

## **„Veränderungen 2017 fest im Blick“**

Welche Anforderungen kommen auf Pflege- und Betreuungskräfte zu und wie können sie diesen am besten begegnen?

## Veränderungen?!

Alterung, Gesundheit, Erleben und auch die Pflegebedürftigkeit verändern sich zunehmend schneller. Den „Normalfall“ ausgehend von einer idealisierten, typischen Durchschnittsfamilie wird es noch weniger geben, als es ihn je gegeben hat. Die Geschichte der idealisierten Großfamilien hat es dabei selten gegeben. Damit werden auch die Anforderungen in den Pflegesituationen immer komplexer. Individuelle, an der Biographie, an den Hindernissen oder an den Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten des einzelnen Menschen orientierte Überlegungen sind die Basis jeglicher pflegerischer Arbeit. Das Durchschnittsalter in den Pflegeheimen ist in den letzten Jahren von 75 auf 85 Jahre gestiegen. Die Prägezeit auf die sich die Mitarbeiterinnen einstellen müssen ist dadurch konstant bei den 1950er Jahren geblieben.

Die Lebenswelt dort schrumpft aktuell noch extrem zusammen. Egal ob eine kognitiv einschränkende Erkrankung vorliegt oder die Bettlägerigkeit den Blick zur Decke erzwingt. Depressive Stimmungen sind allenthalben anzutreffen. Die berechtigterweise steigenden Ansprüche der zu Pflegenden kollidieren mit dem System. Die professionelle Pflege stellt sich der Herausforderung, das zu kompensieren, was dem zu Pflegenden verloren gegangen ist. Das war schon immer so – aber

## Pflege und Pflegeversicherung

Ausgehend von dem Grundgedanken des „Homo ökonomikus“ und die damit verbundene Wahrscheinlichkeit der immer weiter fortschreitenden Ausnutzung der menschlichen Arbeitskraft, entstanden unter Bismarck zur Abwehr einer sozialen Revolution:

die Krankenversicherung - 1883

die Unfallversicherung - 1884

die Rentenversicherung für Arbeiter - 1889/1911 für Angestellte

Aus ähnlichen Motiven unter dem Aspekt der Wählerstimmen und einem Versuch radikale Gesinnungen unter den Arbeitslosen nicht greifen zu lassen, entstand die Arbeitslosenversicherung - 1927.

Aus ganz anderem Grund nämlich aus Sparzwängen heraus (Entlastung der Kommunen bei der Sozialhilfe) entstand die Pflegeversicherung - 1995.

Von der Sorge für die Armen und Kranken bis zur Professionalisierung der Pflege

Das Kerngeschäft der Pflege von Leib und Seele ist bei dem Leib im Wesentlichen immer noch das Gleiche – die SeelSorge und die Betreuung über die Körperlichkeit hinaus hat sich mit den Zeiten sehr gewandelt und der größte Wandel, auf dem Weg zur Individualisierung, steht jetzt an.

Dazu kommt die immer noch im Entstehen, die begriffene Kommerzialisierung der Pflege- ein Element, welches im Bereich der Medizin viel länger praktiziert wird. Während die Schwestern und Brüder der Ordensgemeinschaften die Armen und Pflegebedürftigen auf der Basis von Almosen versorgten stellten z. B. Bader oder Steinschneidern bereits ihre Leistungen gegen Bezahlung zur Verfügung.

Das hat sich seit der Einführung der Pflegeversicherung gründlich geändert. Und von den weiteren Änderungen haben wir ja heute schon Einiges gehört. Direkt nach der Einführung der Pflegeversicherung 1995 waren erstens die Demenz noch nicht in dem Maß im Fokus und der Umgang mit Einstufungsverfahren noch ungewohnt. Entscheidend war (und ist) dann immer noch die fachliche Fundierung des Assessments und damit (häufig) der Erfolg des Antrages. Eine Übung wird sich damit einstellen.

Von Anfang an konnten die Zeiten der begrenzten SGB XI genehmigungsfähigen Pflegebereiche gleichwertig (!) in Übernahme, Unterstützung oder Anleitung erfasst werden.

Mit Ähnlichem dürfen wir auch mit den neuen Kriterien rechnen.

Also wird die Frage entscheidend sein: Welche Selbstständigkeit wird das Maß der Pflegebedürftigkeit (im Sinne der Einstufung) bestimmen?

Wird es weiter darauf ankommen möglichst sukzessive schlechter zu werden?

Ich komme hierauf später zurück...

## **Wer ist und wird wie alt?**

Die Zahlen der demographischen Entwicklung kann wohl jeder der sich mit diesem Gebiet beschäftigt längst mehr oder weniger auswendig.

Auffällig erscheint mir zumindest in der Letzen Zeit, mehr oder weniger die Ruhe mit der inzwischen die immer wieder zu hörenden Wiederholungen dieser Szenarien hingenommen werden. Vielleicht geht es doch mehr Menschen damit so wie mir und die Gelassenheit speist sich aus der guten (eigenen) Kenntnis der nächsten (Babyboomer) Generation und der Wahrnehmung der Gesundheitsressourcen dieser Gruppe. Ich habe Zweifel an einer Hochaltrigkeit der nächsten Alterskohorte – die kargen Jahre der Nachkriegsgeneration hatten durchaus positiven Einfluss auf die körperliche Konstitution. Und ein so hohes Bildungsniveau wie spätere Generationen aufweisen, ist in der Babyboomer-Kohorte noch nicht vorhanden.

Immerhin gilt es als gesicherte Erkenntnis, dass Ältere Menschen mit niedrigerem Bildungsabschluss und geringem Sozialstatus deutlich erhöhte Mortalitätsrisiken haben (von dem Knesebeck & Vonneilich, 2009).

Damit befindet sich diese Kohorte in der Mitte zwischen den heute alten Menschen und den nach uns kommenden Generationen mit schlecht prognostizierbaren Gesundheits- bzw. Krankheitsverläufen. Über die vermehrten chronischen Erkrankungen herrscht dabei Einigkeit. Aber hinsichtlich des Bedarf von pflegerischer und/oder medizin-technischer Betreuung, werden erst weitere Entwicklungen Aufschluss geben.

Und vielleicht tragen ja dann doch die bekannten Zusammenhänge zu einer quantitativen Verringerung des Problems bei. Mangelndes Gesundheitsbewusstsein war für viele in der Kindheit an gesüßten Tees positiv und an den Besuchen des Schulzahnarztes negativ bemerkbar. Und mit dem aufkommenden Gesundheitsbewusstsein des Erwachsenenalters kollidierte mit dem Wunsch der eigenen Kinder nach Mc Donalds.

Gleichzeitig werden die Anforderungen an Pflegesituationen mit steigender Individualisierung der Gesellschaft immer komplexer.

Es ist banal aber der Alltag wird sich schon bald schwieriger gestalten.

Die Bewohner einer Gruppe in einer stationären Altenhilfe Einrichtung komplett mit Volksliedern, die alle kennen gut über eine Nachmittag zu bringen wird spätestens mit Fangruppen von Rolling Stones und Beatles nicht mehr gelingen.

Folgen wir einmal den Ausführungen von Erwin Böhm:

Der Mensch fällt, wenn der geistige Abbau beginnt, zurück in Prägungsphänomene der ersten 25 – 30 Lebensjahre. Für die Pflege heißt das ⇨ alles, was die Prägung eines Menschen mit sich gebracht hat, wird mit zunehmenden Alter und Abbau wieder mehr von Bedeutung und Wichtigkeit! Und nur (!) gemäß der eigenen Erinnerung.

Wollen wir alte Menschen im Verhalten, beim Handeln und beim Erzählen verstehen, müssen wir uns überlegen; was hat den Menschen geprägt? Was erlebte der Mensch in seiner Kinder- und Jugendzeit? Aus welchem Da-Heim, aus welcher Heimaterde kommt er? Was war und ist sein Normalitätsprinzip (was ist und war "Normal" für ihn)?

Wir müssen den psychobiographischen Hintergrund des Lebens erforschen und beachten.

Viele Verhaltensmuster lassen sich so erklären, und wir können Betagte besser verstehen.

Moderne psychogeriatrische Pflege muss vor allem am Gefühlsleben des alten Menschen orientiert sein. Die psychogeriatrische Pflege nach Böhm berücksichtigt uralte Gewohnheiten und die sehr persönliche Art, wie diese Menschen mit dem Leben fertig geworden sind (in der Fachsprache spricht man hier von sogenannten Copings oder Lebensbewältigungsstrategien).

Eine große Problematik stellt auch die Nichtbeachtung der Adaptionszeit dar. Alte, verhaltensauffällige Menschen fallen besonders bei Stress und Belastungssituationen ins Tertiär- und Kollektivgedächtnis zurück

Das heißt dann: je mehr das Tertiär- und Kollektivgedächtnis überwiegt, desto mehr ist das Neugedächtnis eingeschränkt. Gerade bei einem Umgebungswechsel oder einer Übersiedelung ins Altenheim kann so eine Belastungssituation entstehen und stellt für den Betagten sehr oft eine enorme Überforderung dar. Sie können sich die neue Umgebung nicht merken, sie nicht akzeptieren, fallen weiter zurück, regredieren, denn früher war man DAHEIM und nicht im HEIM!

Sie können sich hier nicht identifizieren, müssen sich auf einmal mit einem wildfremden Menschen ein kleines Zimmer teilen, es ist nichts mehr da, was man von früher her kennt.

Wenn ich aber nicht weiß, wo ich bin und was ich da überhaupt soll, dann kann ich mich auch nicht richtig benehmen, weil ich die Situation ja gar nicht erfasse!

Will man in dieser Stufe die Betagten verstehen, ist es notwendig, dass die Pflegenden über die regionale Geschichtsprägung von damals Bescheid wissen. Sonst glaubt man nämlich, dieser Mensch muss als Erwachsener doch fähig sein, alles so zu machen, wie ich es verlange.

In der Stufe 1 befinden sich Menschen, die noch ein kognitives Gespräch zulassen. Wir unterscheiden die primäre Sozialisation – durch das Milieu, die Familie und die nähere Umgebung geprägt. Weiter die sekundäre Sozialisation geprägt durch den Kindergarten, der Schule, durch gleichaltrige Kollegen und Freunde, aber auch das so wichtige Daheim – Gefühl wird hier geprägt.

Zuletzt noch die tertiäre Sozialisation, etwas später geprägt durch unsere Berufskollegen, Vorgesetzten usw.

Verhaltensweisen sind oft in eng umrissenen, zeitlichen Abschnitten erworben. Prägungen sind erlernte, sich wiederholende, eingespielte Verhaltensnormen, es sind Rituale, die uns Sicherheit geben. Geprägt sind vor allem unsere Eigenarten, unsere Macken, Rituale (Rituale werden in Grenzsituationen oftmals wieder ausgespielt), vieles, was wir als Kind erlebten und erlernten.

Triebe, Triebwünsche, aber auch Tagträume und unsere Phantasien sind wohl die Kräfte die uns am stärksten bewegen!

Bei allen Anforderungen an die Person in dieser Stufe, muss man sich vor Augen halten, was man einem Kind in diesem Alter zumuten kann. Aber auch das „Fördern“ durch „Fordern“ ist hier wichtig. Die Mitgestaltung bei den Pflegeverrichtungen ist auch deshalb so wichtig, weil der Mensch dann lebt. Er muss reagieren. Durch die Reaktion kann ich als Pfleger sehr gut überprüfen, ob die Anforderung stufengerecht war oder nicht.

→ Beispiel von Nachttisch und Brille [Hinweis darauf, dass sich „High-Tech“ genau so einfach einsetzen lässt – ich werde darauf zurückkommen] **Hohe Sensibilität**

Später spielen nach Böhm Märchen, Aberglaube, religiöse Bilder usw. eine große Rolle. - Struwpeter

Intuition ist die Fähigkeit, sich in Menschen und Situationen hinein zu versetzen.

## **Welche Selbstständigkeit wird das Maß?**

Was erwartet uns denn an zu Pflegenden mit den Veränderungen in 2017?

Die größte Gruppe der u Pflegenden in den Pflegeheimen wird zur Zeit von destatis mit den 75-85-Jährigen ausgewiesen. Nehmen wir also mal die Mitte und treffen auf Menschen des Geburtsjahres 1936 – d. h. nach den Ausführungen von Böhm haben wir mit einer Prägezeit in der Mitte der 1950er Jahre zu rechnen.

Jetzt gehen wir einmal die Kriterien der neuen Module durch

## Modul 1

Hier sehe ich nun noch keine besondere Herausforderung (es sei denn – die Depression hält den Betroffenen in einem Raum gefangen).

- Positionswechsel im Bett
- Halten in einer stabilen Sitzposition
- Umsetzen
- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches
- Treppensteigen

Hier sollten noch keine neuen oder mit der Neuerung verbundene Dinge zu beachten sein.

## Modul 2

- Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld  
Eigene Wahrnehmung und die von anderen Besonderheiten der Alterswahrnehmung:
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

- Zeitliche Orientierung  
wenn die Tage alle gleich (Zauberberg)  
*„WITTMANN leitete die Studie zur Zeitwahrnehmung mit zunehmendem Alter.  
"Erlebt  
man wenig Neues, Aufregendes, bleiben auch weniger Erinnerungen, und im  
Rückblick  
erscheint die Zeitspanne kürzer. Doch je mehr Neues und Emotionales man  
erlebt, desto mehr prägt sich im Gedächtnis ein  
– und desto länger wirkt ein Zeitraum im Nachhinein. Das bedeutet auch:  
Jeder kann die  
gefühlte Zeit abbremsen, wenn er wieder mehr erste Male erlebt. Im  
Ruhestand scheint das  
sogar von selbst zu gelingen: Die Studie von Wittmann ergab nämlich, dass  
Menschen über  
60 nicht mehr so stark das Gefühl haben, die Jahre rasten nur so vorbei.“*
  
- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen Steuern von  
mehrschrittigen Alltagshandlungen
  
- Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben  
Mittagessen etc.
  
- Verstehen von Sachverhalten und Informationen
  
- Erkennen von Risiken und Gefahren  
die können auch überbordend wahrgenommen werden
  
- Mitteilen von elementaren Bedürfnissen
  
- Verstehen von Aufforderungen

¿ Die Adaptionszeit ist die Zeit von der Aufforderung zu einer Handlung bis zur Reaktion darauf. Man kann auch sagen, die Adaptionszeit ist die Zeit, die wir brauchen, um einen Reiz wahrzunehmen und um darauf zu reagieren ¿

Die Betreuungsperson handelt meist nach ihrer eigenen Adaptionszeit. Also ergibt sich das Problem, dass wir den Betagten oftmals einfach zu wenig Zeit geben und ihnen Tätigkeiten abnehmen, nur weil wir schon bereit wären.

- Beteiligen an einem Gespräch

### Modul 3

- Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- Nächtliche Unruhe
- Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigen von Gegenständen
- 
- 
- Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen  
Männer mit einer Prägezeit in den 50er Jahren
- Ehe 1977 Vergewaltigung 1997
- Verbale Aggression
- Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen

- Wo fängt das an PPt- Wahrnehmung
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- Sozial inadäquate Verhaltensweisen
- Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

#### Modul 4

- Waschen des vorderen Oberkörpers
- Körperpflege im Bereich des Kopfes
- Waschen des Intimbereichs
- Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare  
wehe wenn ich auf die nächsten Generationen sehe
- An- und Auskleiden des Oberkörpers
- An- und Auskleiden des Unterkörpers
- Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken
- Essen
- Trinken

- Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls
- Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma
- Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma

## Modul 5

- Medikation
- 
- Verantwortung der Pflege  
Depressionsbeispiel „Meine Koffer sind gepackt...“
- Injektionen
- Versorgung intravenöser Zugänge (Port)
- Absaugen und Sauerstoffgabe
- Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen
- Messung und Deutung von Körperzuständen
- Körpernahe Hilfsmittel
- Verbandwechsel und Wundversorgung

- Versorgung mit Stoma
- Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden
- Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
- Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung
- Arztbesuche
- Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)
- Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer
- 
- Einrichtungen (länger als 3 Std.)
- Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar:

## Modul 5

- Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen
- Ruhen und Schlafen
- Sich beschäftigen  
Noelle und Mandal
- Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen Interaktion mit Personen im direkten Kontakt

Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes

(Ein „der ist nicht so gut drauf heute“ hilft da nicht) Hier hat Pflege eine immense Verantwortung – bis hin zu Auswirkungen auf die noch verbleibende Lebenszeit in qualitativer wie quantitativer Sicht.

Die komplexe weitere Abgrenzung zum Delir – der nächsten großen Gruppe der psychischen Störungen im Alter, mit auch wieder direkten Folgen auf die Mortalität sei hier nun noch ergänzend erwähnt.

Und das soll mit den bekannten Pflegeschlüsseln und den Betreuungskräften auf den Bereichen kompensiert werden.

Die professionelle Pflege mit und im Umfeld von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen benötigt einen Ansatz, der über die üblichen Modelle hinausgeht – einen assoziativen Pflegeansatz – die Einbeziehung sämtlicher Einflussfaktoren auf die konkrete Situation.

## **Was ist pfleglich?**

1Pfleghch – Duden: schonend, sorgsam und in einer Weise, durch die etwas in einem guten Zustand erhalten wird.

Was bei dem einen pfleglich, begleitend und betreuend sein kann, ist dem anderen schon zu nahe, zu fordernd oder zu „bemutternd“.

Individuelle, an der Biographie, an den Hindernissen oder an den Möglichkeiten, Fähigkeiten und Fertigkeiten des einzelnen Menschen orientierte Überlegungen sind Grundvoraussetzung oder Basis jeglicher pflegerischen Arbeit.

Die hierzu erforderliche Achtsamkeit ist gleichzeitig eine wesentliche Ressource für den Pflegenden im pfleglichen Umgang mit sich selbst. (Knuf & Hammer, 2013)

Didaktische Fähigkeiten um solches Wissen weitergeben zu können sind also auch noch gefordert.

Die Pflege von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Alter ist u. a. bestimmt von dem stärker werdenden Bewusstsein der (eigenen) Endlichkeit, den Besonderheiten die sich aus den körperlichen Veränderungen ergeben wie z. B. das höhere Risiko auf zahlreiche Abweichungen vom Gewohnten mit einem Altersdelir zu reagieren, wobei dann auch noch immer mehr die pflegerischen und nicht die medizinischen Interventionen in den Vordergrund treten.

Die Übergabe und der Stuhlgang:

Die professionelle Pflege (und hier besonders die Altenpflege und die psychiatrische Fachpflege) müssen das soziale Umfeld, und besonders an den Schnittstellen der Versorgung z. B. die übernehmende professionelle Pflege in den somatischen Kliniken einbeziehen.

Optimierte Informationsverarbeitung sowohl für den jeweiligen Einzelfall, wie Schulungen, gehören zu dem Aufgabenfeld der professionell Pflegenden und können dem Gesundheitssystem, wie erst recht dem Betroffenen einiges ersparen. Hier sind Abrechnungsmöglichkeiten für Konsiliar- oder Liaisondienste zu fordern. Ein vordergründiges „Mehr“ an Kosten kann mit Sicherheit nicht nur die Betroffenen sondern auch die Sozialkassen entlasten.

Primär- und sekundärpräventiv liegen hier noch viele Ressourcen brach.

Delirprävention setzt beispielsweise bei Überlegungen an welche Maßnahme aus welchen Gründen heraus und mit welchen Zielen gemacht werden.

Bei dem Transfer des aktuellen Wissensstandes in die einzelne Pflegesituation kann ein tiefergehendes Verständnis der Ursachen-Wirkungszusammenhänge vieles erleichtern. Wenn Pflegenden darum wissen, welche Auswirkungen es haben kann wenn das Bett eines Bewohners im Krankenhaus anders zur Wand steht wie im gewohnten Umfeld, lässt sich der Mehraufwand der zur Vermeidung notwendig ist besser ertragen.

Krankenhausaufnahme

## Wer pflegt wen wie und warum?

Die traditionelle, familiäre Pflege wird kulturell wie auch demographisch immer weniger alleine tragfähig sein. Wobei wir wie angeführt mit einigen Unbekannten rechnen müssen.

Die berechtigterweise steigenden Ansprüche der zu Pflegenden kollidieren mit den Bedürfnissen der familiär Pflegenden.

Gewalt – ich und Kaffee

Unabhängig von der Bildungssituation haben die mediale Aufklärungsarbeit und Werbung die darstellt was möglich sein kann dazu beigetragen, dass wir auch im Bereich Pflege stärkere zunehmend Kunden haben die sich eben dieser Kundenrolle sehr wohl bewusst sind. Werden die Betroffenen durch Ihre Kinder als Auftraggeber vertreten werden die Anforderungen an die professionellen Pflege auch wegen der emotionalen Situation erfahrungsgemäß bereits aktuell höher.

In Familien wurde noch nie so lange und so intensiv gepflegt wie heute. Zwar erleichtern technische und hygienische Hilfsmittel die Grundpflege; mit den psychosozialen Komponenten der Pflegesituation bleiben die Betroffenen aber in der Regel allein. Die gesetzlich vorgeschriebenen Beratungsbesuche nach § 37.3 SGB XI nehmen die professionell Pflegenden hier in die Pflicht. Haben aber immer den Beigeschmack des Verkaufsberatungsgespräches und werden von den Angehörigen häufig misstrauisch beäugt.

Dabei kann man meiner Meinung gar nicht genug beraten wie wichtig die Übernahme der Grundpflege durch professionell Pflegende ist. Dem Argument da seien ja nur ca. 20 Minuten abgedeckt muss der Gewinn durch die abnehmende emotionale und soziodynamische Belastung entgegen gehalten werden – Intimversorgung bei den Eltern.

Es gilt als selbstverständlich, dass Pflege in der Familie stattfindet und professionelle Unterstützung wird nicht selten mit einer negativen Konnotation versehen.

Zur Verdeutlichung: meine Mutter, die bis zu ihrem 90 Lebensjahr allein und selbständig leben konnte hatte immer eine klare Vorstellung davon in welchen Situationen sie eine stationäre pflege für sich als angemessen empfinden würde ihre Wortwahl dabei lief aber immer auf ein: „dann... bringt ihr mich aber weg, ja“ hinaus.

Dabei werden soziale Verpflichtungen in den Vordergrund genommen und der politisch gewollte, monetäre Anreiz der nicht selten zu der familiären pflege führt wird verschwiegen. Die monetäre Seite liegt erschreckend klar auf der Hand, wenn bei den Kosten für einen Heimplatz Angehörige mit Zuzahlungen rechnen müssen und die Gegenrechnung nicht nur diese Summe einspart sondern die neben dem Pflegegeld auch der Rente des zu pflegenden beinhaltet.

Auf der anderen Seite ist es für die professionelle Pflege eine Herausforderung, als Gast in der Häuslichkeit des zu Pflegenden die Verantwortung für den Gesamtablauf der Betreuung zu übernehmen. Nur im Rahmen eines vertrauensvollen Miteinanders kann aber die Pflege die bestmögliche Qualität erreichen. → Didaktische Fähigkeiten der professionell Pflegenden werden noch Thema sein.

Eine noch größere Herausforderung bedeutet es aber für die professionelle Pflege im stationären Bereich all das aufzufangen was dem zu Pflegenden verloren gegangen ist. Hier möchte ich den Blick auf die quantitativ größte Gruppe der psychischen Beeinträchtigungen im Alter, Depressive Verstimmung bzw. Depression lenken.

Stellen sie sich doch bitte einmal die Fragen der GDS vor im Zusammenhang mit einer Aufnahme in einem stationären Pflegebereich (Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben? Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen? Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?)... . Was für Menschen außerhalb der institutionalisierten Pflege eine trennscharfe Frage zu Abklärung einer Depression ist, ist für die meisten Bewohner in der klassischen Heimversorgung nicht mal als vorsichtige Frage erträglich. Diese Sichtweise verdeutlicht, dass die hohe Prävalenz depressiver Episoden bei den Bewohnern von Pflegeheimen deutlich über der von gleichaltrigen Personen liegt, die außerhalb von Institutionen leben.

Bei Depression im Alter häufig berichtete Symptome sind Körperliche Beschwerden z.B.: Schmerzen, Obstipation Krankheitsbefürchtungen, Ängste z.B.: Generelle Ängste,

Befürchtungen über nachlassendes Gedächtnis Erkennungsprobleme der Depression im Alter sind häufig und werden „dem Alter“ zugeschrieben Klient zeigt sein Leid nicht. Rein somatisches Krankheitsverständnis Schwierige Abgrenzung zu Demenz und Multimorbidität erschweren die Situation.

- Suizidstatistik

Pflege muss die Prävalenzdaten im Kopf haben und in den Übergabe und in den Gesprächen mit (selten) kommenden Hausärzten fachlich fundiert ins Gespräch bringen, um eine antidepressive Medikation zumindest in Erwähnung zu bekommen.

(Ein „der ist nicht so gut drauf heute“ hilft da nicht) Hier hat Pflege eine immense Verantwortung – bis hin zu Auswirkungen auf die noch verbleibende Lebenszeit in qualitativer wie quantitativer Sicht.

Die komplexe weitere Abgrenzung zum Delir – der nächsten großen Gruppe der psychischen Störungen im Alter, mit auch wieder direkten Folgen auf die Mortalität sei hier nun noch ergänzend erwähnt,.

Und das soll mit den bekannten Pflegeschlüsseln und den Betreuungskräften auf den Bereichen kompensiert werden.

→ hervorragende Arbeit von Menschen die kein Examen machen wollen!

Die professionelle Pflege mit und im Umfeld von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen benötigt einen Ansatz, der über die üblichen Modelle hinausgeht – einen assoziativen Pflegeansatz – die Einbeziehung sämtlicher Einflussfaktoren auf die konkrete Situation.

## Alle Ressourcen nutzen

### Technisierung/Digitalisierung/Controlling

Alle Ressourcen zu nutzen ist für Pflegende keine neue Anforderung. Wir beziehen uns dabei beinahe automatisch zuerst auf die Ressourcen der zu Pflegenden. Ich möchte den Blick aber auch auf unsere persönlichen und die technischen Ressourcen lenken die uns heute zur Verfügung stehen.

Aus den bekannten persönlichen Daten lassen sich (erst Recht mit der Unterstützung von Angehörigen) multimediale Kaleidoskope erstellen die per Flat-Screen oder Tonanlagen die Erinnerung individuell ansprechen lassen.

Bewegungsmelder und Sensormatten stellen raumbezogenen Informationen über den Bewegungs- und Gesundheitsstatus der Personen im Raum dar ohne Privatsphäre einzudringen. Die Ableitungen hieraus können Sicherheit vermitteln und schaffen Ressourcen für die pflegenden an anderen Stellen.