menschen wäre es auch wichtig darauf zu achten, dass das Pflegegeld immer wieder an den Grad der Erkrankung angepasst wird, da sich der Pflegebedarf mit Fortschreiten der Erkrankung erhöht.

Unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit

Bei der häuslichen Pflege von demenzkranken Menschen müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, die medizinische, pflegerische, sozial- und leistungsrechtliche oder finanzielle Angelegenheiten betreffen (Schäfer-Walkmann, 1999). Deshalb wäre eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich, um die unterschiedlichen Bedürfnisse der Erkrankten besser erfüllen zu können. Von den Pflegenden wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit aber als unzureichend beschrieben. Eine stärkere Vernetzung der einzelnen Berufsgruppen und Dienstleistungsanbieter, wie beispielsweise TherapeutInnen, medizinischer Pediküre oder Anbietern von Inkontinenzmaterial, würde ihrer Meinung nach die Betreuung von demenzkranken KlientInnen wesentlich erleichtern.

„... bessere Zusammenarbeit zwischen intra- und extramuralen Bereich (,) zwischen Hausärzten (,) Physiotherapeuten ...FSW und sozialen Diensten (,) wenn man da ein bisschen mehr vernetzter arbeiten würde wäre viel mehr drinnen in der Hauskrankenpflege und würde Demenzkranke um einiges leichter machen zu betreuen“ (IP1, 349-353 – DGKS)

Fehlende Diagnosen und mangelnde Kooperation der ÄrztInnen

Demenzkranken Menschen haben in vielen Fällen keine klare Diagnose über ihre Erkrankung gestellt bekommen. Häufig sind es die Pflegenden, die feststellen, dass eine demenzielle Symptomatik vorliegt (Schwarz und Lange, 2000).

„... die Diagnose Demenz vom Alzheimertyp haben wir in 80 Prozent der Fälle nicht klar definiert“ (IP1, 113-114 – DGKS)

Im Einzelfall kann sich die fehlende ärztliche Diagnose erschwerend auf den ambulanten Pflegealltag auswirken. Wenn von den ÄrztInnen keine eindeutige Diagnose erstellt wurde sind die Pflegepersonen in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt, weil die Erkrankten auch dann noch Entscheidungen treffen können, wenn sie sich der Konsequenzen ihrer Entscheidungen nicht mehr bewusst sind und möglicherweise sogar ihre Gesundheit gefährden.

„... ich habe eine Klientin da ist uns eigentlich allen völlig klar dass sie dement ist (,) aber es gibt keine Angehörigen (,) es gibt einen Hausarzt der sagt für ihn ist das kein Thema für ihn ist das alles in Ordnung und jetzt ist die Frage (,) die Klientin ist dement (,) was tun wir (,) sie hat keinen Sachwalter sie kann ewig selber entscheiden“ (IP1, 38-42- DGKS)

Es ist für demenzkranke Menschen auch wichtig, dass sie die erforderlichen Medikamente erhalten. Manche HausärztInnen lehnen es aber ab die von den FachärztInnen verordneten Medikamente zu verschreiben.

„... dass dieselben Rezepte vom Hausarzt aufgeschrieben werden (,) die lehnen das ab“ (IP7, 376-377 - DGKS)

Zusammenfassung

Es waren sich fast alle Pflegepersonen darin einig, dass demenzkranke Menschen sehr gut im häuslichen Umfeld betreut und versorgt werden können. Manche der Pflegenden waren sogar der Meinung, dass die häusliche Pflege die beste Option für demenzkranke Menschen ist, solange die Sicherheit der Erkrankten gewährleistet werden kann. Für die Erkrankten ist es positiv, wenn sie sich in ihrem vertrauten Umfeld befinden und die Pflegenden können daheim auch besser auf die KlientInnen eingehen.

"... bin ich felsenfest davon überzeugt dass man die Demenz viel länger sage ich einmal im Griff hat weil der Klient einfach zu Hause ist (,) weil wir erleben das schon sehr oft dass sobald jemand eine diagnostizierte Demenz hat und dann in ein Heim kommt oder in ein Spital kommt sich das massiv verschlechtert (,) weil einfach das Leben regelrecht weggerissen wird unter den Füßen das man kennt" (IP 15, 313-319, DGKS)

Als Hindernis für eine qualitativ hochwertige Pflege im häuslichen Bereich wurden allerdings die organisatorischen Rahmenbedingungen genannt. Fast alle Pflegepersonen klagten über einen enormen Zeitdruck, der die Betreuung von demenzkranken KlientInnen erschwert. Wenn die Pflegenden sich beeilen müssen spüren die Erkrankten den Stress der Pflegeperson und reagieren häufig mit Abwehr, Aggressionen oder Pflegeverweigerung (Lind, 2007, S. 105). Aufgrund des Zeitdrucks übernehmen die Pflegenden auch Tätigkeiten für die Erkrankten, die diese noch selbständig ausführen könnten, wie beispielsweise das An- und Auskleiden. Für eine Förderung der Ressourcen und Kompetenzen der Erkrankten ist in den meisten Fällen keine Zeit vorhanden.

Die fehlende Betreuungskontinuität wurde ebenfalls als ein Hindernis für eine qualitätsvolle Betreuung geschildert. Wenn die Erkrankten die Pflegenden nicht kennen verhalten sie sich oft abweisend und verweigern in manchen Fällen sogar

gänzlich die Pflegehandlungen. Aber auch für die Pflegenden ist es schwierig, wenn sie sich immer wieder auf neue KlientInnen einstellen müssen, weil diese oft nicht mehr mitteilen können was sie gerne möchten und die Pflegenden es erst langsam herausfinden müssen.

Vor allem die HeimhelferInnen und PflegehelferInnen klagten über eine unzureichende Ausbildung über Demenz und den Umgang mit demenzkranken Menschen. Im Arbeitsalltag kommt es aus diesem Grund immer wieder zu Situationen, in denen sich die Pflegenden überfordert fühlen. Viele Pflegepersonen wussten am Beginn ihrer Tätigkeit nur sehr wenig über Demenz Bescheid. Einige von ihnen eigneten sich deshalb das notwendige Wissen privat an, indem sie Bücher gelesen oder im Internet recherchiert haben.

Hinderlich ist es auch, wenn demenzkranke KlientInnen kein Pflegegeld beziehen oder aber zu niedrig eingestuft sind. Wenn dies der Fall ist, kann von den Organisationen nicht die erforderliche Zeit zur Verfügung gestellt werden.

Um demenzkranke Menschen adäquat versorgen zu können ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen notwendig (Schäfer-Walkmann, 1999). In den Interviews wurde aber eine fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit geschildert, die die Betreuung von demenzkranken KlientInnen erschwert. Die Pflegenden äußerten zudem den Wunsch nach einer Vernetzung von verschiedenen Dienstleistungsgruppen, wie beispielsweise Lieferanten von Heilbehelfen, TherapeutInnen oder medizinischer Pediküre.

Die meisten der Erkrankten haben keine Diagnose gestellt bekommen und werden somit unbehandelt von den Pflegenden versorgt (Grass-Kapanke et. al., 2008). In manchen Fällen kann die Pflege deshalb erschwert sein, beispielsweise wenn demenzkranke KlientInnen noch immer alle Entscheidungen alleine treffen können, selbst dann, wenn sie ihre Gesundheit gefährden. Mit den HausärztInnen ist häufig keine Zusammenarbeit möglich, weil diese die Pflegenden nicht immer ernst nehmen und eine Kooperation von manchen ÄrztInnen abgelehnt wird.

6.1.3 Zusammenarbeit mit Angehörigen

In der ambulanten Pflege und Betreuung arbeiten die Pflegenden häufig mit den Angehörigen zusammen. Diese Zusammenarbeit wird von den Pflegenden allerdings ambivalent erlebt. Einerseits können Angehörige eine Unterstützung und Erleichterung sein, andererseits können sie durch ihr Verhalten die Pflege auch erschweren.

Angehörige als Unterstützung und Erleichterung

Im ambulanten Arbeitsalltag gibt es immer wieder Situationen, in denen es für Pflegende sehr hilfreich sein kann, wenn es Angehörige gibt, die kontaktiert werden können und in bestimmten Situationen zur Verfügung stehen. So wurde beispielsweise geschildert, dass Angehörige sich um die Erkrankten kümmern, wenn diese ihre Medikamente nicht einnehmen möchten oder die Nahrung verweigern.

„... falls wir nicht mehr weiter können dann ist es oft so dass der Angehörige kommt und sagt nein ich kümmere mich jetzt um meine Mama... das ist für uns auch oft eine Entlastungsfunktion“ (IP15, 34-36 - DGKS)

Die Pflegenden empfinden es auch als Entlastung, wenn Angehörige organisatorische Tätigkeiten übernehmen, wie beispielsweise die Besorgung von Medikamenten oder Inkontinenzmaterial.

„... da gibt es so viele Sachen die anfallen in einer Betreuung wo es Unterstützung braucht (,) Glühbirnen die in einer Wohnung kaputt sind ... ein tropfender Wasserhahn oder Inkontinenzmaterial soll beschafft werden... ich erlebe es großteils als Unterstützung und Erleichterung“ (IP5, 188-192 - DGKS)

Angehörige als Belastung/Erschwernis

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist allerdings nicht immer hilfreich. Manche Pflegende erleben die Zusammenarbeit mit den Angehörigen als größere Herausforderung als die Betreuung der demenzkranken Person.

„... da ist der Einbezug der Angehörigen oft schwieriger als mit dem Klienten zu arbeiten“ (IP11, 10-11 - Heimehelferin)

Die Diagnose Demenz stellt nicht nur für die Erkrankten, sondern auch für die Angehörigen eine Belastung dar (Zehetner, 2005, S. 61). Für die Angehörigen ist es oft schwierig eine Demenz anzunehmen und/oder zu verstehen. Deshalb tabuisieren oder bagatellisieren manche Angehörige die Erkrankung.

„... Angehörige versuchen die Krankheit zu bagatellisieren oder zu tabuisieren (,) oder wollen es nicht wahrhaben dass der Gatte der einmal so gescheit war... dass der jetzt plötzlich nicht mehr weiß wie er das Besteck zu halten hat“ (IP11, 6-9 - Heimehelferin)

Die Angehörigen haben auch nicht immer ein ausreichendes Wissen über Demenz und den adäquaten Umgang mit demenzkranken Menschen. Aus diesem Grund können sie das Verhalten der Pflegenden oft nicht verstehen, beispielsweise wenn diese die Realität der Erkrankten akzeptieren und nicht widersprechen.

„... wir wurden geschult wie man mit der Erkrankung umgeht (,) ich muss mir dann aber wieder auf der anderen Seite anhören wieso geben sie dem Menschen Recht jetzt muss ich ihm auch Recht geben“ (IP11, 11-14 - Heimehelferin)

Eine Demenzerkrankung kann aufgrund der sozialen Rollenveränderungen in der Familie zu angespannten Beziehungen zwischen den Angehörigen und den Erkrankten führen (Schockenhoff, Wetzstein, 2005; Schwarz, 2009, S. 130-131).

Solche Konflikte haben häufig negative Auswirkungen auf die Pflegesituation. Manche Pflegenden versuchen die Situation zu entspannen, indem sie mit den Angehörigen sprechen.

„... man kommt vor Ort da sind große Spannungen... es wird viel gestritten es wird viel diskutiert (,) es ist eher sage ich einmal unproduktiv das Ganze (,) dann ist es erschwerend weil man dann auch noch sehr viele Angehörigengespräche führen muss dass sich die Situation da ein bisschen entspannt“ (IP5, 201-205 – DGKS)

Angehörige und Pflegende haben nicht immer die gleichen Prioritäten. Oft legen die Angehörigen beispielsweise besonderen Wert auf die Körperpflege, während die Pflegenden ihre Schwerpunkte auch woanders sehen. Aufgrund der unterschiedlichen Prioritäten kann es deshalb zu Interessenskonflikten kommen.

„... Umgang mit Angehörigen ist hin und wieder schon ziemlich schwierig weil die Interessen ein bisschen in verschiedene Richtung gehen“ (IP10, 684-685 - Pflegehelferin)

Einen demenzkranken Menschen über einen längeren Zeitraum zu betreuen bedeutet eine enorme psychische und physische Belastung, vor allem dann, wenn die Betreuung nur von einer Person übernommen wird (Schwarz, 2009, S. 124). Deshalb benötigen Angehörige häufig emotionale Unterstützung und die Möglichkeit sich aussprechen zu können.

„... meistens ist es dann auch der Ehepartner (,) egal ob jetzt Frau oder Mann (,) der dann noch die Ansprache braucht (,) und das dringend braucht meistens“ (IP4, 288-290 - Heimhelferin)

Bei manchen Einsätzen sprechen die Pflegenden viel mehr mit den Angehörigen als mit der demenzkranken Person.

„... es gibt auch Klienten wo ich viel mehr mit den Angehörigen gesprochen habe als mit den Klienten selber“ (IP10, 432-434 - Pflegehelferin)

Angehörige von demenzkranken Menschen warten oft viel zu lange, bis sie Hilfe in Anspruch nehmen. Wenn professionell Pflegende ins Haus kommen sind viele Angehörigen schon in einer sehr schlechten psychischen und physischen Verfassung und müssen mitbetreut werden.

„... dann geht es meist Jahre so und erst dann kommt die Heimhilfe (,) und da sind die Ehepartner dann meistens so gezeichnet von der Betreuung dass sie dann meistens schon selber auch eine Betreuung brauchen“ (IP4, 309-312 - Heimhelferin)

Die Leistung der Pflegenden wird von den Angehörigen auch nicht immer anerkannt. Manche Angehörige können nicht verstehen, dass neben den Pflegetätigkeiten oft nur sehr wenig Zeit für die Hausarbeit bleibt. Es kommt auch immer wieder vor, dass Pflegende von Angehörigen ungerechtfertigt beschuldigt werden und deshalb unter einem ständigen Rechtfertigungsdruck stehen. Die mangelnde Anerkennung und die ungerechtfertigten Beschuldigungen werden von den Pflegenden als belastend und frustrierend empfunden.

„... ich habe jetzt einen Anruf bekommen von der Chefin über irgendwelche Beschwerden wieder von Angehörigen... ich habe die Windelhose die angemachte Windelhose im Vorzimmer liegen lassen was das soll... wo sich dann herausgestellt hat er hat sie sich selber ausgezogen und hat es einfach ins Vorzimmer geworfen ... das ärgert mich irgendwo dass die Angehörigen immer wieder glauben was sind das für schlampige Leute die Heimhilfen“ (IP11, 516-527 - Heimhelferin)

Zusammenfassung

Im ambulanten Arbeitsalltag spielt die Zusammenarbeit mit den Angehörigen eine wesentliche Rolle. Einige der Pflegenden erleben die Angehörigen als eine wichtige Ressource und empfinden es als Erleichterung, wenn Angehörige in Notfällen kontaktiert werden können oder wenn sie organisatorische Tätigkeiten übernehmen. Die Mehrheit der Pflegenden schilderte die Zusammenarbeit allerdings als belastend und war der Meinung, dass Angehörige die Pflege häufig erschweren.

Die Angehörigen können die Diagnose Demenz nicht immer annehmen und tabuisieren oder bagatellisieren deshalb die Erkrankung. Manche Angehörige wissen auch sehr wenig über Demenz und den adäquaten Umgang mit demenzkranken Menschen Bescheid. Erschwerend auf die Pflegesituation wirken sich auch familiäre Konflikte und unterschiedliche Prioritäten zwischen den Angehörigen und den Pflegenden aus.

Die Anforderungen bei der Pflege von demenzkranken Menschen sind für die Angehörigen allerdings auch eine enorme Belastung (Croy, 2003, S. 118). Viele Angehörige nehmen erst sehr spät professionelle Hilfe in Anspruch und sind deshalb häufig schon gesundheitlich beeinträchtigt, wenn sie professionelle Hilfe bekommen. Aufgrund der enormen Belastungen benötigen die Angehörigen auch emotionale Unterstützung und die Möglichkeit, sich aussprechen zu können. Obwohl es nicht vorgesehen ist, dass Zeit für Gespräche mit den Angehörigen zur Verfügung steht und das Zeitbudget sehr knapp bemessen ist, versuchen die Pflegenden trotzdem sich Zeit für die Angehörigen zu nehmen und diese emotional zu unterstützen.

Von den Pflegenden aus allen drei Berufsgruppen wurde beklagt, dass ihre Tätigkeit oft nur sehr wenig Anerkennung findet. Manche Angehörige können auch nicht verstehen, dass die Pflegenden nicht immer ausreichend Zeit für umfangreiche Hausarbeiten haben. Vor allem die Berufsgruppe der HeimhelferInnen meinte, dass ihre Arbeit sehr wenig wertgeschätzt wird und es

auch immer wieder zu haltlosen Beschuldigungen von Seiten der Angehörigen kommt.

6.1.4 Positive Aspekte bei der Pflege und Betreuung

Die Betreuung von demenzkranken Menschen bedeutet nicht nur eine Herausforderung für die Pflegenden, sondern es wurde in den Interviews auch häufig betont, dass der Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen als sehr positiv und bereichernd erlebt werden kann.

Arbeit ist interessant und bereichernd

Die Arbeit mit demenzkranken KlientInnen wird von manchen Pflegenden als sehr interessant, abwechslungsreich und spannend beschrieben.

„... es ist interessanter weil dann immer wieder Überraschungen kommen können ... ich habe es als Herausforderung gesehen dass es spannend ist“ (IP10, 46-50 - Pflegehelferin)

Für die Pflegenden kann der Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen auch sehr bereichernd sein. So werden manche KlientInnen als besonders charmant und liebenswert erlebt und gemeinsame Aktivitäten mit den Erkrankten, wie beispielsweise zu singen oder Gedichte aufzusagen, bereiten den Pflegenden ebenfalls Freude.

„... ich habe einmal ein Paar betreut das war wirklich auch lustig das hat mir selber auch Spaß gemacht (,) die waren glaube ich 97 Jahre (,) und da haben wir gemeinsam überlegt wie geht der Erbkönig und dann haben wir das Gedicht aufgesagt (,) oder gemeinsam gesungen“ (IP15, 285-288 - DGKS)

Erfolgserlebnisse werden stärker empfunden

Ein weiterer positiver Aspekt bei der Betreuung von demenzkranken KlientInnen ist, dass Erfolgserlebnisse für die Pflegenden eine größere Bedeutung haben und stärker empfunden werden.

„... wenn wer so die ganze Zeit dahindämmert und dann bekommt man doch was raus dass wer lacht und sich freut oder so (,) das ist schon (,) ein Erfolgserlebnis ist das eigentlich (,) eher als wie bei einem der nicht dement ist weil mit dem plaudert man sowieso“ (IP12, 328-331 - Pflegehelferin)

Zusammenfassung

Nach Leuthe (2009, S. 15) können Pflegende, wenn sie sich auf demenzkranke Menschen bewusst einlassen, an Persönlichkeit gewinnen. So wurde auch in den Interviews geschildert, dass die Arbeit mit demenzkranken KlientInnen als besonders spannend und eine positive Herausforderung erlebt werden kann. Einige der Erkrankten wurden auch als besonders charmant und liebenswert geschildert. Eine besondere Bereicherung im Arbeitsalltag sind gemeinsame Aktivitäten mit den Erkrankten. Wenn es im Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen zu Erfolgserlebnissen kommt, werden diese auch stärker empfunden als bei KlientInnen ohne Demenz und als Anerkennung der eigenen Tätigkeit und Bemühungen angesehen.

6.2 Spezielle Anforderungen für die Pflege und Betreuung

Die Datenauswertung der zweiten empirischen Forschungsfrage **„Welche speziellen Anforderungen sind für die ambulante Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen notwendig?“** ergab folgende Haupt- und Unterkategorien:

Anforderungen an die Organisation
• Erhöhtes Zeitbudget • Gewährleistung der Betreuungskontinuität • Kompetente Ansprechpersonen zur Verfügung stellen
Anforderungen an die Pflegenden
• Fachspezifische Kompetenz • Geduld und Einfühlungsvermögen

Abbildung 4: Spezielle Anforderungen für die ambulante Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen

6.2.1 Anforderungen an die Organisation

Um eine hochwertige Pflege und Betreuung durchführen zu können, ist es notwendig, dass von der jeweiligen Organisation die Bedingungen dafür geschaffen werden.

Erhöhtes Zeitbudget

Bei demenzkranken Menschen ist der gesamte Tagesablauf verlangsamt und sie benötigen deshalb mehr Zeit um Alltagsaktivitäten verrichten zu können (Bowlby Sifton, 2008, S. 284). Aber auch die Pflegenden benötigen bei demenzkranken KlientInnen mehr Zeit um ihnen die Pflegehandlungen zu erklären. Zudem ist es für die Erkrankten auch angenehmer, wenn die Pflege in einem langsameren Tempo durchgeführt wird.

„ ... wenn die Demenzkranken ordentlich betreut werden braucht das eigentlich mehr Zeit würde ich meinen“ (IP10, 325-326 – Pflegehelferin)

Wenn ausreichend Zeit zur Verfügung steht kann die Pflegeperson besser auf die Erkrankten eingehen, dadurch kann in manchen Fällen aggressives Verhalten verhindert werden.

„... ich glaube dass ich Aggressionen ausschließen kann wenn ich mich auf diesen Menschen einlassen kann (,) wenn diese Zeit gegeben wird (,) ich rede jetzt nicht von Stunden ich rede oft von 10 Minuten“ (IP9, 242-245 - DGKS)

Die Pflegenden hätten auch gerne mehr Zeit zur Verfügung, um den KlientInnen auch einmal die Möglichkeit zu einem kleinen Spaziergang zu geben, indem sie sie beispielsweise bei Erledigungen mitnehmen.

„... ich würde viel lieber sagen so kommen sie wir ziehen uns an und wir spazieren jetzt zum Arzt und holen ein Rezept für sie (,) einfach um den Klienten auch mitzunehmen dass er nicht ständig in den vier Wänden ist ... aber oft habe ich nicht die Zeit dazu (,) weil das natürlich viel langsamer geht wenn ich mit dem Klienten unterwegs bin ... und da fehlt mir wieder die Zeit“ (IP4, 840-846 - Heimhelferin)

Gewährleistung der Betreuungskontinuität

Für demenzkranke Menschen ist es sehr wichtig, dass sie eine Bezugsperson haben und die Pflegepersonen so wenig als möglich wechseln. Manchmal dauert es auch sehr lange, bis sich die Erkrankten an eine Person gewöhnt haben. Wenn Betreuungskontinuität gewährleistet wird kann dies zur emotionalen Stabilität der Erkrankten beitragen (von Lützu-Hohlbein, 2004, S. 130).

„... was wichtig ist für die Personen ist Kontinuität und Stabilität (,) dass die Betreuungspersonen nicht oft wechseln wäre ganz notwendig“ (IP15, 299-300 - DGKS)

Aber auch für die Pflegenden hat eine hohe Betreuungskontinuität Vorteile, weil sie in vielen Situationen angemessener reagieren können, wenn sie die Betroffenen gut kennen (Lehmacher, Trabitzsch, 2000).

Kompetente Ansprechpersonen zur Verfügung stellen

Im Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen gibt es immer wieder Situationen, in denen die Pflegenden Informationen oder Ratschläge benötigen. Es wurde deshalb der Wunsch nach einer kompetenten Ansprechperson geäußert, die für Notfälle zur Verfügung stehen soll und jederzeit kontaktiert werden kann.

„... wenn ich ein Problem habe dass ich mit irgendjemanden der ein Fachwissen hat sprechen kann und der mir in der Theorie einen Leitfaden gibt (,) das wäre schön“ (IP8, 416-419 - Heimhelferin)

6.2.2 Anforderungen an die Pflegenden

Die Pflegenden waren in den Interviews der Meinung, dass für die Betreuung demenzkranker Menschen einige spezielle Anforderungen notwendig sind. Neben fachspezifischer Kompetenz wurden auch persönliche Eigenschaften genannt, die als wichtig erachtet wurden.

Fachspezifische Kompetenz

Um das Verhalten von demenzkranken Menschen besser zu verstehen und sie adäquat betreuen zu können, ist es notwendig, dass die Pflegenden über die Erkrankung und die verschiedenen Methoden im Umgang mit demenzkranken Menschen Bescheid wissen. So schildert eine DGKS beispielsweise, dass eine Schulung über Validation für ihren Arbeitsalltag sehr wichtig und hilfreich war.

„... für mich war ganz wichtig viel über Validation zu hören (,) das ist in meinem Arbeitsalltag ganz wichtig“ (IP5, 9-10 - DGKS)

Menschen werden durch verschiedene Lebensumstände geprägt, die noch weit in die fortschreitende Demenz wirken können. Dazu gehören auch traumatische Ereignisse, wie zum Beispiel Kriegserlebnisse oder Vertreibungen aus der

Heimat. Deshalb ist es für die Pflegenden sehr wichtig sich mit der Biografie ihrer KlientInnen vertraut zu machen. Sie sollten möglichst viel aus deren Vergangenheit erfahren, um die Verhaltensweisen, Ängste und Aggressionen der erkrankten Person besser verstehen zu können (Lehmacher, Trabitzsch, 2000; von Lützu-Hohlbein, 2004, S. 130).

„... und vor allem biographisches Wissen (,) ich muss wissen was hat der vorher in seinem Leben durchgemacht“ (IP6, 340-341, DGKS)

Geduld und Einfühlungsvermögen

Geduld und Einfühlungsvermögen wurden als die beiden wichtigsten persönlichen Eigenschaften genannt, die bei der Betreuung von demenzkranken KlientInnen hilfreich sind. Besonders die Geduld spielt eine wichtige Rolle, weil Hektik oder Ungeduld bei den Erkrankten Aggressionen, Nervosität oder Ablehnung hervorrufen kann.

„... es ist ein harter Weg und man braucht wahnsinnig viel Geduld“ (IP11, 140-141 - Heimhelferin)

Zusammenfassung

Um den Arbeitsalltag mit demenzkranken KlientInnen besser bewältigen zu können, sind nach Meinung der Pflegenden einige spezielle Anforderungen notwendig. Die Anforderungen, die an die Organisation gestellt wurden, waren ein erhöhtes Zeitbudget, die Gewährleistung von Betreuungskontinuität und die Bereitstellung von kompetenten Ansprechpersonen für die Pflegenden.

Ein erhöhtes Zeitbudget wurde von den Pflegenden als oberste Priorität genannt, um demenzkranke Menschen besser betreuen zu können. Demenzkranke Menschen sind häufig verlangsamt und benötigen deshalb einen anderen Zeitrahmen als Menschen ohne Demenz (Bowlby Sifton, 2008, S. 284). Es kann in manchen Fällen auch aggressives Verhalten verhindert werden, wenn die

Pflegenden die notwendige Zeit haben, um sich auf die Erkrankten einlassen zu können. Der Zustand von demenzkranken Menschen ist auch nicht immer gleich, sondern es kommt häufig zu Schwankungen der Tagesform (Lind, 2007, S. 214). Deshalb können an manchen Tagen Pflegehandlungen sehr rasch und leicht durchgeführt werden, während an anderen Tagen wesentlich mehr Zeit für die Pflege benötigt wird. Die Pflegenden hätten auch gerne mehr Zeit zur Verfügung, um die Erkrankten bei Erledigungen auch einmal mitnehmen zu können und ihnen so die Möglichkeit zu einem kleinen Spaziergang zu geben. In der Studie von Snayde und Moriatry (2009) hat sich herausgestellt, dass Pflegende mit ihrer Tätigkeit viel zufriedener waren, wenn sie die Möglichkeit hatten mit den Erkrankten auch gemeinsame Aktivitäten unternehmen zu können.

Die Gewährleistung der Betreuungskontinuität ist für demenzkranke Menschen ebenfalls sehr wichtig, weil die Erkrankten überfordert werden, wenn sie sich ständig auf neue Personen einstellen müssen (Schwarz, Lange, 2000). Meist dauert es auch einige Zeit, bis sich demenzkranke Menschen an die Pflegeperson gewöhnt und sie akzeptiert haben (von Lützu-Hohlbein, 2004, S. 130). Nach Lind (2007, S. 209-210) verfügen demenzkranke Menschen aufgrund der Hirnleistungseinbußen über ein begrenztes Anpassungsvermögen, deshalb bedeuten neue Personen und Situationen für einen demenzkranken Menschen Stress und Belastung. Aber auch für die Pflegenden ist der Arbeitsalltag einfacher zu bewältigen, wenn sie immer wieder dieselben KlientInnen betreuen. Je besser sie die Erkrankten und ihre Eigenheiten kennen, desto besser können sie auf deren Bedürfnisse eingehen und in vielen Situationen angemessener reagieren (Lehmacher, Trabitzsch, 2000).

Im Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen tauchen auch immer wieder Fragestellungen und problematische Situationen auf. Deshalb äußerten die Pflegenden den Wunsch nach einer kompetenten Ansprechperson, die in Notfällen zur Verfügung stehen sollte.

Es wurden aber nicht nur spezielle Anforderungen an die Organisation, sondern auch an die Pflegenden genannt. So ist es wichtig, dass die Pflegenden über fachspezifische Kompetenz verfügen und sowohl über die Erkrankung als auch

über den adäquaten Umgang mit demenzkranken Menschen Bescheid wissen. Als notwendige persönliche Eigenschaften wurden Geduld und Einfühlungsvermögen genannt.

6.3 Hilfreiche Strategien bei der Pflege und Betreuung

Die Datenauswertung der dritten empirischen Forschungsfrage „**Welche Strategien haben die Pflegenden entwickelt, um demenzkranke Menschen besser betreuen zu können?**“ ergab folgende Haupt- und Unterkategorien:

Persönliche Strategien der Pflegenden
• Wertschätzendes Verhalten • Einbezug in häusliche Tätigkeiten • Widerspruch und Diskussionen vermeiden • Keine zu hohen Erwartungen haben • Ritualisierte Handlungsabläufe • Strategien bei aggressivem Verhalten • Spezielle Maßnahmen bei Weglauftendenzen
Strategien auf der Strukturebene
• Gezielte Auswahl der Pflegenden • Schulung der Pflegenden • Vergrößerung des Zeitrahmens

Abbildung 5: Hilfreiche Strategien bei der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen

6.3.1 Persönliche Strategien der Pflegenden

Im Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen haben die Pflegenden verschiedene Strategien entwickelt, die sich bei der Betreuung von demenzkranken KlientInnen als besonders hilfreich erwiesen haben.

Wertschätzendes Verhalten

Selbst wenn ein Mensch seine Autonomie vollständig verloren hat, sollte sich die Pflegeperson respektvoll verhalten und ein würdevoller Umgang mit den Erkrankten eine Selbstverständlichkeit sein (von Lützau-Hohlbein, 2004, S. 130; Vorderwülbecke, 2005, S. 45). Demenzkranke Menschen sollten deshalb auf keinen Fall wie Unmündige behandelt und bevormundet werden.

„... ganz wesentlich ist dass man die Personen ernst nimmt in ihrer Demenz und auch psychischen Erkrankung“ (IP15, 240-241 - DGKS)

Zu einem würdevollen Umgang mit demenzkranken KlientInnen gehört auch ein wertschätzendes Verhalten gegenüber der erkrankten Person. Dieses zeigt sich bereits in einfachen, alltäglichen Pflegehandlungen. So schilderten Pflegende beispielsweise, dass sie auch mit den KlientInnen sprechen, die nicht mehr antworten können oder dass sie den Erkrankten für jede Speise einen frischen Löffel geben.

„... ich rede auch mit den Leuten die nicht mehr selber sprechen (,) ich sage denen was ich mache (,) ich sage denen was sie zum Essen bekommen (,) ich gebe denen einen frischen Löffel für jede Speise (,) muss nicht die Nachspeise mit dem Suppenlöffel essen... ich frage auch ob der Saft richtig verdünnt ist (,) auch wenn ich keine Antwort bekomme aber ich rede mit den Leuten“ (IP10, 167-172 – Pflegehelferin)

Für demenzkranke Menschen ist es auch sehr wichtig, dass sie von den Pflegenden Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen. Wenn die Erkrankten bemerken, dass ihnen Aufmerksamkeit entgegengebracht wird, sind sie leichter zu motivieren und eher zu einer Kooperation bereit.

„... man muss mehr Zuneigung zeigen (,) die müssen diese Wärme spüren dass sie mitmachen“ (IP7, 418-420 - DGKS)

Einbezug in häusliche Tätigkeiten

Für demenzkranke Menschen ist es wichtig, dass sie sich nützlich und kompetent fühlen können und so lange als möglich zu leichter körperlicher Bewegung angeregt werden. Deshalb ist es sinnvoll, die Erkrankten regelmäßig mit einfachen Alltagstätigkeiten, wie beispielsweise Arbeiten im Haushalt oder im Garten, zu betrauen. Dadurch können noch vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten aktiviert und erhalten werden (Schmidtke, 2006, S. 115).

„... ich versuche sie immer mit einzubeziehen in die Arbeiten die ich mache (,) wenn ich Geschirr abwasche gebe ich ihr ein Geschirrtuch und sage so wollen sie einmal den Teller abwischen (,) sie braucht halt ihre Zeit um den Teller abzuwischen“ (IP4, 858-862 – Heimhelferin)

Wenn Pflegende demenzkranke Menschen darin unterstützen, Dinge zu tun, stärken sie auch das Selbstwertgefühl der erkrankten Personen (Bowlby Sifton, 2008, S. 253).

Widerspruch und Diskussionen vermeiden

Die Wahrnehmung demenzkranker Menschen entspricht nicht immer der Realität. Es hat aber keinen Sinn, wenn Pflegende versuchen die Erkrankten von ihrer Sichtweise abzubringen, sondern es ist am besten, wenn sie die Realität der erkrankten Person akzeptieren.

„... wenn der Klient jetzt zum Beispiel sagt das ist eine schöne Kutsche da draußen sagt man ja das stimmt da haben sie recht“ (IP6, 41-43 - DGKS)

Wenn die Pflegenden versuchen demenzkranke KlientInnen mit Argumenten oder Diskussionen von ihrer Überzeugung abzubringen erzeugt dies nur Widerstand und Abwehr bei den Erkrankten.

„... nur diskutieren kann man nicht (,) das ist unmöglich (,) oder sie von irgendetwas überzeugen zu wollen (,) dann erzeugt man nur Gegenwehr und einen Grant“ (IP4, 141-144 - Heimhelferin)

Auf demenzkranke Menschen sollte auch kein Druck ausgeübt werden, wenn sie zu bestimmten Handlungen nicht bereit sind. Besser ist es die Entscheidung der Erkrankten vorerst zu akzeptieren, so gelangen die Pflegenden viel eher zu einem Erfolg.

„... mit Zwang geht gar nichts (,) sondern ich lasse sie dann immer und sage ok dann eben nicht machen wir es nicht (,) und dann kommen sie von selber manchmal“ (IP4, 903 -905 – Heimhelferin)

Keine zu hohen Erwartungen haben

Die Betreuung von demenzkranken KlientInnen fällt den Pflegenden leichter, wenn keine zu hohen Erwartungen gestellt werden, weder an sich selbst noch an die erkrankte Person. Bei demenzkranken Menschen ist es wichtig, dass nicht die eigenen Leistungsmaßstäbe angelegt werden, sondern die Pflegenden sollten auch mit einem unvollkommenen Ergebnis zufrieden zu sein und die Bemühungen der Erkrankten würdigen (Lehmacher, Trabitzsch, 2000).

„... kann ich auch von mir nicht erwarten dass ich einen Demenzkranken wieder dort hinbringe dass er es kann... deswegen tue ich mir wahrscheinlich auch leicht weil ich diese Erwartungen nicht habe“ (IP4, 982-985 - Heimhelferin)

Ritualisierte Handlungsabläufe

Wenn Handlungsabläufe sehr komplex sind und auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden, bedeutet dies eine Überforderung für eine demenzkranke Person. Durch stetig wiederkehrende Handlungsabläufe kann die Pflegeinteraktion für die Erkrankten vereinfacht werden (Lind, 2007, S. 145).

„... darauf achten dass man immer wieder schaut wie habe ich das das letzte Mal gemacht“ (IP13, 22-23 –Pflegehelferin)

Eine Heimhelferin hat bei einer Klientin über einen längeren Zeitraum während der einzelnen Pflegehandlungen immer mit denselben Worten, im selben Rhythmus und in derselben Sprachmelodie gesprochen. In einer fortgeschrittenen Phase der Erkrankung konnte sich die Klientin an den Rhythmus und die Melodie der Worte noch erinnern, wodurch die Betreuung erleichtert wurde (Leuthe, 2009, S. 64).

„... wenn ich gekommen bin habe ich gesagt hallo (,) was machen wir jetzt (,) und alleine am Wortlaut und am Ton hat sie gewusst was jetzt kommt (,) und ich habe das jeden Tag genau gleich gesagt (,) und sie hat genau gewusst jetzt tun wir waschen (,) machen wir Inkontinenzpflege (,) und dann gibt es Frühstück... das hat mir später sehr geholfen (,) wenn sie einen Tag gehabt hat wo sie sich absolut nicht betreuen lassen wollte habe ich mich daran erinnert und habe wieder in dem Tonfall mit ihr gesprochen und sie hat gewusst was kommt (,) sie hat zwar nicht mit mir kommuniziert aber sie hat sich zum Tisch gesetzt“ (IP14, 414-428 - Heimhelferin)

Strategien bei aggressivem Verhalten

Wenn sich demenzkranke KlientInnen aggressiv verhalten haben die Pflegenden die Erfahrung gemacht, dass es am besten ist, wenn sie so ruhig als möglich bleiben, keine Angst zeigen und sich von den Aggressionen nicht anstecken lassen. Wenn es ihnen gelingt die Ruhe zu bewahren beruhigen sich die Erkrankten häufig sehr rasch.

„... wenn sie spüren dass das Gegenüber ruhig bleibt und sich da nichts tut werden sie automatisch selber auch ruhiger“ (IP4, 161-162 - Heimhelferin)

Wenn Situationen besonders spannungsgeladen sind kann es für die Pflegeperson hilfreich sein, wenn sie für einige Zeit den Raum verlässt und der erkrankten Person die Möglichkeit gibt sich wieder zu beruhigen.

„... wenn es zu Problematiken kommt dann werde ich eher ruhig (,) und wenn es mit dem nicht mehr funktioniert dann sage ich so und jetzt aus ich verlasse jetzt den Raum (,) komme in 10 Minuten wieder (,) das ist eine Strategie meinerseits die ganz gut hilft“ (IP15, 249-253 - DGKS)

Manche Pflegende entwickeln bei aggressivem Verhalten auch eigene Strategien. Eine Heimehelferin kann einen Klienten beispielsweise sehr leicht beruhigen, indem sie ihm ein bestimmtes Lied vorsingt.

„... man entwickelt Tricks die kann man nicht lernen (,) ich kann zum Beispiel die Aggressivität von einem Patienten oft ganz leicht beheben indem ich ein altes Lied singe das er gerne singt wo er den ganzen Text sogar noch kann (,) und dann singt er mit (,) und sagt dass ich das alles noch weiß“ (IP11, 155-159 - Heimehelferin)

Spezielle Maßnahmen bei Weglauftendenzen

Eine besondere Herausforderung ist es für die Pflegenden, wenn demenzkranke KlientInnen Weglauftendenzen entwickeln, immer wieder die Wohnung verlassen und draußen herumirren. Deshalb versuchen sie spezielle Maßnahmen zur Sicherheit der Erkrankten zu treffen. So wird mit den Angehörigen beispielsweise vereinbart, dass in der Kleidung der erkrankten Person der Name angebracht wird oder ihr ein Schlüsselbund umgehängt wird. Auch die Montage eines Schlüsselsafes kann hilfreich sein. Auf Wunsch der KlientInnen und/oder der Angehörigen kann auch die Wohnungstür versperrt werden.

„... man kann mit den Angehörigen zum Beispiel vereinbaren dass an der Kleidung überall der Name angebracht ist ... dass die Leute einen Schlüsselbund

umgehängt haben... wir haben Schlüsselsafe (,) wir haben natürlich auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen... wir haben Klienten die wollen das auch (,) die unterschreiben das selber und sagen bitte sperren sie die Wohnungstür zu“ (IP1, 374-380 - DGKS)

6.3.2 Strategien auf der Strukturebene

Abgesehen von den persönlichen Strategien der Pflegenden haben die diplomierten Pflegepersonen auch Strategien auf der Strukturebene entwickelt, um demenzkranken KleintInnen eine bessere Betreuung bieten zu können.

Gezielte Auswahl der Pflegenden

Eine DGKS achtet bei der Diensterteilung immer darauf, dass sie für die Betreuung demenzkranker KlientInnen vor allem ruhige MitarbeiterInnen auswählt, die im Umgang mit demenzkranken Menschen bereits Erfahrung haben.

„... dass die bisschen älteren mit Erfahrung dort hingehen (,) dass nicht gleich jemand der frisch diplomiert ist oder eine frisch ausgebildete Pflegehelferin oder Heimhilfe dorthin geht“ (IP7, 75-78 - DGKS)

Schulung der Pflegenden

Eine wichtige Maßnahme zur Verbesserung der Betreuung von demenzkranken Menschen ist eine entsprechende Schulung des Pflegepersonals. Deshalb versuchen DGKS die PflegehelferInnen und HeimhelferInnen so gut als möglich für den Arbeitsalltag mit demenzkranken KlientInnen vorzubereiten und sie überlegen, welche Informationen für die Pflegenden hilfreich und nützlich sein könnten. Manche DGKS besprechen mit ihren MitarbeiterInnen auch Fallbeispiele, um auf diese Weisen zu veranschaulichen, wie die Erkrankten am besten betreut werden sollten.

„... wir versuchen so gut als möglich unsere Informationen weiterzugeben und diese Fälle auch zu beschreiben wie das war und was das war (,) wie kann man gut mit dieser Sache umgehen“ (IP7, 681-683 - DGKS)

Vergrößerung des Zeitrahmens

Der Zeitfaktor spielt bei der Betreuung von demenzkranken Menschen eine äußerst wichtige Rolle. Die DGKS versuchen deshalb den Pflegenden mehr Zeit für die Betreuung zur Verfügung zu stellen. Wenn die Pflegenden nicht unter Zeitdruck arbeiten müssen, können sie auf die Erkrankten besser eingehen und die Pflege in Ruhe durchführen, wodurch Aggressionen bei den Erkrankten auch verhindert werden können.

„... wenn ich zum Beispiel bei einem Klienten bei irgendwelchen Tätigkeiten $\frac{1}{2}$ Stunde brauche oder auch eine $\frac{3}{4}$ Stunde dann gebe ich noch eine $\frac{1}{4}$ Stunde dazu um alles in Ruhe zu machen und jeden Griff mit dem Klienten ordentlich zu besprechen (,) und ich sehe das ist schon ein Erfolg... dann sehe ich keine Aggression vom Klienten“ (IP7, 57-62 - DGKS)

Zusammenfassung

Nach Bowlby Sifton (2005, S. 37) ist eine liebevolle Fürsorge die beste Behandlung für demenzkranke Menschen. Diese Erfahrung haben auch die Pflegenden gemacht und setzen sie im Arbeitsalltag um. Die Erkrankten reagieren sehr positiv, wenn ihnen Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegengebracht wird und sind dann auch leichter zu motivieren. Wichtig ist auch, dass demenzkranke KlientInnen wertschätzend behandelt und ernst genommen werden. Wertschätzung kann sich bereits in alltäglichen Pflegehandlungen zeigen, wie etwa, dass den Erkrankten zu jeder Speise ein frischer Löffel gereicht wird. Es hat einen beträchtlichen Einfluss auf die Lebensqualität von demenzkranken Menschen, wenn sie wertschätzend behandelt und liebevoll betreut werden (Bowlby Sifton, 2005, S. 37).

Für demenzkranke Menschen ist es auch wichtig, dass sie in häusliche Tätigkeiten miteinbezogen werden und sich nützlich machen können, solange sie dazu noch in der Lage sind. Das Selbstwertgefühl der Erkrankten wird dadurch gesteigert und es bereitet ihnen Freude, wenn sie bemerken, dass sie gewisse Tätigkeiten noch selbständig durchführen können (Bowlby Sifton, 2008, S. 253).

Im Umgang mit demenzkranken Menschen haben die Pflegenden die Erfahrung gemacht, dass Widerspruch bei den Erkrankten sinnlos ist und nur Abwehr und Unwillen hervorruft. Nach Rösler et. al. (2005) ist es am besten, wenn die subjektive Wirklichkeit von demenzkranken Menschen akzeptiert wird. Es sollte auch kein Druck ausgeübt werden, wenn die KlientInnen zu gewissen Pflegehandlungen nicht bereit sind. Besser ist es, wenn ein anderer Zeitpunkt abgewartet wird, oft lenken die Erkrankten von selbst ein, wenn sie bemerken, dass sie nicht bedrängt werden.

Im Pflegealltag mit demenzkranken KlientInnen ist es auch wichtig, dass die Pflegenden keine zu hohen Erwartungen haben. Es dürfen nicht die eigenen Leistungsmaßstäbe angesetzt werden, sondern es muss immer vom jeweiligen Zustandsbild des Erkrankten ausgegangen und dieses akzeptiert werden.

Ritualisierte Pflege- und Handlungsabläufe haben sich im Arbeitsalltag mit demenzkranken KlientInnen als sehr hilfreich erwiesen. Täglich wiederkehrende Handlungsabläufe und die Verwendung derselben Kontakt- und Begrüßungsformen vermitteln den Erkrankten ein Gefühl von Stabilität und Vertrautheit (Lind, 2007, S. 145).

Bei aggressiven Verhaltensweisen ist es nach Erfahrung der Pflegenden am besten, wenn sie die Ruhe bewahren und sich von den Aggressionen nicht anstecken lassen. Es kann hilfreich sein, wenn die Pflegeperson kurz den Raum verlässt, damit die erkrankte Person sich wieder beruhigen kann. Manche Pflegenden haben eigene Strategien entwickelt, um bestimmte KlientInnen zu beruhigen, wie beispielsweise das Vorsingen eines bestimmten Liedes.

Um die Sicherheit der KlientInnen zu gewährleisten wenden die Pflegenden bei Weglauftendenzen besondere Maßnahmen zum Schutz der Erkrankten an. So bringen sie beispielsweise in der Kleidung der erkrankten Person den Namen an, hängen ihr einen Schlüsselbund um oder versperren auf Wunsch der Erkrankten und/oder der Angehörigen die Wohnungstüre.

Von den DGKS werden auch einige Strategien angewandt, die sich auf die Strukturebene beziehen. So wählen sie für die Betreuung von demenzkranken KlientInnen MitarbeiterInnen aus, die schon Erfahrungen im Umgang mit demenzkranken Menschen haben und eine ruhige Persönlichkeit besitzen. Manche DGKS führen Schulungen für die PflegehelferInnen und HeimhelferInnen durch und besprechen mit ihnen Fallbeispiele aus der Praxis, um sie auf diese Weise besser für den Umgang mit demenzkranken Menschen vorzubereiten. Wenn die Möglichkeit vorhanden ist wird für die Betreuung von demenzkranken KlientInnen auch ein größerer Zeitrahmen zur Verfügung gestellt.

7 ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst. Die Ergebnisse dieser Untersuchung stimmen in vielen Punkten mit den Ergebnissen anderer Studien überein und bestätigen diese somit.

Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass die ungünstigen Rahmenbedingungen und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen von den Pflegenden meist als größere Herausforderung angesehen werden als die Betreuung der demenzkranken KlientInnen.

Bereits Krenn (2003, S. 88) und Linck (2002, S. 41-42) haben festgestellt, dass im ambulanten Arbeitsalltag ein enormer Zeitdruck herrscht, der die Betreuung von demenzkranken Menschen beträchtlich erschwert. Aufgrund der knapp bemessenen Zeit können die Ressourcen der Erkrankten auch nicht gefördert werden und es bleibt meist keine Zeit für gemeinsame Aktivitäten mit den KlientInnen. Nach Bowlby Sifton (2008, S. 284) sollte für demenzkranke Menschen auch ein höheres Zeitbudget berücksichtigt werden, weil diese häufig verlangsamt sind und zur Bewältigung der Alltagsaktivitäten mehr Zeit benötigen als Menschen ohne Demenz.

Sowohl in dieser Untersuchung als auch in anderen Studien beklagten die Pflegenden, dass sie für den Umgang mit demenzkranken Menschen meist keine adäquate Ausbildung erhalten haben (Krenn, 2003, S. 41-42; Grass-Kapanke, 2008, S. 38-39). Vor allem die PflegehelferInnen und HeimhelferInnen sind aus diesem Grund in bestimmten Situationen immer wieder überfordert und äußerten deshalb den Wunsch nach einer besseren Ausbildung oder speziellen Schulungsmaßnahmen.

Nach Schwarz und Lange (2000) finden es viele Pflegende bedauerlich, dass vor allem die grund- und behandlungspflegerischen Leistungen im Mittelpunkt der Pflege stehen und für gemeinsame Aktivitäten mit den KlientInnen keine Zeit

vorgesehen ist. Wenn die Pflegenden die Möglichkeit haben demenzkranke Menschen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie bei Freizeitbeschäftigungen zu unterstützen, hat dies nach Snayde und Moriatry (2009) sowohl auf die Lebensqualität der Erkrankten als auch auf die Zufriedenheit und das Selbstwertgefühl der Pflegenden äußerst positive Auswirkungen.

Für die Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen sind nach Meinung von Orsini (2009) allerdings nicht alle Pflegepersonen geeignet. Die Pflegenden sollten neben der fachspezifischen Kompetenz auch über spezifische persönliche Eigenschaften verfügen, die bei der Betreuung von demenzkranken Menschen hilfreich sind. Als wichtigste persönliche Eigenschaften wurden sehr viel Geduld, sowie eine freundliche, ruhige Wesensart und ein besonders gutes Einfühlungsvermögen genannt.

Nach Schäfer-Walkmann ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, um demenzkranke Menschen im häuslichen Bereich angemessen betreuen zu können (Schäfer-Walkmann, 1999). Den Untersuchungen zufolge wird diese Zusammenarbeit in der Praxis allerdings nur sehr wenig umgesetzt. Die Mehrheit der demenzkranken Menschen, die ambulant versorgt werden, haben auch keine eindeutige Diagnose über ihre Erkrankung gestellt bekommen und werden somit unbehandelt betreut. Viele Pflegepersonen kritisieren auch die fehlende Kooperationsbereitschaft der HausärztInnen (Dias-Kapanke et. al., 2008, S. 39-40).

Es stellte sich bei der Untersuchung auch die Frage, ob ambulante Dienste, die sich auf die Betreuung von demenzkranken Menschen spezialisiert haben, die Erkrankten besser versorgen können. Einige Studien berichten von sehr positiven Erfahrungen mit speziellen Diensten, die für demenzkranke Menschen im häuslichen Bereich entwickelt wurden (Lahat, 2006; Snayde, Moriatry, 2009). Nach Meinung von Lahat (2006) kann auch die zunehmende Zahl allein lebender demenzkranker Menschen von den ambulanten Diensten, die sich auf die Betreuung von demenzkranken Menschen spezialisiert haben, gut versorgt werden, wenn geeignete Unterstützungsangebote vorhanden sind.

Die Angehörigen sind durch die Pflege enorm belastet und benötigen deshalb häufig emotionale Unterstützung. Oft wissen die Angehörigen auch nur sehr wenig über die Erkrankung und ihre Folgeerscheinungen. Bescheid und ein adäquater Umgang mit den Erkrankten fällt vielen Angehörigen schwer. Laut Schneekloth (2006) sollte der Fokus deshalb nicht nur auf die Erkrankten gerichtet werden, sondern es wäre wichtig, dass die Angehörigen in geeignete Unterstützungsangebote einbezogen und ihre Kompetenzen gestärkt werden.

8 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK

Obwohl in der Untersuchung einige Herausforderungen im Umgang mit demenzkranken KlientInnen geschildert wurden und die Betreuung von manchen Pflegenden als psychisch anstrengend erlebt wird, ist nach Meinung der interviewten Personen die häusliche Pflege die beste Option für demenzkranke Menschen. Nach den Erfahrungen der Pflegenden ist es für die Erkrankten am besten, wenn sie sich in ihrem vertrauten Umfeld befinden und im häuslichen Pflegesetting kann auch besser auf die Bedürfnisse der Erkrankten eingegangen werden.

Als Herausforderungen im Arbeitsalltag wurden vor allem die Rahmenbedingungen sowie die Zusammenarbeit mit den Angehörigen angesehen.

- **Beeinträchtigende Rahmenbedingungen:** Für viele Pflegende ist der enorme Zeitdruck im ambulanten Arbeitsalltag die größte Herausforderung bei der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen. Aber auch eine unzureichende Ausbildung über Demenz und den adäquaten Umgang mit demenzkranken Menschen haben negative Auswirkungen auf den Pflegealltag. Vor allem die HeimhelferInnen und PflegehelferInnen sind aufgrund der unzureichenden Kenntnisse im Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen immer wieder überfordert. Als beeinträchtigende Rahmenbedingung wurde weiters die fehlende Betreuungskontinuität genannt.

- **Fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit und keine Vernetzung der Dienstleistungsanbieter:** Die Versorgung von demenzkranken Menschen betrifft nicht nur pflegerische, sondern auch zahlreiche weitere Aspekte. Aus diesem Grund wären eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sowie eine Vernetzung der Dienstleistungsanbieter erforderlich. Hinderlich im ambulanten Arbeitsalltag ist auch die mangelnde Kooperationsbereitschaft mancher HausärztInnen.
- **Angehörige erschweren die Pflege und Betreuung:** Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von den Pflegenden häufig als belastend und erschwerend erlebt. Aufgrund der Belastungen durch die Pflege benötigen die Angehörigen auch emotionale Unterstützung und die Möglichkeit zu einer Aussprache. Für Gespräche mit den Angehörigen ist allerdings keine zusätzliche Zeit vorgesehen, obwohl die Pflegenden versuchen, sich die Zeit für eine emotionale Unterstützung der Angehörigen und für Gespräche zu nehmen.

In dieser Studie wurde die Sichtweise von Pflegenden dargestellt, die in allgemeinen ambulanten Diensten arbeiten. Nicht berücksichtigt wurde die Sichtweise von Pflegenden, die in ambulanten Diensten arbeiten, die sich auf die Betreuung von demenzkranken und psychisch kranken Menschen spezialisiert haben. Es wäre deshalb interessant zu erforschen, inwieweit sich die Erfahrungen der Pflegenden in den jeweiligen Diensten unterscheiden. Da die Zusammenarbeit mit den Angehörigen von den Pflegenden häufig als problematisch und belastend beschrieben wurde, sollte auch näher erforscht werden, wie diese verbessert werden könnte. Weiters wäre es interessant zu untersuchen, welche Unterstützungsangebote die ambulanten Dienste den Angehörigen zur Entlastung anbieten könnten.

LITERATURVERZEICHNIS

Annerstedt, L. / Elmstahl, S. / Ingvad, B. / Samuelsson, S.M. (2000): Family caregiving in dementia. An analysis of the caregiver's burden and the "breaking-point" when home care becomes inadequate. In: Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 28, Issue 1, S. 23-31

Baier, B. / Romero, B. (2001): Unterstützung für betreuende Angehörige. In: Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Besselmann, K. / Fillibeck, H. / Sowinski, C. (2004): Qualifikations- und Anforderungsprofil für Pflegende in der ambulanten Pflege. In: Hasseler, M. / Meyer, M.: Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte in die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 2, S. 108-115

Bowlby Sifton, C. (2008): "Das Demenz Buch". Ein "Wegbegleiter" für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten. Bern: Verlag Hans Huber

Bundessozialamt – Pflegegeld. Zugriff am 13.07.2011 unter <http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegegeld>

Cabin, W.D. (2007): Phantoms of Home Care: Regulatory Constraints on Home Care Nurse Care Management of Persons with Alzheimer's Disease. In: Americal Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, Vol. 22, No. 5, S. 378-388

Cabin, W.D. (2010): Unleashing the Ghost of Home Care: The Case for a National Alzheimer's Disease Home Care Demonstration Project. In: Care Management Journals, Vol. 11, No. 2, S. 93-100

Cameron, K. (1999): Dementia care in the community: An opportunity for collaboration. In: Nursing Times, Vol. 95, No. 31, S. 44-45

Croy, A. (2003): Der Stellenwert von Angehörigen und ihre Belastungen in der Betreuung von Demenzkranken. In: Wancata, J. / Meise, U. / Marksteiner, J. (Hrsg.): Grauzone. Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie

Dias, A. / Dewey, M.E. / D'Souza, J. / Dhume, R. / Motghare, D.D. / Shaji, K.S. / Menon, R. / Prince, M. / Patel, V. (2008): The effectiveness of a home care program for supporting caregivers of persons with dementia in developing countries: A randomised controlled trial from Goa, India. In: PLoS ONE, Vol. 3, Issue 6. Zugriff am 17.09.2010 unter <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0002333>

Ertl, R. / Kratzer, U. (2006): Heimhilfe. Ein Lehrbuch für Theorie und Praxis. Wien: Facultas Verlag

Ertl, R. / Kratzer, U. (2007): Hauskrankenpflege. Wissen – Planen – Umsetzen. 2. aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Verlag

Förstl, H. / Calabrese, P. (2001): Was ist Demenz. In: Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

Förstl, H. / Maelicke, A. / Weichel, C. (2005): Demenz. Taschenatlas spezial. Stuttgart: Thieme Verlag

Füsgen, I. (2004): Geriatrie Band 2: Spezielle Krankheitsbilder – Notfälle – Problembereiche – Tod und Sterben. 4. vollständige und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Garms-Homolová, V. (2004): Professionalisierung der Pflege im ambulanten Versorgungssektor. In: Hasseler, M. / Meyer, M.: Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte in die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Gatterer, G. (Hrsg.) (2007): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Wien: Springer Verlag

Gatterer, G. / Croy, A. (2005): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Wien: Springer-Verlag

Gelmini, G. / Morabito, B. / Braidì, G. / Rolani, A. (2001): The importance of the family training in the home care of demented patients. In: Archives of Gerontology and Geriatrics, Suppl. 7, S. 191-194

Gräßel, E. (1998): Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31, Heft 1, S. 57-62

Grass-Kapanke, B. / Kunczik, T. / Gutzmann, H. (2008): Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor – DIAS. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. Band 7. Zugriff am 15.04.2011 unter <http://www.dggpp.de/documents/DIAS.pdf>

Grond, E. (2009): Pflege Demenzerkrankter. 4. überarbeitete Auflage. Hannover: Brigitte Kunz Verlag

Gutzmann, H. / Steenweg, L. (2001): Rationelle Beratung. In: Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag

- Haberl, R.L. /Schreiber, A.K. (2001): Binswanger und andere vaskuläre Demenzen. In: Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Halek, M. / Bartholomeyczik, S. (2006): Verstehen und Handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Hasseler, M. (2004): Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Veränderungen. In: Hasseler, M. / Meyer, M. (Hrsg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Höwler, E. (2008): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Kleibel, V. / Mayer, H. (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Verlag
- Klostermann, M. / Steinkamp, G. / Tropberger, F. / Werner, B. (1998): Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31, Heft 6, S. 426-437
- Krenn, M. (2003): Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen. FORBA-Forschungsbericht 3/2003
- Lahat, M. (2006): Home care's critical role: Serving clients with dementia and mental illness. In: Caring, Vol. 25, No. 5, S. 14-18
- Lankers, D. / Kissler, S. / Hötte, S.D. / Freyberger, H.J. / Schröder, S.G. (2010): Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 43, Heft 4, S. 254-258

- Lehmacher, C. / Trabitzsch, A. (2000): Patienten mit Demenz. Eine Herausforderung für die Pflege. In: Procure, Heft 3, S. 23-27
- Leuthe, F. (2009): Richtig sprechen mit dementen Menschen. Band 44 von Reinhardts Gerontologische Reihe. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Li, Y. / Sprague, D. (2002): Study on Home Caregiving for Elders with Alzheimer's and Memory Impairment. In: Illness, Crisis & Loss, Vol. 10, No. 4, S. 318-333
- Linck, W. (2002): Alltag mit Dementen. Pflegekräfte und ihre Klienten in der ambulanten Pflege. Hannover: Schlütersche
- Lind, S. (2007): Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen – Strategien – Konzepte. 2. korrigierte und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- von Lützu-Hohlbein, H. (2004): Ambulante Pflege: Aus Sicht der Angehörigen – Zusammenarbeit mit Angehörigen. In: Hasseler, M. / Meyer, M. (Hrsg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Marriott, A. / Donaldson, C. / Tarrier, N. / Burns, A. (2000): Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. In: British Journal of Psychiatry, Vol. 176, Issue 6, S. 557-562
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung kennen lernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlag
- Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 9. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Müller, I. (2008): Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige – eine Literaturübersicht. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Nr. 3, S. 8-10
- Orsini, M. (2009): Alzheimer's Care: A primer for in-home care. In: Caring, Vol. 28, No. 8, S. 6-16
- Perrar, K. M. / Sirsch, E. / Kutschke, A. (2007): Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Reggentin, H. (2005): Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38. Jg., Nr. 2, S. 1-7
- Riedijk, S.R. / Duivenvoorden, H.J. / Van Oostrom, I. / Rosso, S.M. / Van Swieten, J. / Niermeijer M.F. / Tibben, A. (2009): Frontotemporal dementia (FTD) patients living at home and their spousal caregivers compared with institutionalized FTD patients and their spousal caregivers: Which characteristics are associated with in-home care? In: SAGE journals online. Zugriff am 11.10.2010 unter <http://dem.sagepub.com/content/8/1/61.full.pdf+html>
- Roelands, M. / Van Oost, P. / Depoorter, A. / Verloo, H. (2004): Knowing the diagnosis and counselling the relatives of a person with dementia: the perspective of home nurses and home care workers in Belgium. In: Health and Social Care in the Community, Vol. 13, No. 2, S. 112-124
- Rösler, A. / Schwerdt, R. / von Renteln-Kruse, W. (2005): Was die Sprache Alzheimer-Kranker mit der Celans verbindet. Über Kommunikation mit schwer betroffenen Demenzpatienten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 38, Nr. 5, S. 354-359

Rüsing, D. / Herder, K. / Müller-Hergl, C. / Riesner, C. (2008): Der Umgang mit Menschen mit Demenz in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung. Problematische Situationen, Wissensbedarfe und Selbsteinschätzungen. In: Pflege & Gesellschaft, 13. Jg., Heft 4, S. 306-321

Schaeffer, D. / Wingenfeld, K. (2008): Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. In: Pflege & Gesellschaft, 13. Jg., Heft 4, S. 293-305

Schäfer-Walkmann, S. (1999): Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der ambulanten Gerontopsychiatrie. In: Pflege Aktuell, Nr. 11, S. 597-601

Schmidt, R. / Assem-Hilger, E. / Benke, T. / Dal-Bianco, P. / Delazer, M. / Ladurner, G. / Jellinger, K. / Marksteiner, J. / Ransmayr, G. / Schmidt, H. / Stögmanner, E. / Wancata, J. / Wehringer, C. (2008): Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz. In: Neuropsychiatrie, Band 22, Nr. 1, S. 1-15

Schmidtke, K. (2006): Demenzen. Untersuchung und Behandlung in der Facharztpraxis und Gedächtnissprechstunde. In: Brandt, T. / Hohlfeld, R. / Noth, J. / Reichmann, H. (Hrsg.): Klinische Neurologie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Schnabel, M. (2005): Umgang mit Demenzkranken. Entwicklung eines Lernfeldes auf Basis empirischer Daten aus der Berufspraxis der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Schneekloth, U. (2006): Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 39, Nr. 6, S. 405-412

- Schockenhoff, E. / Wetzstein, V. (2005): Relationale Anthropologie – Ethische Herausforderungen bei der Betreuung von dementen Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 38, Heft 4, S. 262-267
- Schoenmakers, B. / Buntinx, F. / DeLepeleire, J. (2010): Supporting the dementia family caregiver: The effect of home care intervention on general well-being. In: Aging & Mental Health, Vol. 14; No. 1, S. 44-56
- Schwarz, G. (2009): Basiswissen: Umgang mit demenzkranken Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Schwarz, G. / Lange, S. (2000): Grenzen und Nischen. Wie gut können ambulante Dienste die Pflege Demenzkranker gewährleisten? In: Altenpflege, Heft 1, S. 47-51
- Snayde, F. / Moriarty, J. (2009): Person-centred home care for people with dementia: Developing a specialist service in an ethnically diverse community. In: SAGE journals online. Zugriff am 11.10.2010 unter <http://dem.sagepub.com/content/8/1/148.full.pdf+html>
- Spicker, I. (2004): Mobile Pflege und Betreuung. Zeitdruck und Stress gefährden die Gesundheit. In: ProCare, Heft 6, S. 18-21
- Spicker, I. / Schopf, A. (2008): Belastungssituationen. Besonderheiten der mobilen Pflege- und Betreuungsarbeit. In: Pflegepraxis, Heft 3, S. 8-11
- Stoppe, G. (2007): Demenz. Diagnostik – Beratung – Therapie. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Thomas, P. / Chantoin-Merlet, S. / Hazif-Thomas, C. / Belmin, J. / Montagne, B. / Clement, J.-P. / Lebruchec, M. / Billon, R. (2002): Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients: The Pixel Study. In: International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol. 17, Issue 11, S. 1034-1047

Thompson, C.A. / Spilsbury, K. / Hall, J. / Birks, Y. / Barnes, C. / Adamson, J. (2007): Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. In: BMC Geriatrics. Zugriff am 11.10.2010 unter <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/18>

Venables, D. / Reilly, S. / Challis, D. / Hughes, J. / Abendstern, M. (2006): Standards of care in home care services: A comparison of generic and specialist services for older people with dementia. In: Aging & Mental Health, Vol. 10, No. 2, S. 187-194

Vorderwülbecke, N. (2005): Erschwernisse in der Kommunikation mit alternden Menschen im Rahmen einer Demenz. Welches Hilfsangebot kann die Sprachheilpädagogik zur Unterstützung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Dementen bereithalten? Seedorf, Hamburg: Signum Verlag

Wächtler, C. (Hrsg.) (2003): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Wancata, J. (2002): Die Epidemiologie der Demenzen. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, 152. Jg., Heft 3-4, S. 52-56

Weiss-Faßbinder, S. / Lust, A. (Hrsg.) (2010): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung

Weyerer, S. (2003): Arbeitssituation und Belastungen des Personals in ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe. In: Wancata, J. / Meise, U. / Marksteiner, J. (Hrsg.): Grauzone: Die Versorgung älterer psychisch Kranker. Innsbruck: Verlag Integrative Psychiatrie

Weyerer, S. / Bickel, H. (2007): Epidemiologie psychischer Erkrankungen. Grundriss Gerontologie Band 14. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Weyerer, S. / Schäufele, M. (2009): Herausforderungen durch die Demenzkrankheiten: Epidemiologische Versorgungssituation, psychosoziale und ökonomische Folgen. In: Stoppe, G. / Stiens, G. (Hrsg.): Niedrigschwellige Betreuung von Demenzkranken. Grundlagen und Unterrichtsmaterialien. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Wilens, S.B. / Harman, S.M. / Alexander-Israel, D. (1997): Home Care and the Alzheimer's Disease Patient: An Educational Imperative. In: Caring, Vol. 16, No. 1, S. 44-49

Zehetner, F. 2005: Wie werden demenzielle Veränderungen von nahen Angehörigen erlebt? In: Sittner, E. (Hrsg.): Demenz – eine Herausforderung für Pflege und Betreuung. Wien: Facultas Verlag

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:

Mittlere Prävalenz nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung
der über 60-Jährigen in Österreich, nach Wancata (2002)..... 19

Abbildung 2:

Mittlere Inzidenz nach Standardisierung auf die Alterszusammensetzung der
über 60-Jährigen in Österreich, nach Wancata (2002)..... 20

Abbildung 3:

Erleben des Arbeitsalltags mit demenzkranken Menschen
(eigene Darstellung)..... 51

Abbildung 4:

Spezielle Anforderungen für die ambulante Pflege und Betreuung
demenzkranker Menschen
(eigene Darstellung)..... 76

Abbildung 5:

Hilfreiche Strategien bei der Pflege und Betreuung von demenzkranken
Menschen
(eigene Darstellung)..... 81

ANHANG

Auszug aus dem Auswertungsprozess der Daten, Überkategorie:
Herausforderungen bei der Betreuung

IP	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Kategorien
3	212-213	Erkrankte weiß nicht mehr dass sie mich schon gesehen hat	kann sich an Pflegende nicht mehr erinnern	Zugang schwierig
3	155	Erkrankte sind am Anfang abweisend	anfangs abweisend	Zugang schwierig
3	235-236	Erkrankte erzählt während des Einsatzes ständig dasselbe	ständige Wiederholungen	Ständige Wiederholungen
3	137-138	man muss ständig alles wegräumen	alles muss weggeräumt werden	Für Sicherheit sorgen
4	180-182	wenn Erkrankte ständig unterwegs sind wird es schwierig	Weglauftendenzen schwierig	Weglauftendenzen
4	32-33	Erkrankte können oder wollen nicht mehr essen	Schwierigkeiten bei Nahrungsaufnahme	Nahrungsaufnahme
8	104-106	war sehr schwierig das Vertrauen gewinnen zu können	sehr schwierig Vertrauen zu gewinnen	Zugang schwierig
11	293-294	muss immer umsichtig sein damit nichts passiert	muss für Sicherheit sorgen	Für Sicherheit sorgen
14	33-34	Erkrankte lehnen alles ab	Erkrankte sehr ablehnend	Zugang schwierig
14	101	Erkrankte lassen niemanden an sich heran	ablehnendes Verhalten	Zugang schwierig
14	120-124	Äußere spielt eine Rolle, da darf man keine Dicke schicken oder eine Dunkelhaarige	Pflegende werden wegen Äußerlichkeiten abgelehnt	Zugang schwierig
14	60	Kommunikation mit Erkrankten oft nicht möglich	Kommunikation oft schwierig	Kommunikation
14	388-391	Erkrankte nehmen für alles ein anderes Wort	Wortfindungsstörungen	Kommunikation

Liebe Beschäftigte in der ambulanten Pflege und Betreuung!

Ich studiere Pflegewissenschaft an der Universität Wien und schreibe zum Abschluss meines Studiums eine Diplomarbeit über die ambulante Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen. Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich untersuchen, wie Beschäftigte aus diesem Bereich ihren Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen erleben.

Um dieses Erleben beschreiben zu können, bin ich auf Ihre Mithilfe und Ihre Erfahrungen angewiesen. Ich suche deshalb InterviewpartnerInnen, die als HeimhelferInnen, PflegehelferInnen oder diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen arbeiten und im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Menschen mit einer Demenzerkrankung pflegen bzw. betreuen und bereit wären sich ca. 1 Stunde Zeit für ein Interview zu nehmen. Die Interviews werden auf ein Diktiergerät aufgenommen, weil dies eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und seriöse Auswertung darstellt. Selbstverständlich werden die Gespräche bei der Auswertung anonymisiert und die Ergebnisse so dargestellt, dass Rückschlüsse auf Ihre Person nicht möglich sind. Ich versichere Ihnen, dass ich mit dem Inhalt des Gespräches vertraulich und respektvoll umgehen werde und die Daten nur zum Zweck meiner Diplomarbeiten verwenden werde.

Ich wäre Ihnen über Ihre Mithilfe sehr dankbar und bitte Sie, sich bei mir telefonisch unter 0650/6349843 oder per e-mail k.havel-siegert@chello.at zu melden!

Mit freundlichen Grüßen

Karin Havel-Siegert

Interviewleitfaden

Einstiegsfrage:

Aufgrund der längeren Lebenserwartung kommt es zu immer mehr Demenzerkrankungen in unserer Gesellschaft und die Versorgung von demenzkranken Menschen spielt eine immer wichtigere Rolle. Wie erleben Sie Ihren Arbeitsalltag mit demenzkranken Menschen?

- Unterschiede bei der Betreuung/Pflege von demenzkranken KlientInnen im Vergleich zu nicht-dementen KlientInnen.

Spezielle Anforderungen

- Welche speziellen Anforderungen sind für die Pflege/Betreuung von demenzkranken KlientInnen Ihrer Meinung nach erforderlich?

Hilfreiche Strategien

- Welche Strategien haben sich bei der Pflege/Betreuung von demenzkranken KlientInnen als hilfreich erwiesen?

CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten:

KARIN HAVEL-SIEGERT

geboren am 08.11.1965 in Wien, verheiratet

Ausbildung:

Oktober 2006 – September 2011

Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien

Juni 1989 Studienberechtigung für Medizin

ab Oktober 1989 Studium an der Medizinischen Universität Wien

September 1980 – Juni 1983

Handelsschule der Wiener Kaufmannschaft

Tätigkeiten:

01.07 – 30.09.2004

Saisonanstellung in der Pflege, Rudolfstiftung, 2. Medizinische Abt.

02.06 – 31.08.2003

Saisonanstellung in der Pflege, Rudolfstiftung, 2. Medizinische Abt.

03.08 – 30.09.1998

Saisonanstellung in der Pflege, Kaiser Franz Josef Spital, Psychiatrie

01.07 – 31.08.1997

Saisonanstellung in der Pflege, Kaiser Franz Josef Spital, Psychiatrie

01.07 – 31.08.1996

Saisonanstellung in der Pflege, Kaiser Franz Josef Spital, Psychiatrie

01.07 – 31.08.1995

Saisonanstellung in der Pflege, Kaiser Franz Josef Spital, Psychiatrie

01.07 – 31.08.1994

Saisonanstellung in der Pflege, Kaiser Franz Josef Spital, Psychiatrie

01.07 – 31.08.1993

Saisonanstellung in der Pflege, Kaiser Franz Josef Spital, Interne Abt.

01.07 – 31.12.1992

Saisonanstellung in der Pflege, AKH, Unfallchirurgie

01.07 – 31.08.1991

Saisonanstellung in der Pflege, AKH, Unfallchirurgie

ab 1989

Betreuungstätigkeiten im häuslichen Bereich

1983 – 1989

Beschäftigung im kaufmännischen Bereich