

ipp schriften 08



AUSGABE 08

2012

STEFAN GÖRRES, MARTINA STÖVER, JAQUELINE BOMBALL, AYLIN SCHWANKE

DEMENZSENSIBLE NICHT MEDIKAMENTÖSE KONZEPTE IN PFLEGESCHULEN

VERMITTLUNG PFLEGERISCHER KOMPETENZEN IN DER AUSBILDUNG, DIE ZUR
NACHHALTIGEN VERBESSERUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ IN AKUTKLINIKEN
BEITRAGEN

- EINE BUNDESWEITE VOLLERHEBUNG -

SCHRIFTENREIHE DES INSTITUTS FÜR PUBLIC HEALTH
UND PFLEGEFORSCHUNG, UNIVERSITÄT BREMEN
HERAUSGEBER: STEFAN GÖRRES, INGRID DARMANN-FINCK, ANSGAR GERHARDUS

Impressum

IPP-Schriften, Ausgabe 08 /2012

Titel: Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen. Vermittlung pflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung, die zur nachhaltigen Verbesserung von Menschen mit Demenz in Akutkliniken beitragen – Eine bundesweite Vollerhebung -

AutorInnen: Prof. Dr. Stefan Görres, Dr. Martina Stöver, Jaqueline Bomball, Aylin Schwanke.

Kontakt AutorInnen: Dr. Martina Stöver,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen.
E-Mail: stoever@uni-bremen.de

Herausgeber IPP-Schriften: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen: Prof. Dr. Stefan Görres (geschäftsführend), Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus.

Kontakt Herausgeber: Prof. Dr. Stefan Görres (geschäftsführender Direktor)
Postfach 330440, 28334 Bremen
Besucheranschrift:
Grazer Straße 4, 28359 Bremen
Tel: 0421 – 218 68880
E-Mail: health@uni-bremen.de
Internet: www.ipp.uni-bremen.de
Bremen, Februar 2012
Umschlaggestaltung: IPP
Download der Online-Ausgabe unter: www.ipp.uni-bremen.de
ISSN 1864-4546 (Printausg.)
ISSN 1867-1942 (Internetausg.)

V.i.S.d.P.: Verantwortlich für die publizierte Fassung sind die Autorinnen bzw. Autoren der vorliegenden Ausgabe

Haftungsausschluss: Es gilt der Haftungsausschluss der Universität Bremen (Online im Internet unter: <http://www.uni-bremen.de/datenschutz/haftungsausschluss.html>):

1. Inhalt des Onlineangebotes

Die Universität Bremen übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Universität Bremen, die sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Universität Bremen kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die Universität Bremen behält es sich ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

2. Verweise und Links

Die Universität Bremen hat keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte fremder Internetseiten, auf die direkt oder indirekt verwiesen wird (Links). Deshalb distanziert sie sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten/verknüpften Seiten. Dies gilt auch für alle Fremdeinträge in von der Universität Bremen eingerichteten Gästebüchern, Diskussionsforen und Mailing-Listen.

3. Urheber- und Kennzeichenrecht

Die Universität Bremen hat in allen Publikationen die Urheberrechte der Autoren der verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu beachten. Sie ist bestrebt, möglichst von ihr selbst erstellte Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zurückzugreifen. Eine Vervielfältigung oder Verwendung der innerhalb des Internetangebotes der Universität Bremen verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet, sofern diese nicht ausdrücklich als lizenzfrei erklärt sind.

4. Datenschutz

Sofern innerhalb des Internetangebotes die Möglichkeit zur Eingabe persönlicher oder geschäftlicher Daten (E-Mail-Adressen, Namen, Anschriften) besteht, so erfolgt die Preisgabe dieser Daten seitens des Nutzers auf ausdrücklich freiwilliger Basis.

5. Urheberrecht (Copyright - Universität Bremen)

Alle Rechte vorbehalten, all rights reserved, Universität Bremen, D-28359 Bremen.

Die Online-Dokumente und Webseiten einschließlich ihrer Teile sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen nur zum privaten, wissenschaftlichen und nichtgewerblichen Gebrauch zum Zweck der Information kopiert und ausgedruckt werden, wenn sie den Copyright-Hinweis enthalten. Die Universität Bremen behält sich das Recht vor, diese Erlaubnis jederzeit zu widerrufen. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Universität Bremen dürfen diese Dokumente/Webseiten nicht vervielfältigt, archiviert, auf einem anderen Server gespeichert, in News-Gruppen einbezogen, in Online-Diensten benutzt oder auf einer CD-ROM gespeichert werden. Sie dürfen jedoch in einen Cache oder einen Proxy-Server zur Optimierung der Zugriffsgeschwindigkeit kopiert werden.

Wir erlauben ausdrücklich und begrüßen das Zitieren unserer Dokumente und Webseiten sowie das Setzen von Links auf unsere Website.

Demenzsensible nicht medikamentöse Konzepte in Pflegeschulen

Vermittlung pflegerischer Kompetenzen in der Ausbildung, die zur nachhaltigen Verbesserung von Menschen mit Demenz in Akutkliniken beitragen

-Eine bundesweite Vollerhebung-

Abschlussbericht (September 2011)

Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Abt.: Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung

Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor)

Dr. Martina Stöver

Jaqueline Bomball (Dipl. Soziologin)

Aylin Schwanke (Dipl. Oecotrophologin, Master of Evaluation)

Gefördert von der Dr. Karl und Ruth Schönwald-
Stiftung

Inhaltsverzeichnis

0	Danksagung	4
1	Ausgangslage und Problemstellung	5
2	Zielsetzung und forschungsleitende Annahmen	8
3	Methodisches Vorgehen	9
3.1	Beschreibung der Stichprobe	9
3.2	Repräsentativität der Stichprobe	10
3.3	Datenauswertung	11
4	Zentrale Ergebnisse	12
4.1	Relevanz der Vermittlung pflegerischer Kompetenzen zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen	12
4.2	Theorie-Praxis-Transfer	16
4.3	Praxiserfahrungen und demenzspezifische Kompe- tenzen der Auszubildenden	19
4.4	Barrieren in der Umsetzung demenzspezifischer Konzepte	24
4.5	Aktueller und zukünftiger Bedarf an demenzspezifischen Konzepten im Krankenhaus	27
5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Fazit	29
6	Handlungsempfehlungen	33
	Literatur	36
	Anhang: Erhebungsinstrumente: Fragebogen Schulleitungen und Auszubildende (A1 und A2)	38

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zielgruppen und Rücklaufquoten	9
Tab. 1: Verteilung der Stichprobe auf das Bundesgebiet	11
Abb. 2: Stellenwert der Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen, Vergleich Pflegeschulen und Pflegeauszubildende	12
Abb. 3: Stellenwert der Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen, Vergleich Pflegeauszubildende	13
Abb. 4: Zuständigkeit für die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen	14
Abb. 5: Themen zum Schwerpunkt Demenz – Theoretische Vermittlung	15
Abb. 6: Themen zum Schwerpunkt Demenz – Praktische Anwendung in Pflegeeinrichtungen	16
Abb. 7: Demenzspezifische Schwerpunkte in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	17
Abb. 8: Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers durch die Praxisorte	17
Abb. 9: Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers – Vergleich Pflegeschulen und Pflegeauszubildende	18
Abb. 10: Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers – Vergleich Pflegeauszubildende AP/GKP	19
Abb. 11: Praktische Erfahrungen in den Einsatzbereichen, Vergleich Pflegeauszubildende	20
Abb. 12: Demenzspezifische Kompetenzen der Auszubildenden	21
Abb. 13: Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz	22
Abb. 14: Schwierigkeiten in der Demenzbetreuung	23
Abb. 15: Tatsächliche Umsetzung demenzsensibler Konzepte (Sehr hoch/hoch)	24
Abb. 16: Umsetzung demenzsensibler Konzepte – Barrieren im Krankenhaus und in der stationären Langzeitpflege 25	25
Abb. 17: Umsetzung demenzsensibler Konzepte – Barrieren in der ambulanten Alten-/Krankenpflege und Tagespflege	26
Tab. 2: Überblick Barrieren	27
Abb. 18: Aktueller Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen	28
Abb. 19: Zukünftiger Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen	28

0 Danksagung

Ansatzpunkt des Projektvorhabens ist die Überlegung, dass Pflegende für nicht-medikamentöse Therapien bei Menschen mit Demenz **die** zentrale Berufsgruppe sind. Die Kompetenzen und das Wissen von Pflegefachpersonen gewinnen zunehmend an Bedeutung, wenn es darum geht, ein „demenzfreundliches Milieu“ herzustellen. Wichtig ist deshalb eine frühzeitige Auseinandersetzung der Pflegenden mit der Versorgung demenzbetroffener älterer Menschen vor allem im Krankenhaus. Diese sollte idealerweise bereits in der Pflegeausbildung beginnen. Eine systematische curriculare Einbettung des Themas und eine entsprechende Kompetenzvermittlung bilden die substantielle Grundlage für eine qualitativ hochstehende Versorgung demenzbetroffener Patient/innen. Den Pflegeschulen kommt hierbei eine wesentliche Rolle zu.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, mittels der Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung von Schul- bzw. Bereichsleitungen (Krankenpflege- und Altenpflegeschulen) sowie Pflegeauszubildenden darzulegen, inwieweit pflegerische Kompetenzen i. S. nicht medikamentöser Therapien zur Versorgung demenzbetroffener Menschen bereits im Rahmen der Pflegeausbildung systematisch vermittelt werden. Aufbauend auf den empirischen Ergebnissen dieser Basisanalyse soll die besondere Rolle und Verantwortung der Pflegeschulen und Pflegeauszubildenden hinsichtlich der Verbreitung demenzsensibler Konzepte im Akutkrankenhaus herausgearbeitet werden.

Für dieses Projektvorhaben wurde das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen (Prof. Dr. Stefan Görres und Dr. Martina Stöver) am 9.10.2010 im Rahmen des 6. Deutschen Alzheimer Kongresses mit dem Schönwald Preis ausgezeichnet. Mit dem Preisgeld konnte die vorliegende Studie durchgeführt werden. Dafür danken wir der Dr. Karl und Ruth Schönwald-Stiftung, angegliedert bei der deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

Unser besonderer Dank gilt Frau Sabine Jansen, Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., für ihre freundliche Unterstützung.

Den Schul- und Bereichsleitungen sowie den Pflegeauszubildenden gebührt der herzliche Dank für ihre Bereitschaft, an der Online-Befragung teilzunehmen.

Bremen, im September 2011

Prof. Dr. Stefan Görres

Dr. Martina Stöver

1 Ausgangslage und Problemstellung

Patient/innen in Akutkrankenhäusern werden immer älter. Das statistische Bundesamt (2010) geht davon aus, dass im Vergleich zu 2005 - hier waren 48 Prozent der Krankenhauspatient/innen 60 Jahre oder älter - 2030 über 55 Prozent dieser Altersklasse angehören. Etwa 20 Prozent werden älter als 79 Jahre sein. Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko, dass Patient/innen neben ihrer akuten Erkrankung eine Demenz aufweisen. Den Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (2008) zufolge muss bei über 84jährigen Patient/innen in etwa 25 Prozent der Fälle mit einer demenziellen Erkrankung gerechnet werden, bei über 89jährigen sind es sogar 34 Prozent. Trotz der zunehmenden Anzahl älterer Patient/innen¹ und erheblichen Problemen vor allem in der Versorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus fällt auf, dass es bislang national und international nur wenige Studien gibt, die Aussagen dazu liefern, wie eine patientenorientierte medizinische und pflegerische Versorgung demenzbetroffener Menschen im Krankenhaus gestaltet sein sollte² (Kleina & Wingenfeld 2007; Kirchen-Peters 2009).

Bekannt ist, dass für Menschen mit Demenz ein Krankenhausaufenthalt in der Regel zu einer Krisensituation mit Einbußen im Bereich der Selbstständigkeit und des kognitiven Status sowie zu einem vermehrten Auftreten problematischer Verhaltensweisen führt (Wingenfeld 2005). Deshalb zählen demenzbetroffene Menschen im Krankenhaus zu einer äußerst vulnerablen Personengruppe, denn die mit der Krankenhauseinweisung verbundenen Belastungen (fehlende vertraute Bezugspersonen, veränderte hektische und laute Umgebung, ungewohnte Tagesstrukturen etc.) führen bei ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verstärkten Gesundheitsbeeinträchtigungen³ (GSP 2007). Neben den negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patient/innen hat dies auch Folgen für die Gesundheitsausgaben: überdurchschnittlich lange Krankenhausaufenthalte⁴, Drehtüreffekte (Entlassung, Einweisung etc.), häufige Heimeinweisungen sowie Verlegungen in Psychiatrische Krankenhäuser lassen die Kosten steigen (Reichenwaldt & Diefenbach 2001). Angesichts fehlender Strategien erweist sich für viele demenzbetroffene Patient/innen der Krankenhausaufenthalt oft als für den weiteren Krankheits- und Versorgungsverlauf wenig förderlich, manchmal sogar kontraproduktiv. Dies vor allem begründet durch die Tatsache, dass nicht die Demenz im Vordergrund der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen im Krankenhaus steht, sondern eine andere Erkrankung

¹ Bislang liegen keine nationalen und internationalen Studien vor, die ausschließlich das Vorkommen demenzieller Erkrankungen bei Patient/innen in Akutkrankenhäusern untersuchen. Es finden sich lediglich einige Untersuchungen, die sich im Allgemeinen mit der psychiatrischen Mobilität von Krankenhauspatienten beschäftigen bzw. die Validität von Testinstrumenten untersuchen und vor diesem Hintergrund Prävalenzraten demenzieller Erkrankungen ermitteln. Auf der Grundlage dieser Studien liegt der Anteil der Patient/innen mit demenziellen Erkrankungen bei mindestens 10% (GSP 2007).

² Die meisten Ansätze zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation demenzerkrankter Menschen sind auf die Verhältnisse der ambulanten/häuslichen oder stationären Langzeitversorgung zugeschnitten, die insbesondere auf eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und den Ausbau von Unterstützungsangeboten für die häusliche Umgebung abzielen (GSP 2007).

³ In diesem Zusammenhang weisen Hafner & Meier (2005) sowie Karlsson (1999) darauf hin, dass gerade der Umgebungswechsel und der Gebrauch bestimmter Medikamente ursächlich an der Entwicklung eines Delirs beteiligt sind, was zu einem überdurchschnittlich hohen Auftreten bei demenzerkrankten Menschen führt (GSP 2007). Zudem sind nach Dinkel & Lebok (1997) demenzerkrankte Patient/innen überproportional häufig von nosokomialen Infektionen betroffen.

⁴ Die Ergebnisse einer Studie an deutschen Krankenhäuser zeigen, dass die Verweildauer demenzerkrankter Patient/innen im Vergleich zu Patient/innen mit gleicher somatischer Diagnose mehr als doppelt so hoch ist (Friedrich & Günster 2005).

bzw. gesundheitliche Störung, die zur Einweisung geführt hat. Auf eine diagnostische Abklärung der demenziellen Erkrankung wird oftmals verzichtet.

Trotz des Forschungs- und Praxisdefizits können inzwischen fünf modellhafte Ansätze, die eine Verbesserung der akutstationären Versorgung demenzbetroffener Menschen zum Ziel haben, identifiziert werden (Kirchen-Peters 2009, GSP 2007):

- Studie „Gerontopsychiatrischer Konsillar- und Liaisondienst am Klinikum Kaufbeuren⁵“, gefördert vom BMG
- Modellprojekt „Verbesserung der Versorgung demenzkranker Menschen im Krankenhaus⁶“, von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW finanziert und in vier allgemeinen Krankenhäusern in NRW von 2005 - 2008 erprobt (Kleina & Angerhausen 2007)
- Studie am St. Franziskus-Hospital in Münster zur Verhinderung eines postoperativen Altersdelirs⁷, gefördert vom BMG (Gurlit 2006)
- Projekt „Geriatrisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD)⁸“ am Heidelberger Bethanien-Krankenhaus, gefördert durch die Otto und Edith Mühlischlegel Stiftung in der Robert Bosch Stiftung (Dutzi et al. 2006)
- Projekt „Analyse von hemmenden und fördernden Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäuser⁹“, finanziert durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Kirchen-Peters 2009).

Zusammengefasst liefern die Ergebnisse der bislang erprobten Modelle überaus positive Beispiele, wie die Versorgung demenzbetroffener Patient/innen nachweisbar qualitativ zu verbessern und daneben positive Kosteneffekte zu erreichen sind. Dennoch gelingt es scheinbar nur sehr vereinzelt, die überaus überzeugenden Projektelemente in die Akutkrankenhäuser zu transferieren und dort zu verstetigen¹⁰. Kirchen-Peters (2009) macht für das Scheitern der Verbreitung demenzsensibler Konzepte sowohl strukturelle und betriebswirtschaftliche Gründe als auch Kompetenzdefizite beim Krankenhauspersonal verantwortlich: „Insgesamt werden den Krankenhausmitarbeiter/innen bei der Versorgung demenzerkrankter Menschen eine ganze Reihe von fachlichen, sozialen und emotionalen Kompetenzen abverlangt, auf die sie nicht ausreichend vorbereitet sind. (...) Dabei scheitert die Schaffung eines „demenzfreundlichen Milieus“ zum einen an einem mangelnden spezifischen Fachwissen quer durch alle Berufsgruppen, das die notwendige Sensibilisierung für die Situation der Demenzkranken verhin-

⁵ Durch eine gezielte Diagnose, Behandlung und Case Management belegen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung (Laufzeit 2000 - 2004) neben Qualitätsverbesserungen auch Kosteneinsparungen (Kirchen-Peters 2005).

⁶ Im Vordergrund standen verbesserte Strategien des Umgangs mit demenzerkrankten Patient/innen in unterschiedlichen Settings, z. B. Informations- und Entlassungsmanagement, Mitarbeiterqualifizierung oder Maßnahmen zur Tagesstrukturierung (Kirchen-Peters 2009)

⁷ Das Projekt ist abgeschlossen und in die Dauerfinanzierung überführt. Zentral ist die Betreuung delirgefährdeter Patient/innen vor, während und nach operativen Eingriffen durch zwei speziell geschulte Pflegekräfte. Die Ergebnisse zeigen eine Absenkung der durchschnittlichen Delirhäufigkeit um rund 50 Prozent (Gurlit 2006; Kirchen-Peters 2009).

⁸ Das Projekt erprobt strukturelle und organisatorische Veränderungen durch die Einrichtung einer speziellen Abteilung für Patient/innen mit akuter internistischer/geriatrischer Erkrankung und zusätzlichen demenzbedingten Verhaltensauffälligkeiten sowie der Schulung der Mitarbeiter/innen.

⁹ Hier geht es um die Analyse von Barrieren, die einen Transfer bzw. eine Verbreitung von überzeugenden Modellprojekten verhindern. Ziel ist die Erstellung einer Grundlage für eine systematische Qualitätsentwicklung in der Versorgung Demenzerkrankter im Krankenhaus (Kirchen-Peters 2009).

¹⁰ Auch scheinen demenzsensible Konzepte zur Verbesserung der Kommunikation und zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensweisen, die für den Bereich der Altenpflege in den letzten Jahren vermehrt eingesetzt werden, für Pflegenden im Akutkrankenhaus weniger bekannt zu sein (GSP 2007).

dert“ (ebd.: 9). Auch die Pflegenden sehen bei sich selbst im Umgang mit demenzbetroffenen Patient/innen einen Mangel an fachlichen Kompetenzen und fühlen sich persönlich nicht selten überfordert (GSP 2007; Rohrbach 2006; Mavundla 2000).

Vor diesem Hintergrund gewinnen die Kompetenzen und das Wissen von Pflegefachpersonen zunehmend an Bedeutung. Dabei steht vor allem eine frühzeitige Auseinandersetzung der Pflegenden mit der Versorgung demenzbetroffener älterer Menschen im Krankenhaus im Focus weiterer, zielführender Bemühungen. Diese sollten idealerweise bereits in der Pflegeausbildung beginnen. Eine systematische curriculare Entwicklung und Kompetenzvermittlung bilden die substanzielle Grundlage für eine Verbesserung der Versorgung demenzbetroffener Patient/innen. Pflegeschulen und können so bereits in einem frühen Stadium der beruflichen Sozialisation einen Beitrag zur Vermittlung und Umsetzung demenzsensibler Konzepte leisten und - sozusagen als Sekundäreffekt - zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit und einem längeren Verbleib im Pflegeberuf beitragen.

Inwieweit das Thema Demenz bzw. die Vermittlung demenzsensibler Konzepte bundesweit in den Ausbildungsstätten thematisiert und in Form von gezielten Aktivitäten für zukünftig Pflegenden praktiziert werden, ist bisher nicht bekannt. Zudem liegen keine aussagekräftigen Daten dazu vor, welcher Stellenwert der Versorgung demenzbetroffener Menschen im Krankenhaus im Rahmen der Pflegeausbildung beigemessen wird. Dieser Forschungsbedarf wird mit dem vorliegenden Projektvorhaben aufgegriffen. Die Ergebnisse der Studie werden in konkrete Handlungsempfehlungen transferiert.

2 Zielsetzung und forschungsleitende Annahmen

Ziel der vorliegenden Studie ist es, mittels der Ergebnisse einer bundesweiten Online-Befragung von Schul- bzw. Bereichsleitungen (Krankenpflege- und Altenpflegeschulen) sowie Pflegeauszubildenden darzulegen, inwieweit pflegerische Kompetenzen i. S. nicht medikamentöser Therapien zur Versorgung demenzbetroffener Menschen bereits im Rahmen der Pflegeausbildung systematisch vermittelt werden.

Aufbauend auf den empirischen Ergebnissen dieser Basisanalyse soll angesichts bestehender Bedarfe an zielgruppenorientierten Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation demenziell Erkrankter im Krankenhaus die besondere Rolle und Verantwortung der Pflegeschulen und Pflegeauszubildende hinsichtlich der Verbreitung demenzsensibler Konzepte im Akutkrankenhaus herausgearbeitet werden.

Für die Studie forschungsleitend sind folgende zwei Annahmen:

A) Die Verbreitung demenzsensibler nicht-medikamentöser Konzepte im Krankenhaus wird erschwert durch den geringen Stellenwert von Therapie und Versorgung demenzerkrankter älterer Patient/innen an den Pflegeschulen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Begründung: In der derzeitigen pflegerischen Versorgung demenzbetroffener Menschen im Krankenhaus erfahren die durch eine Demenz bedingten Problemlagen eine zu geringe Aufmerksamkeit (Kleina & Wingenfeld 2007). Vor allem das Wissen über nicht-medikamentöse demenzsensible Maßnahmen ist in den Kliniken nur vereinzelt vorhanden (Kirchen-Peters 2009). Es ist demnach davon auszugehen, dass demenzsensible Konzepte, wie sie in den letzten Jahren vermehrt im Heimbereich Anwendung finden, in den Pflegeschulen wenig bekannt sind: Die Ergebnisse der in Kap. 1 vorgestellten Studien kommen insgesamt zu dem Schluss, dass die Pflegenden im Krankenhaus wenig vertraut sind im Umgang mit demenzsensiblen Konzepten zur Verbesserung der Kommunikation und zu demenzbedingten Verhaltensweisen (GSP 2007). Dabei nehmen gerade Menschen mit Demenz Unsicherheiten und andere nonverbale Äußerungen auf Seiten der betreuenden Personen in hohem Maße wahr und geraten dadurch auf Grund fehlender kognitiver Möglichkeiten häufig selbst in Unsicherheiten, was zu einer Negativspirale im Krankheitsbild führen kann. Gleichwohl könnten Grundsätze, Methoden und Konzepte zur pflegerischen Versorgung Demenzkranker, die bislang auf die Verhältnisse der ambulanten bzw. häuslichen oder stationären Langzeitversorgung zugeschnitten sind, durchaus auch in modifizierter Form auf die Krankenhauspflege übertragen werden (GSP 2007: 15).

B) Im Gegensatz zu den Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege verfügen die Altenpflegeschulen über vielfältige Ansätze zur pflegerischen Versorgung demenzkranker älterer Menschen

Begründung: Die bereits vorhandenen demenzsensiblen Konzepte beziehen sich vor allem auf den Altenpflegesektor, d. h. sie sind auf die Verhältnisse der ambulanten bzw. häuslichen oder stationären Langzeitversorgung ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Versorgung demenzkranker Menschen in diesen Versorgungssettings im Rahmen der Altenpflegeausbildung ausreichend thematisiert wird.

3 Methodisches Vorgehen

Methodisch orientiert sich die Studie an einer klassischen Querschnittsanalyse¹¹. Um die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen bzw. demenzsensibler nicht medikamentöser Konzepte in Pflegeschulen umfassend abbilden zu können, wurden zwei Zielgruppen gebildet. Jeweils zu einem Messzeitpunkt erfolgte eine bundesweite Vollerhebung aller Kranken- und Altenpflegeschulen (per E-Mail wurden alle Pflegeschulen¹² im Bundesgebiet (derzeit 1293) angeschrieben) sowie eine Befragung von Pflegeauszubildenden (vgl. Abb. 1). Aufgrund der angestrebten Gruppengröße und regionalen Streubreiten wurde die Erhebung beider Zielgruppen mittels einer standardisierten bundesweiten Online-Befragung¹³ durchgeführt. Die Feldphase erstreckte sich dabei über den Zeitraum von Februar bis Mai 2011.

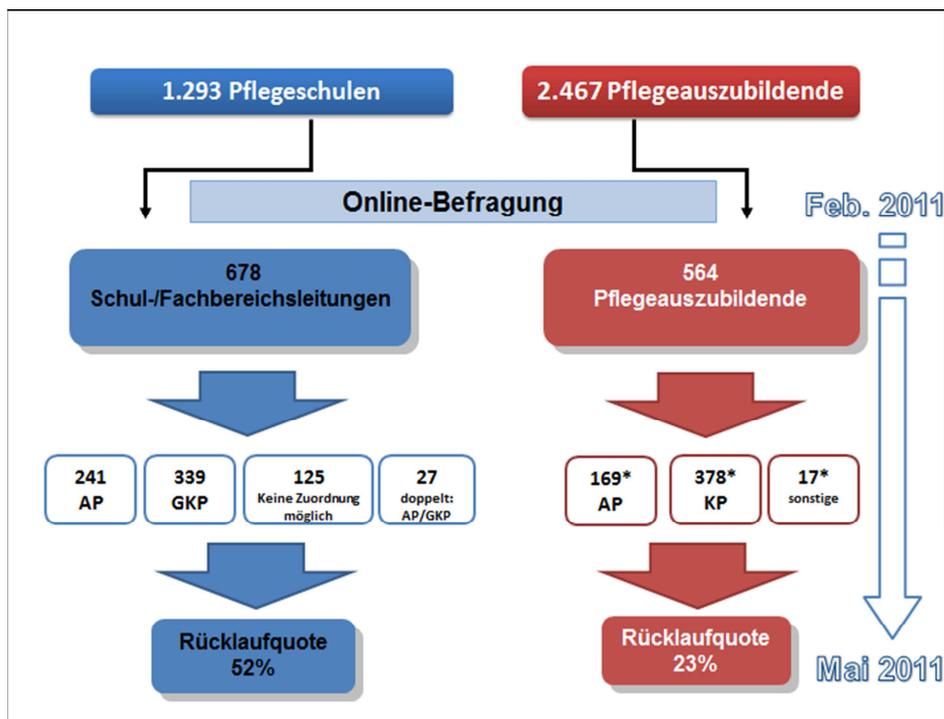


Abb. 1: Zielgruppen und Rücklaufquoten

AP=Altenpflege, GKP=Gesundheits- und Krankenpflege, *Mehrfachnennungen, n>564

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt konnten die Daten von 678 Schul- oder Bereichsleitungen ausgewertet werden (Rücklaufquote 52,4%). Damit auf die Unterschiedlichkeit von Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege und Bildungsstätten der Altenpflege eingegangen werden konnte, erfolgte die Teilung der Gesamtstichprobe differenziert nach diesen Ausbildungsschwerpunkten. Insgesamt wurden 393 Pflegeschulen befragt, die zum Berufsabschluss in der Gesundheits- und

¹¹ Bei einer Querschnittsanalyse werden mehrere Merkmale einer repräsentativen Stichprobe zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben (vgl. Börtz & Döring 2002).

¹² Außer Kinderkrankenpflegeschulen.

¹³ Die Online-Befragung wurde mit dem Programm EnterpriseFeedbackSuite Survey 8.0 von Globalpark vorgenommen.

Krankenpflege führen¹⁴ sowie 241 Einrichtungen, an denen der Abschluss Altenpfleger/in erworben werden kann. Bei 125 Pflegeschulen war diese Zuordnung durch fehlende Angaben nicht möglich.

Über den Kontakt zu den Pflegeschulen konnte die zweite relevante Zielgruppe, die Pflegeauszubildenden aus den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege erreicht werden. Insgesamt wurden 2.467 Personen per Online-Fragebogen befragt. Die Rücklaufquote liegt bei 23% (564 Personen). Ebenso wie bei den Pflegeschulen wurde die Zielgruppe der Pflegeauszubildenden nach dem Ausbildungsschwerpunkt unterteilt: 378 Befragte befanden sich in der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in, 169 Personen strebten einen Abschluss in der Altenpflege an. 17 Personen absolvierten zum Erhebungszeitpunkt andere pflegerische oder gesundheitsfachberufliche Ausbildungen¹⁵.

Die Mehrzahl der Auszubildenden (insgesamt 80% der Befragten der zweiten Zielgruppe) befand sich zum Erhebungszeitpunkt im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr. Das Durchschnittsalter der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege betrug 22 Jahre (SD¹⁶ 3,69), in der Altenpflege 30 Jahre (SD 11,15).

3.2 Repräsentativität der Stichprobe

Im bundesdeutschen Vergleich zeigt sich, dass die hier vorliegende Stichprobe der Kranken- und Altenpflegeschulen nach Häufigkeiten annähernd ein Abbild aller Pflegeschulen im Bundesgebiet darstellt. Die Zahlen sind somit belastbar.

Die meisten Daten wurden von Einrichtungen aus Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Niedersachsen gewonnen. Daten von Pflegeschulen aus Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt sind leicht unterrepräsentiert. Bezogen auf die Auszubildenden zeigt sich eine vermehrte Beteiligung an der Online-Befragung in Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Dagegen ist die Stichprobe der Auszubildenden aus Bayern, Brandenburg, Hamburg, und Hessen leicht unterrepräsentiert. Aus Sachsen-Anhalt und Thüringen liegen keine Daten von Auszubildenden vor (vgl. Tab. 1).

Entsprechend der Geschlechterverteilung in pflegerischen Berufen beteiligten sich an der Auszubildenden-Befragung mit 84,7% überwiegend Frauen¹⁷. Ebenso entspricht die Verteilung der unterschiedlichen Abschlüsse in Pflegeberufen auf Bundesebene in etwa der Stichprobe: 67% der befragten Auszubildenden streben einen Abschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege an (Bundesdurchschnitt 71,7%), 30% der Befragten münden in die Altenpflege (Bundesdurchschnitt 32,1%).

¹⁴ 27 Bildungseinrichtungen werden doppelt aufgeführt, da diese Einrichtungen beide Abschlüsse (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) vergeben. Die Einrichtungen werden bei der Berechnung der Gesamtzahl der befragten Pflegeschulen einfach gezählt

¹⁵ Z. B. im Bereich Gesundheits- und Krankenpflegehilfe.

¹⁶ SD=Standardabweichung. Eine kleinere Standardabweichung gibt in der Regel an, dass die gemessenen Ausprägungen eher enger um den Mittelwert liegen, eine größere Standardabweichung gibt eine stärkere Streuung an.

¹⁷ Bundesdurchschnittliche Frauenquote in Pflegeberufen: Altenpflege 87,3%, Gesundheits- und Krankenpflege 85,6% (Statistisches Bundesamt 2008).

Tab. 1: Verteilung der Stichprobe auf das Bundesgebiet

	Grundgesamtheit (N=1293)	Befragte Stichprobe	
		Pflegesschulen (n ^s =419)	Auszubildende (n ^A =547)
Baden-Württemberg	14,2%	15,5%	13,7
Bayern	15,2%	13,4%	8,3
Berlin	2,2%	2,9%	2,0
Brandenburg	2,2%	1,4%	1,4
Bremen	0,9%	1,4%	2,3
Hamburg	1,2%	1,0%	0,4
Hessen	7,2%	7,9%	3,0
Mecklenburg-Vorpommern	2,6%	1,9%	5,7
Niedersachsen	12,9%	13,6%	20,7
Nordrhein-Westfalen	19,7%	22,7%	22,9
Rheinland-Pfalz	5,2%	6,0%	7,1
Saarland	1,1%	1,4%	1,1
Sachsen	6,2%	3,8%	6,4
Sachsen-Anhalt	3,6%	1,9%	0,0
Schleswig-Holstein	3,0%	3,1%	2,1
Thüringen	2,7%	2,1%	0,0

N= Anzahl aller bundesdeutschen Pflegeschulen (Alten- und Krankenpflegesschulen) (Grundgesamtheit)

n^s= Größe der Schul-Stichprobe (259 machten keine Angabe beim Bundesland bzw. der Pflegeschule)

n^A=Größe der Auszubildenden-Stichprobe (17 machten keine Angabe beim Bundesland)

3.3 Datenauswertung

Die quantitative Datenauswertung wurde mit Hilfe der Programme Excel 2010 und Predictive Analytics Software 18 durchgeführt. An Hand von deskriptiver Statistik wurden Häufigkeiten und Mittelwerte abgebildet. Für die Analyse der offenen Fragen wurden Auswertungskategorien mit den dazugehörigen Merkmalsausprägungen gebildet und Aussagen nach diesen Kriterien zusammengefasst (Bortz & Döring 2003).

4 Zentrale Ergebnisse

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse aus den Befragungen der Pflegeschulen sowie der Auszubildenden der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege vorgestellt.

4.1 Relevanz der Vermittlung pflegerischer Kompetenzen zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen

Die Relevanz der Vermittlung pflegerischer Kompetenzen zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen wird an erster Stelle anhand des Stellenwertes erläutert, den Schulleitungen und Pflegeauszubildende diesen Kompetenzen beimessen. Des Weiteren zeigt sich die Relevanz in der curricularen Integration von Demenz innerhalb der Ausbildungskonzeptionen. Als Abschluss dieses Kapitels werden verschiedene demenzspezifische Themenbereiche und deren Bedeutung in der Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege dargestellt.

• Stellenwert demenzspezifischer Kompetenzen

Insgesamt wird von Seiten der Schul- und Bereichsleitungen sowie der Pflegeauszubildenden der Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen innerhalb **beider** Pflegeausbildungen (Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege) gleichermaßen eine hohe Bedeutung (79,6% Schul- und Bereichsleitungen; 77,0% Pflegeauszubildende) beigemessen. Für rund 20% der Befragten ist die Vermittlung dieser Kompetenzen in der Altenpflegeausbildung sogar noch wichtiger als in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung (vgl. Abb. 2).

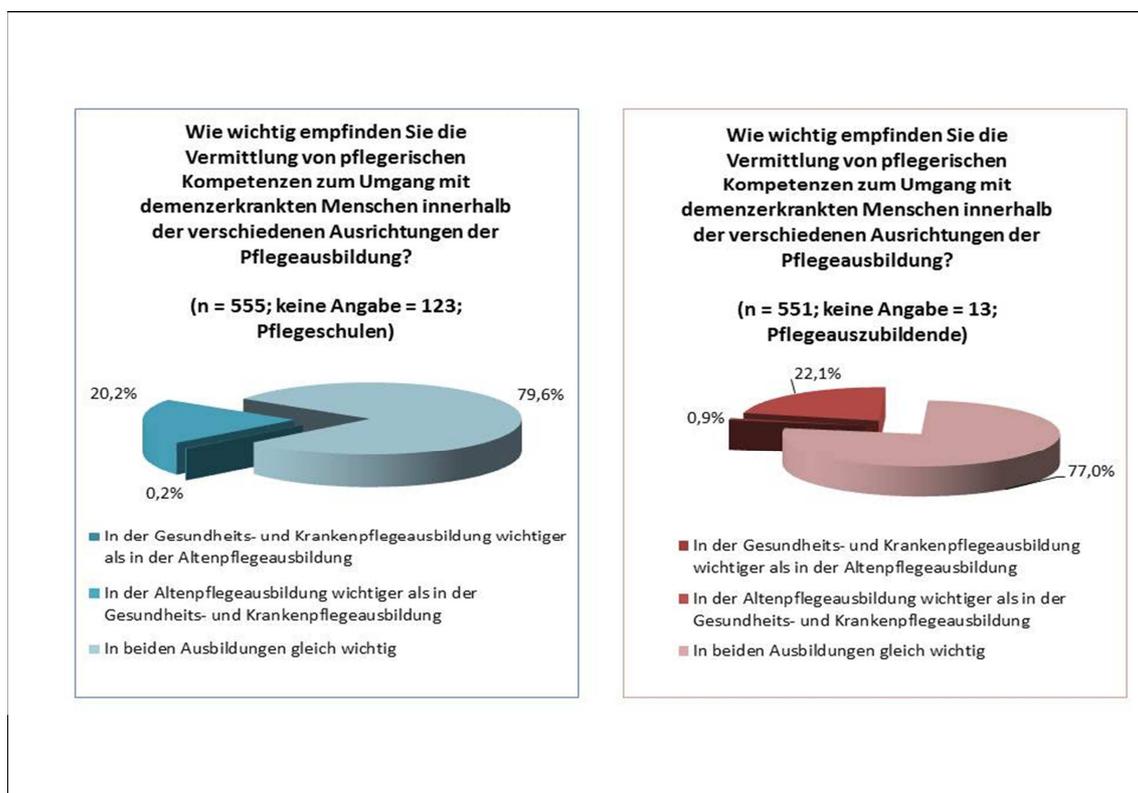


Abb. 2: Stellenwert der Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen, Vergleich Pflegeschulen und Pflegeauszubildende

Eine getrennte Betrachtung der Bildungsstätten zeigt leichte Unterschiede zum Stellenwert demenzspezifischer Kompetenzen in der Pflegeausbildung: 92,3% der Schulleitungen aus dem Bereich Gesundheits- und Krankenpflege halten die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in **beiden** Ausbildungen für gleich wichtig. Aus den Altenpflegesschulen sind 63,9% der Befragten dieser Meinung. Vielmehr geben 35,7% der Schul- und Bereichsleitungen der Ausbildungsstätten für den Bereich Altenpflege an, dass sie die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in der **Altenpflegeausbildung** für wichtiger als in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung halten.

Ein ähnliches Bild zeigt die Zielgruppe der Pflegeauszubildenden (vgl. Abb. 3): Für 82,7% **der Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden (GKP)** ist die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in **beiden** Pflegeausbildungen gleich wichtig, 16,2% halten diese Kompetenzvermittlung in der Altenpflegeausbildung für bedeutender¹⁸.

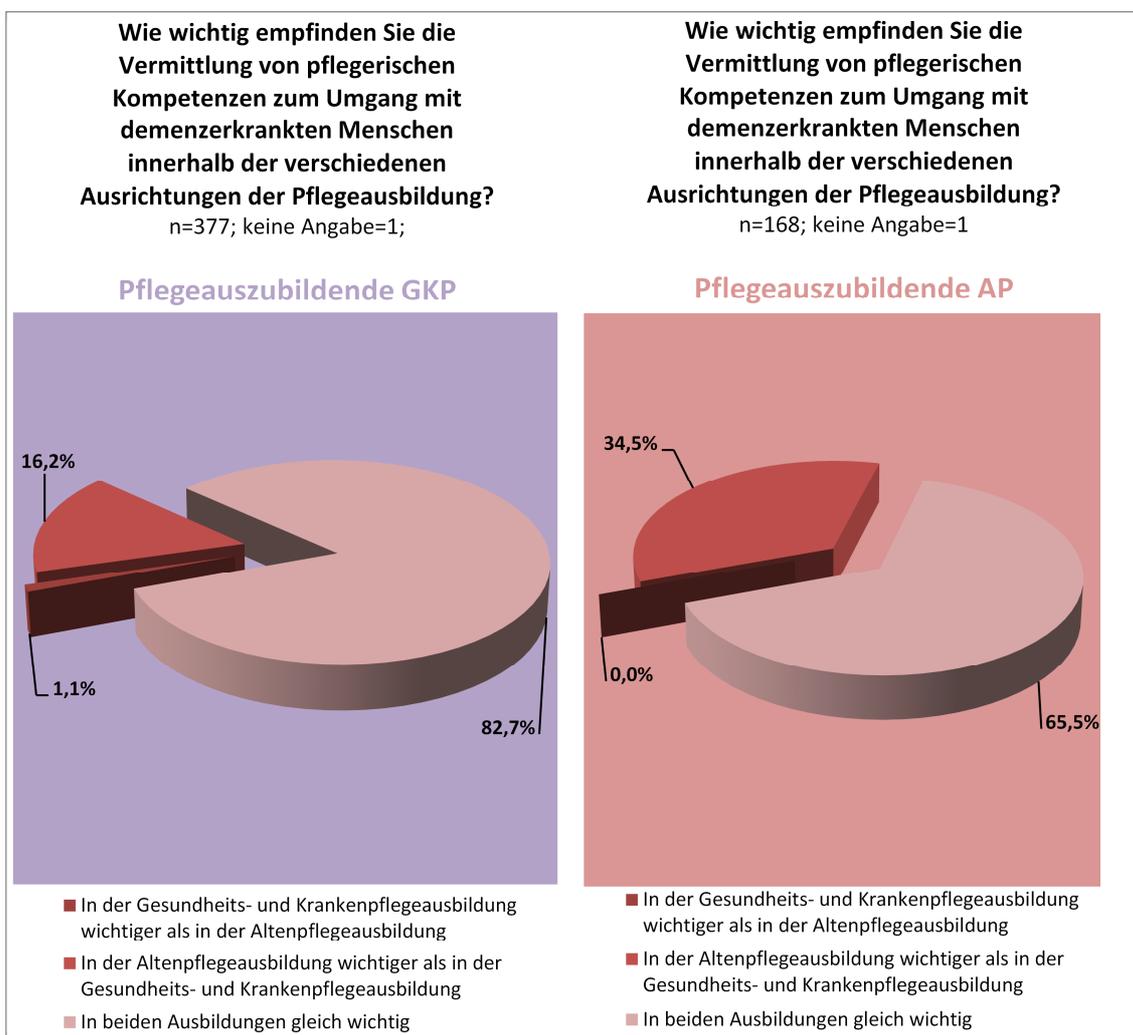


Abb. 3: Stellenwert der Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen, Vergleich Pflegeauszubildende (GKP=Gesundheits- und Krankenpflege, AP= Altenpflege)

Die **Altenpflegeauszubildenden (AP)** sehen mehrheitlich (65,5%) einen hohen Stellenwert in **beiden** Ausbildungsgängen. Von einem Drittel der Altenpflegeauszubildenden (34,5%) wird

¹⁸ 1,1% der Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden halten die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung für wichtiger als in der Altenpflegeausbildung.

eine höhere Bedeutsamkeit jedoch in der Altenpflegeausbildung gesehen (vgl. Abb. 3). Keine/r der Altenpflegeschüler/innen empfindet die Kompetenzvermittlung (Demenz) in der Gesundheits- und Krankenpflege wichtiger.

- **Curriculare Integration und Zuständigkeit**

Eine curriculare Integration des Themenbereichs „Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz“ hat in nahezu allen Pflegeschulen (99,6%) stattgefunden. Mehrheitlich fällt die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in den Pflegeschulen hauptsächlich in den Aufgabenbereich der Pflegelehrer/innen (GKP=95%; AP=92,1%). Daneben liegt nach Ansicht der Schul- und Bereichsleitungen die spezifische Wissensvermittlung in der Zuständigkeit der Mediziner/innen (GKP=32,4%; AP=45,6%). In den **Altenpflegeschulen** werden im Vergleich zu den Krankenpflegeschulen zur Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen verstärkt Gerontologen/innen (GKP=9,1%; AP= 41,5%), Gerontopsychiater/innen (GKP=10,6%; AP 22,0%) sowie externe Experten/innen (GKP=26,5%; AP=34,4%) eingesetzt (vgl. Abb. 4).

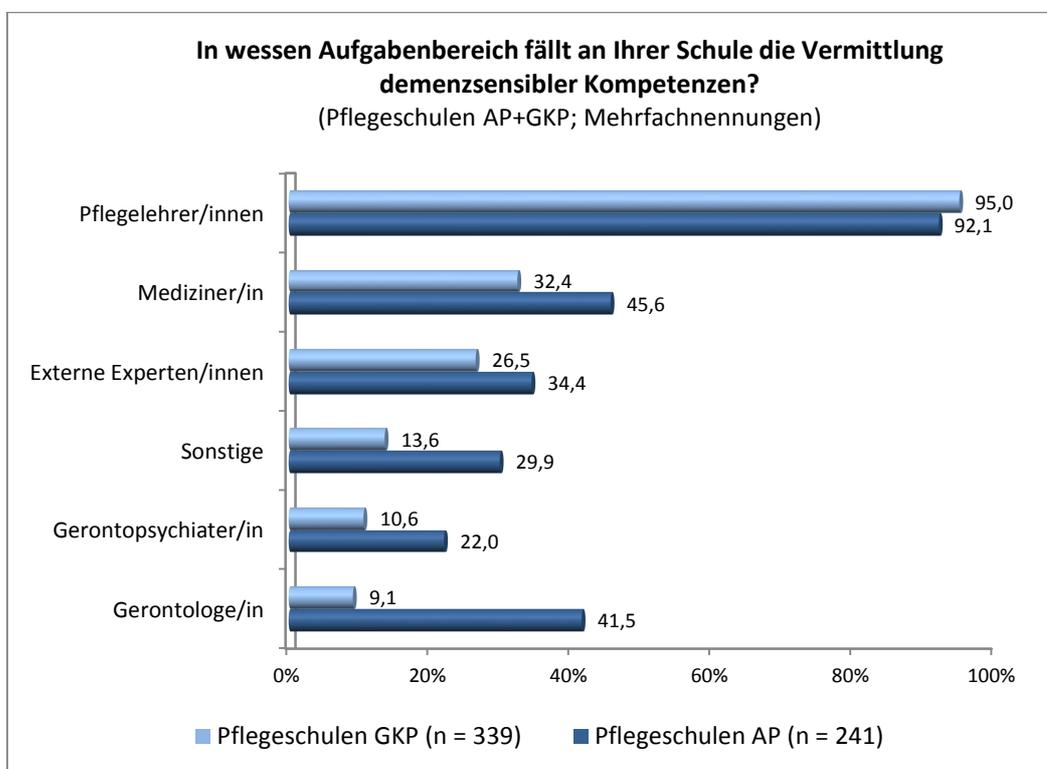


Abb. 4: Zuständigkeit für die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen

- **Stellenwert von speziellen Themen zum Schwerpunkt Demenz**

Innerhalb der Befragung wurde eine Vielzahl einzelner Theorien, Ansätze und Themenfelder, die in der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz relevant sein können, einzeln abgefragt. Zur Übersichtlichkeit werden diese in die folgenden fünf Themenbereiche zusammengefasst:

- Umgangs- und Interaktionsformen (z.B. Kommunikationsformen, Umgang mit herausforderndem Verhalten, Validation)

- Medizinisch-pflegerische Ansätze (z.B. Krankheitsbild, diagnostische Testverfahren, medikamentöse Ansätze)
- Wahrnehmungs- und Körperorientierte Ansätze (z.B. Basale Stimulation, Snoezelen, Ergotherapeutische Ansätze)
- Betreuungsansätze (z. B. 10-Minuten-Aktivierung, tagesstrukturierende Maßnahmen, musik-, mal- und kunsttherapeutische Ansätze)
- Spezielle Theorien/Ansätze (z.B. H.I.L.D.E.; Psychobiographisches Modell nach Böhm, Personenzentrierter Ansatz nach Kidwood)

Spezielle Ansätze und Theorien werden von gut der Hälfte der Befragten Pflegeschulen vermittelt (53,8%). Hinsichtlich der Schwerpunktsetzung dieser Themenbereiche gibt es zwischen der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege prägnante Unterschiede: Während in der **Altenpflege** nach Angaben der Schulleitungen nur geringe Differenzen zwischen den Themenbereichen ersichtlich werden, zeigen sich in der **Gesundheits- und Krankenpflege** deutliche Prioritäten. Die stärkste Beachtung finden Themen und Ansätze, die sich mit den Umgangs- und Interaktionsformen (75,7%) sowie mit medizinisch-pflegerischen Schwerpunkten (73,1%) innerhalb der Demenzerkrankung befassen (vgl. Abb. 5). Etwas weniger häufig kommen Wahrnehmungs- und Körperorientierte Ansätze (63,9%) und Betreuungsansätze (56,3%) innerhalb der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege zum Tragen.

In der **Altenpflege** hingegen werden nach Angaben der Schulleitungen allen Themenbereichen ähnlich hohe Prioritäten beigemessen. Differenzen liegen hier zwischen 75,6% und 84,4% (vgl. Abb. 5)

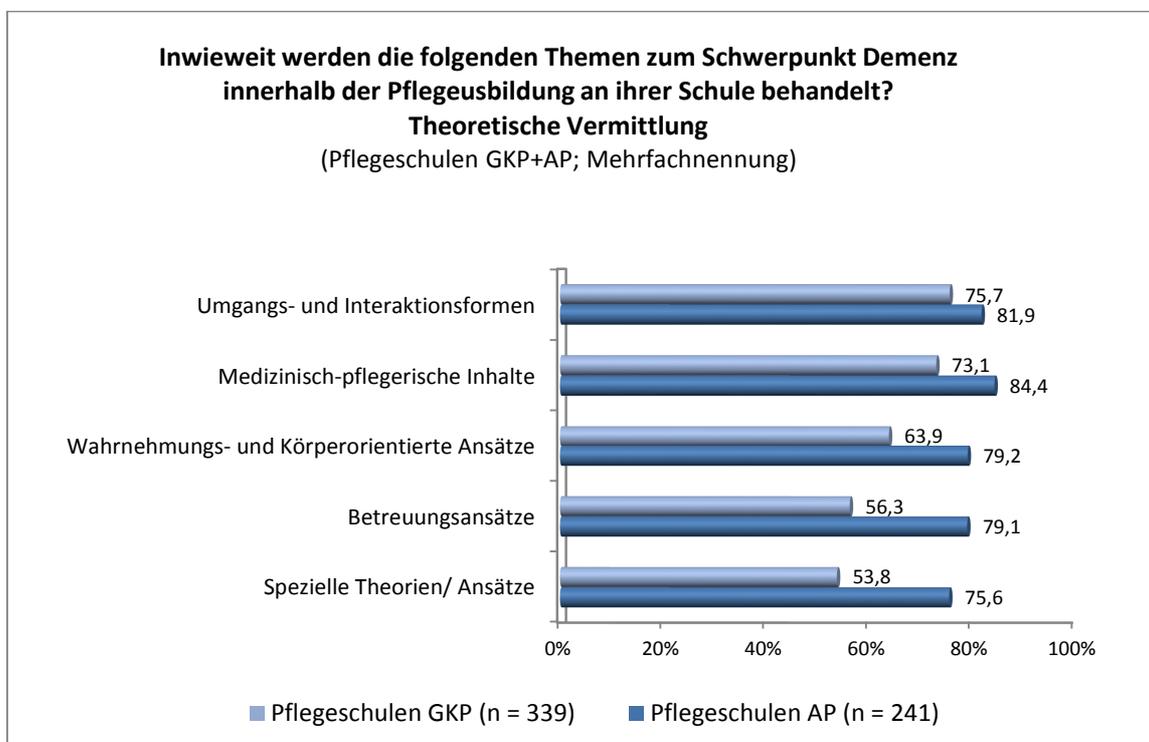


Abb. 5: Themen zum Schwerpunkt Demenz – Theoretische Vermittlung

4.2 Theorie-Praxis-Transfer

Deutlich werden methodisch-didaktische Unterschiede beim Umgang mit Demenz zwischen den beiden Ausbildungsfeldern Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege. In der **Altenpflege** wird nach Angaben der Schulleitungen der Schwerpunkt verstärkt auf das Üben und Umsetzen von Demenzkonzepten in den Lernort Praxis gelegt (vgl. Abb. 6). So kommen in 64,5% der Altenpflegeausbildungsstätten Umgangs- und Interaktionsformen, Wahrnehmungs- und körperorientierte Ansätze (52,2% der Einrichtungen) sowie Betreuungsansätze (48,7% der Einrichtungen) praktisch zum Einsatz. In der **Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung** liegt der Fokus eher auf die theoretische Vermittlung. Ein Transfer bzw. die praktische Anwendung demenzsensibler Konzepte erfolgt im Vergleich zur Altenpflegeausbildung insgesamt weniger (vgl. Abb. 6).

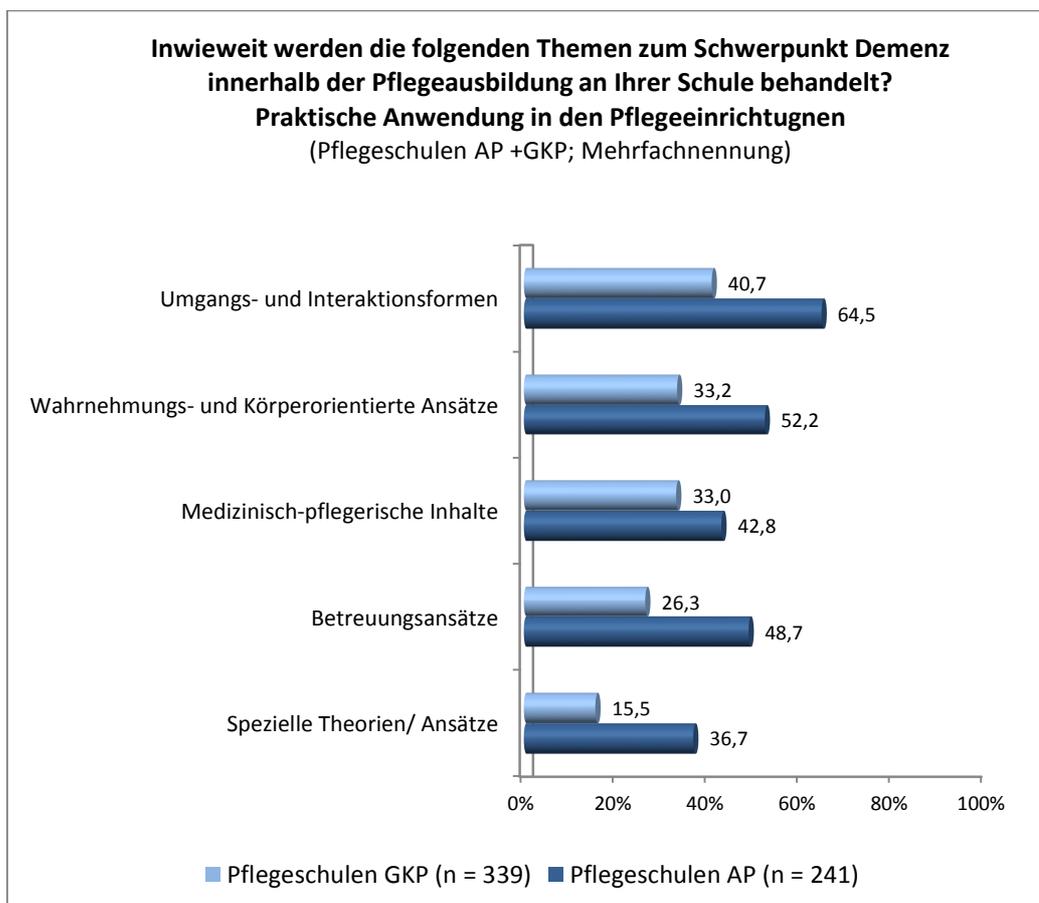


Abb. 6: Themen zum Schwerpunkt Demenz – Praktische Anwendung in Pflegeeinrichtungen

Eine detaillierte Betrachtung einzelner demenzspezifischer Themenbereiche und die Umsetzung in der Praxis verdeutlichen, dass die Übungs- und Anwendungsmöglichkeiten für **Pflegeschüler/innen** in den Pflegeeinrichtungen bislang nicht optimal genutzt werden. Das Problem stellt sich für beide Ausbildungen, allerdings in weitaus stärkerem Maße innerhalb der **Gesundheits- und Krankenpflege**, dar. Die z. T. sehr hohe Differenz zwischen theoretischer Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in der Schule und praktischer Anwendung und

Übung in den Praxisorten zeigt sich besonders stark bei Themen wie Tagesstruktur, Biographiearbeit sowie Validation (vgl. Abb. 7).

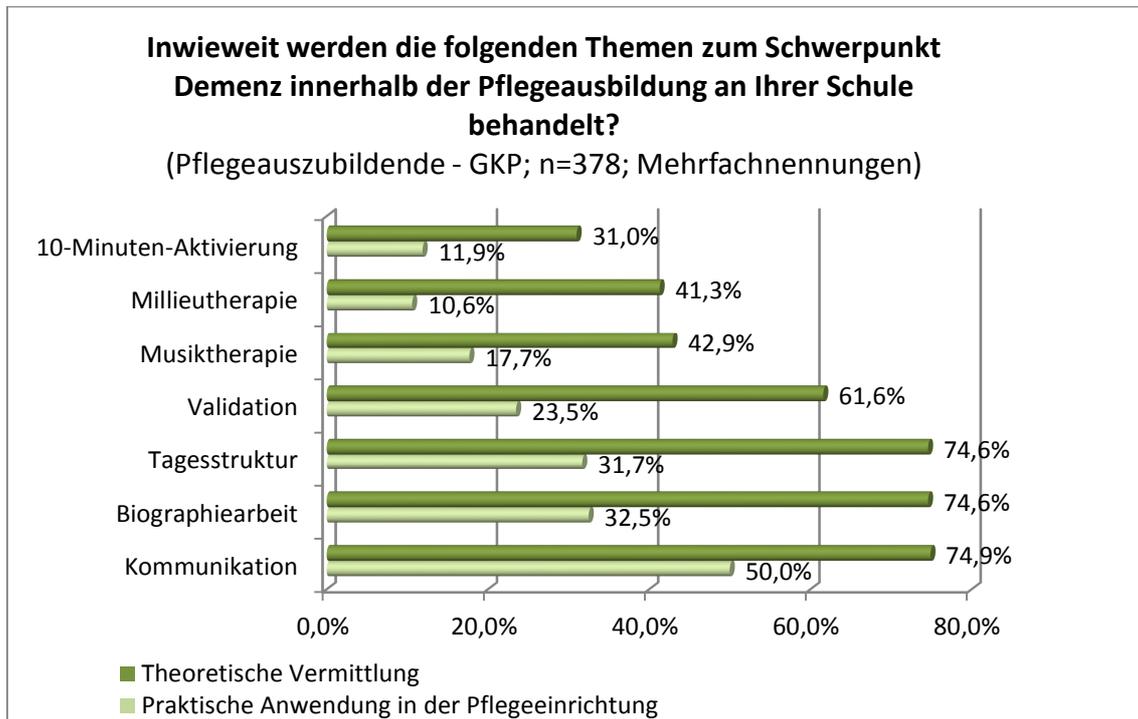


Abb. 7: Demenzspezifische Schwerpunkte in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Die Daten weisen darauf hin, dass ein Handlungsbedarf in den Praxislernorten gesehen wird und die Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers seitens der Pflegepraxis optimiert werden kann: Auf einer Skala von 0 (gar keine Unterstützung) bis 10 (sehr gute Unterstützung) konnten sowohl die **Schul- und Bereichsleitungen** als auch die **Pflegeauszubildenden** einschätzen, inwieweit sie sich von den Praxislernorten beim Theorie-Praxis-Transfer von demenzspezifischen Kompetenzen unterstützt fühlen (vgl. Abb. 8). Die Ergebnisse zeigen insgesamt bei allen Befragungsgruppen einen durchschnittlichen Wert zwischen 4 und 5. Bei einer differenzierten Betrachtung lassen sich lediglich geringe Unterschiede zwischen den errechneten Mittelwerten (MW) für die Bereiche Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege feststellen (Pflegeschulen: **GKP** MW=4,7; **AP** MW=4,6, Pflegeauszubildende: **GKP** MW=4,6; **AP**=5,0).

Inwieweit fühlen Sie sich als Schule von den Praxisorten beim Theorie-Praxis-Transfer von demenzspezifischen Kompetenzen unterstützt?

Pflegeschulen: **GKP** (n = 312; keine Angabe = 27); **AP** (n = 232; keine Angabe = 9)
Pflegeauszubildende: **GKP** (n = 371; keine Angabe = 7); **AP** (n = 167; keine Angabe = 2)

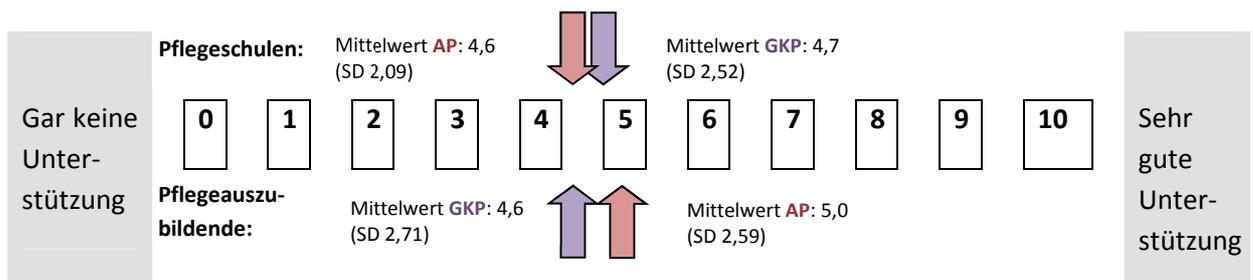


Abb. 8: Unterstützung des Theorie-Praxis-Transfers durch die Praxisorte

Als Verbesserungsmaßnahmen werden von den **Pflegesschulen** insbesondere „mehr Anwendungsmöglichkeiten/bessere praktische Umsetzung in der Institution“ (34,6%), eine stärker „Theoriegeleitete Berufspraxis“ (33,3%), „Kooperation, Koordination, Kommunikation zwischen den Lernorten“ (31,9%), die „Verbesserung der Qualifikation der Praxisanleiter/innen“ (31,2%), die „Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Demenz“ (29,8%), „Unterstützung und Praxisanleitung“ (26,2%) sowie „mehr Ressourcen zur Umsetzung“ (24,8%) genannt. Die **Pflegeauszubildenden** wünschen sich vor allem „konkrete Anwendungsmöglichkeiten“ (42,2%), „stärkeren Praxisbezug im Unterricht“ (28,9%), eine verbesserte „Unterstützung und Praxisanleitung“ (21,5%) sowie „mehr Ressourcen zur Umsetzung“ (20,7%) und „Kooperation, Koordination und Kommunikation“ (20%). Eine vollständige Abbildung der Ergebnisse zeigt die nachstehende Grafik (vgl. Abb. 9).

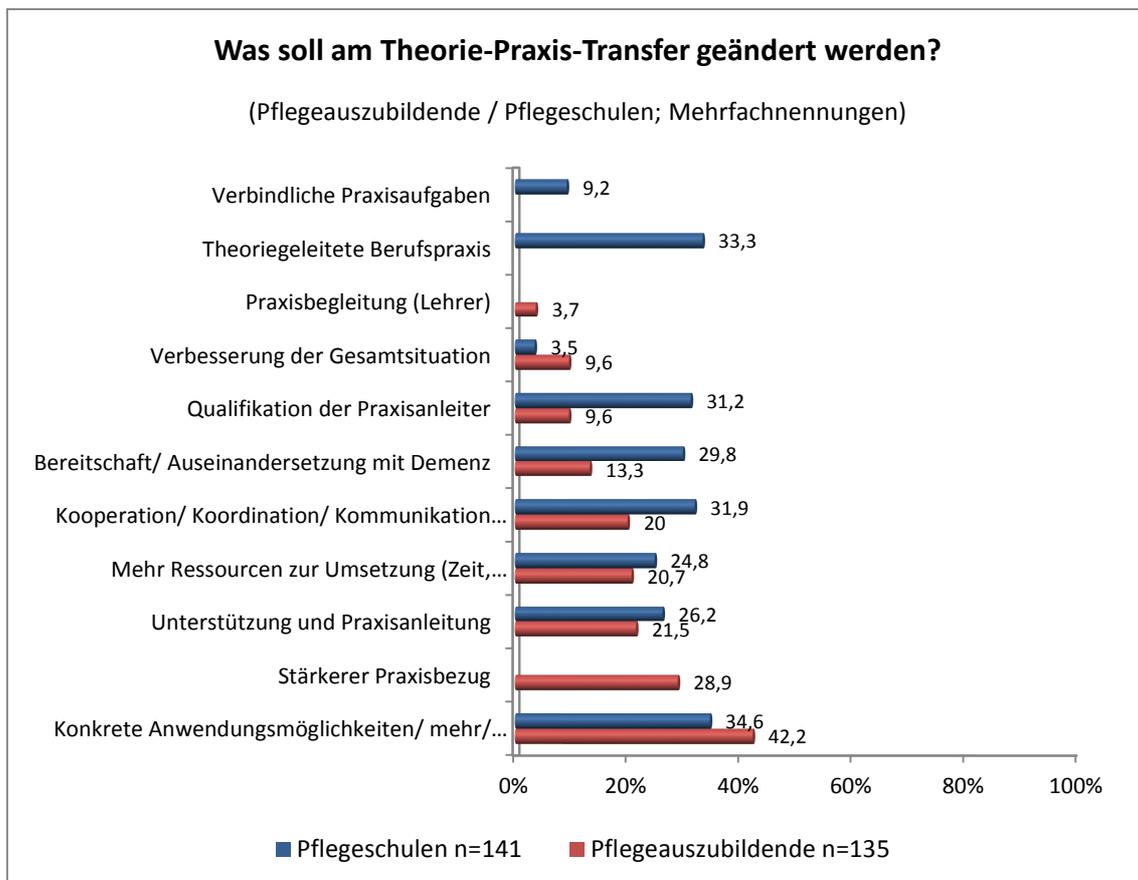


Abb. 9: Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers – Vergleich Pflegeschulen und Pflegeauszubildende

Eine genaue Betrachtung der Antworten der Auszubildenden nach Berufsfeldern getrennt zeigt, dass die **Auszubildenden der Altenpflege** einen höheren Handlungsbedarf in Bezug auf „Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen den Lernorten“ im Vergleich zu den zukünftigen Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sehen (AP=41,2%; GKP=12,1%). Dazu wünschen sich Altenpflegeauszubildende „mehr Ressourcen zur Umsetzung“ (AP=27,8%; GKP=18,2%) und „mehr Unterstützung bei der Praxisanleitung“ (AP=27,8%; GKP=19,2%). Bei den **Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden** verdeutlichen die Ergebnisse den dringenden Handlungsbedarf hinsichtlich konkreter Anwendungsmöglichkeiten demenzsensibler

Konzepte (GKP=49,5%, AP= 22,2%) kombiniert mit einem stärkeren Praxisbezug im Unterricht (GKP=32,3%, AP 19,4) (vgl. Abbildung 10).

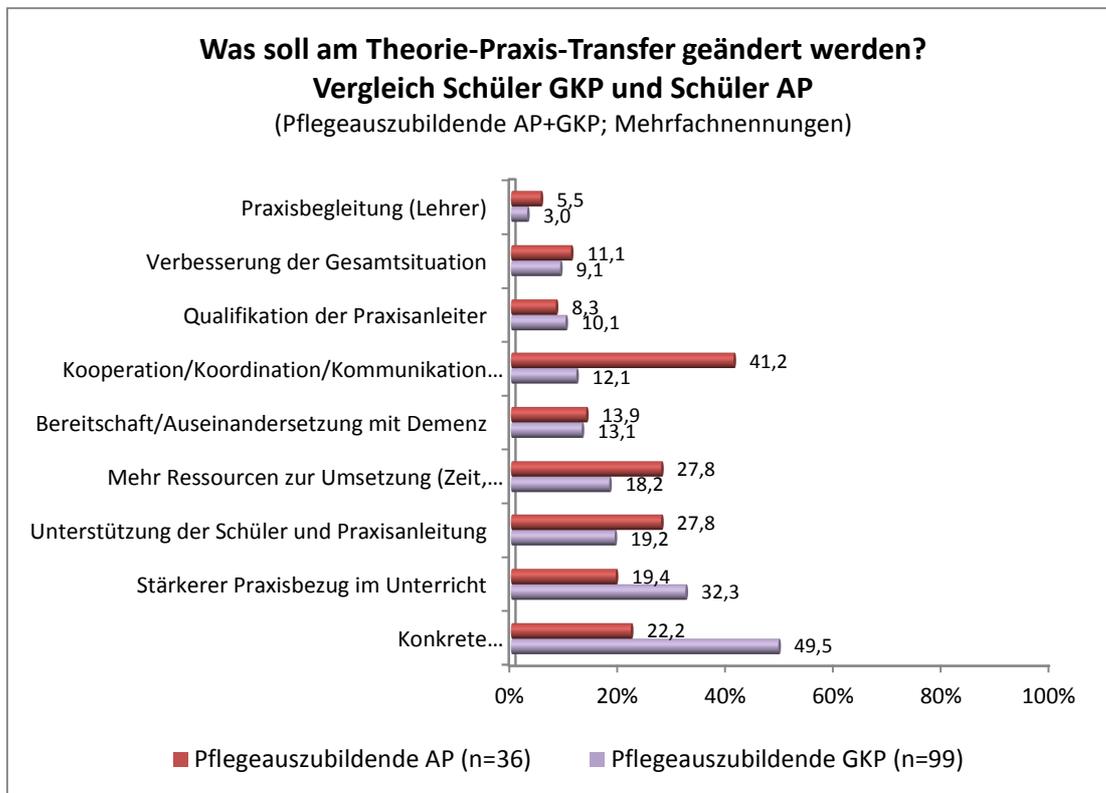


Abb. 10: Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers – Vergleich Pflegeauszubildende AP/GKP

4.3 Praxiserfahrungen und demenzspezifische Kompetenzen der Auszubildenden

Die Praxiserfahrungen der Auszubildenden werden in einem ersten Schritt anhand der Häufigkeit im Umgang mit Demenzerkrankten, der subjektiven Kompetenzeinschätzung sowie anhand des Maßes an Sicherheit, das Auszubildende im Umgang mit demenzerkrankten Menschen empfinden, abgebildet. Anschließend werden die Schwierigkeiten in der Demenzbetreuung und die tatsächliche Umsetzung demenzsensibler Konzepte in den verschiedenen stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen dargestellt.

- **Häufigkeit der Demenzbetreuung**

Die hohe Bedeutung demenzspezifischer Kompetenzen für die Versorgungsbereiche **Krankenhaus** und **ambulante Pflege** wird anhand der häufigen Arbeitssituationen ersichtlich, bei denen die Pflegeauszubildenden der **Gesundheits- und Krankenpflege** in den praktischen Lernorten mit der Betreuung von Menschen mit Demenz beauftragt werden: 75,6% der Auszubildenden geben an, im Krankenhaus „täglich bis mehrmals täglich“ bzw. „mehrmals wöchentlich“ demenzerkrankte Menschen zu betreuen, für die ambulante Pflege trifft dies für 66,9% der Gesundheits- und Krankenpflege-Auszubildenden zu. Auffallend ist, dass für fast die Hälfte der Auszubildenden (49,2%) bislang noch kein Einsatz in der stationären Altenpflege stattfand,

obwohl die Mehrheit der befragten Auszubildenden (80%) bereits im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung ist. Ebenso kommt die Tagespflege als praktischer Lernort vergleichsweise wenig vor, zum Erhebungszeitpunkt waren erst 34,1% der Auszubildenden hier eingesetzt.

Nicht überraschend sind die Ergebnisse der **Altenpflegeauszubildenden**: In den Versorgungseinrichtungen der **stationären Altenpflege** übernehmen die Auszubildenden sehr häufig die Versorgung von Menschen mit Demenz (90%). Darüber hinaus findet eine pflegerische Versorgung demenzerkrankter Menschen in der **ambulanten Pflege** von gut 50% der Befragten „täglich bis mehrmals täglich“ bzw. „mehrmals wöchentlich“ statt. Von den bislang in der Tagespflege eingesetzten Auszubildenden¹⁹ wird die Häufigkeit der Betreuung mit 42% angegeben.

Ebenso wie bei den Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege fällt auch bei den Altenpflegeauszubildenden auf, dass diese nur knapp zur Hälfte einen Einsatz im Krankenhaus hatten. Jedoch gaben die Auszubildenden, die bereits Erfahrungen im Krankenhaus sammeln konnten zu 26% an, häufig mit der Pflege von demenzerkrankten Menschen betraut zu werden (vgl. Abb. 11)

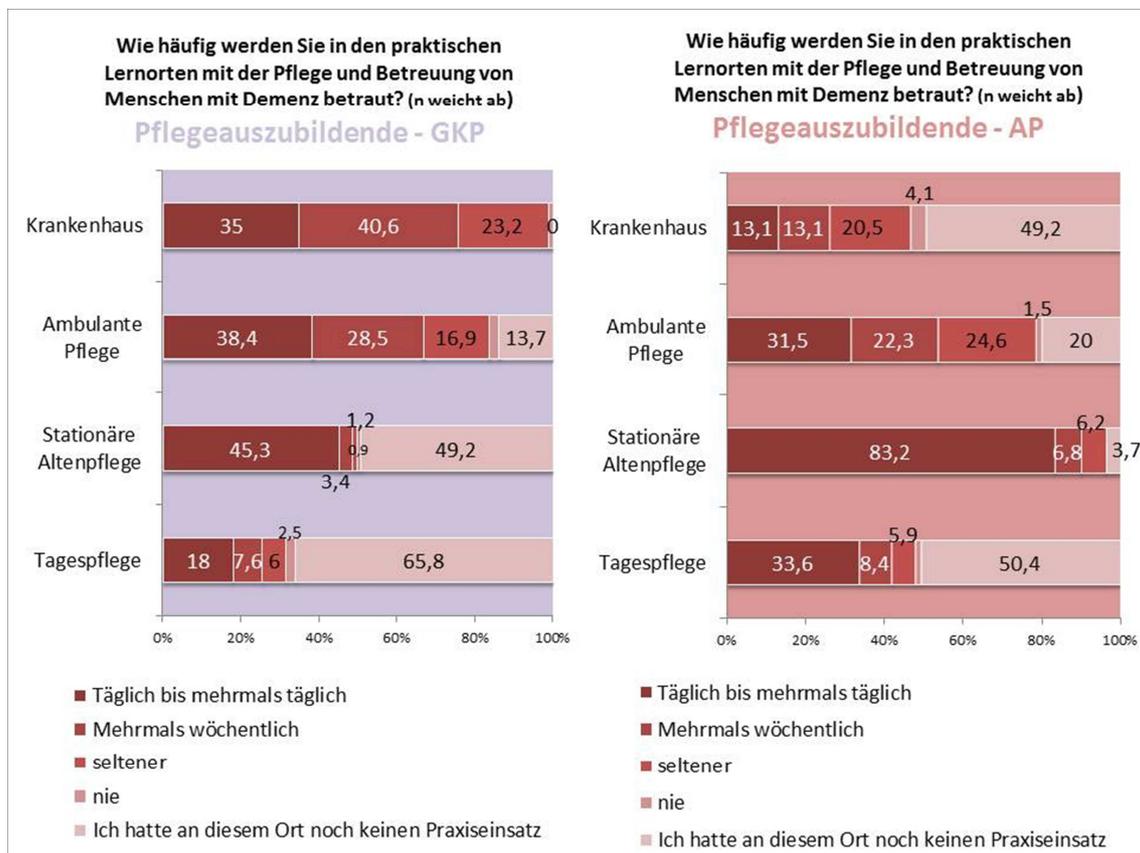


Abb. 11: Praktische Erfahrungen in den Einsatzbereichen, Vergleich Pflegerauszubildende²⁰

¹⁹ Bislang hatten 50% der befragten Altenpflegeauszubildenden einen Einsatz in der Tagespflege.

²⁰ n abweichend nach Einsatzbereiche: **GKP**: Stationäre Altenpflege (n = 327; keine Angabe = 51); Ambulante Pflege (n = 344; keine Angabe = 34); Krankenhaus (n = 357; keine Angabe = 21); Tagespflege (n = 316; keine Angabe = 62). **AP**: Stationäre Altenpflege (n = 161; keine Angabe = 8); Ambulante Pflege (n = 130; keine Angabe = 39); Krankenhaus (n = 122; keine Angabe = 47); Tagespflege (n = 119; keine Angabe = 50)

- **Demenzspezifische Kompetenzen der Auszubildenden**

Obwohl eine Wissensvermittlung zum Thema Demenz in hohem Umfang stattfindet und die Auszubildenden sehr häufig in der Demenzbetreuung eingesetzt werden, wirkt sich dies nur sehr begrenzt auf ihr Sicherheits- und Kompetenzempfinden aus: so glauben nur 23,4% der **Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen**, dass ihre Kompetenzen zum Zeitpunkt der Befragung ausreichen, um Menschen mit Demenz bedürfnisorientiert zu pflegen und zu begleiten. In der **Altenpflege** trifft dies immerhin noch für 38% der Schüler/innen zu. Dass ihre Kompetenzen gar nicht ausreichen, geben zum Befragungszeitpunkt 11% der Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen und 5,6% der Altenpflegeschüler/innen an (vgl. 12).

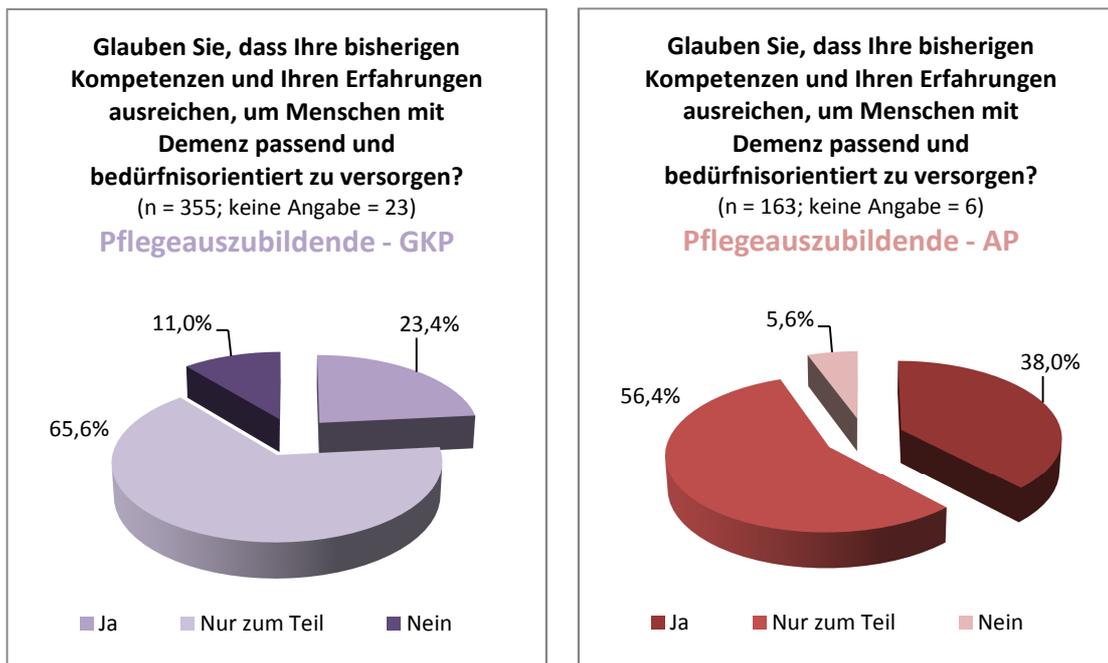


Abb. 12: Demenzspezifische Kompetenzen der Auszubildenden

Sicherheit im Umgang mit demenzerkrankten Menschen

Die o. a. Kompetenzunsicherheiten im Umgang mit demenzerkrankten Menschen spiegeln sich in der nächsten Ergebnisgrafik wider. Auf einer Skala von 0 (unsicher) bis 10 (sicher) konnten die Auszubildenden angeben, wie sicher sie sich im Umgang mit Menschen mit Demenz fühlen. Hier zeigt der Vergleich der Mittelwerte (MW) getrennt nach Ausbildungsgängen, dass sich **Altenpflegeauszubildenden** im Umgang mit demenzerkrankten Menschen etwas sicherer fühlen (MW=6,8) als die Auszubildenden der **Gesundheits- und Krankenpflege**. Hier liegt der MW bei 6,0 (vgl. Abb. 13).

Wenn Sie bereits Menschen mit Demenz gepflegt und/ oder betreut haben, wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Menschen mit Demenz?

Pflegeauszubildende

GKP (n = 353; keine Angabe = 25); **AP** (n = 162; keine Angabe = 7)

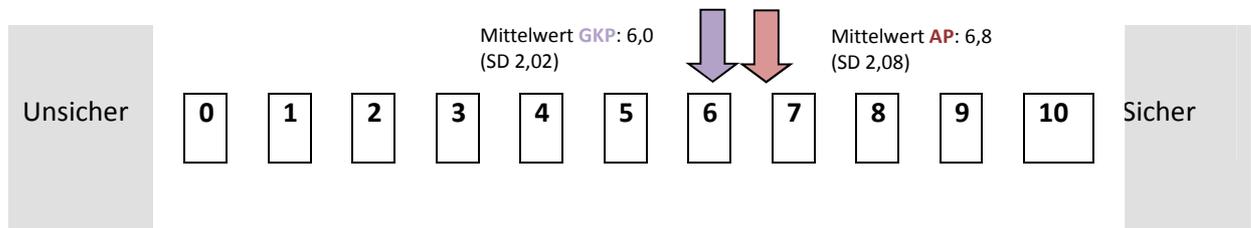


Abb. 13: Sicherheit im Umgang mit Menschen mit Demenz

- **Kompetenzunsicherheiten in der Demenzbetreuung**

Um die Bereiche genau identifizieren zu können, in denen Kompetenzunsicherheiten auftreten, wurde nach den Schwierigkeiten in der Demenzbetreuung gefragt (vgl. Abb. 14). Die größten Schwierigkeiten haben die **Pflegeauszubildenden** beider Berufsgruppen (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) wenn Aggressionen von Seiten des Demenzerkrankten auftreten. 74% der Auszubildenden wissen in diesen Situationen nicht, wie sie sich verhalten können. 68,6% empfinden es schwierig bis sehr schwierig, wenn sie das Gefühl haben, dass sie den Menschen mit Demenz nicht erreichen können. Probleme bereiten den Auszubildenden auch Situationen, in denen die Bedürfnisse des Erkrankten nicht deutlich erkannt werden können (64,9%) oder der Mensch mit Demenz apathisch reagiert oder gar nicht erreichbar erscheint (64,5%). Weiterhin ist es für die Auszubildenden schwer, mit der Hilflosigkeit von Betroffenen und/ oder Angehörigen umzugehen.

Etwas weniger häufig werden folgende Schwierigkeiten von den Auszubildenden benannt: 46,2% der Auszubildenden empfinden es schwierig bis sehr schwierig einzuschätzen, ob sie sich richtig verhalten. Für 44,5% sind Situationen problematisch, in denen Menschen mit Demenz unerwartet reagieren. Wenn „Demenzerkrankte nur so da sitzen“ ist das für 40,7% eine Situation, mit der sie schwer umgehen können. Weitere 38,1% haben Probleme, sich dem Bewegungsdrang von Menschen mit Demenz anzupassen. Ein Gespräch mit Menschen mit Demenz zu führen finden 26% der befragten Auszubildenden schwierig bis sehr schwierig (vgl. Abb. 14).

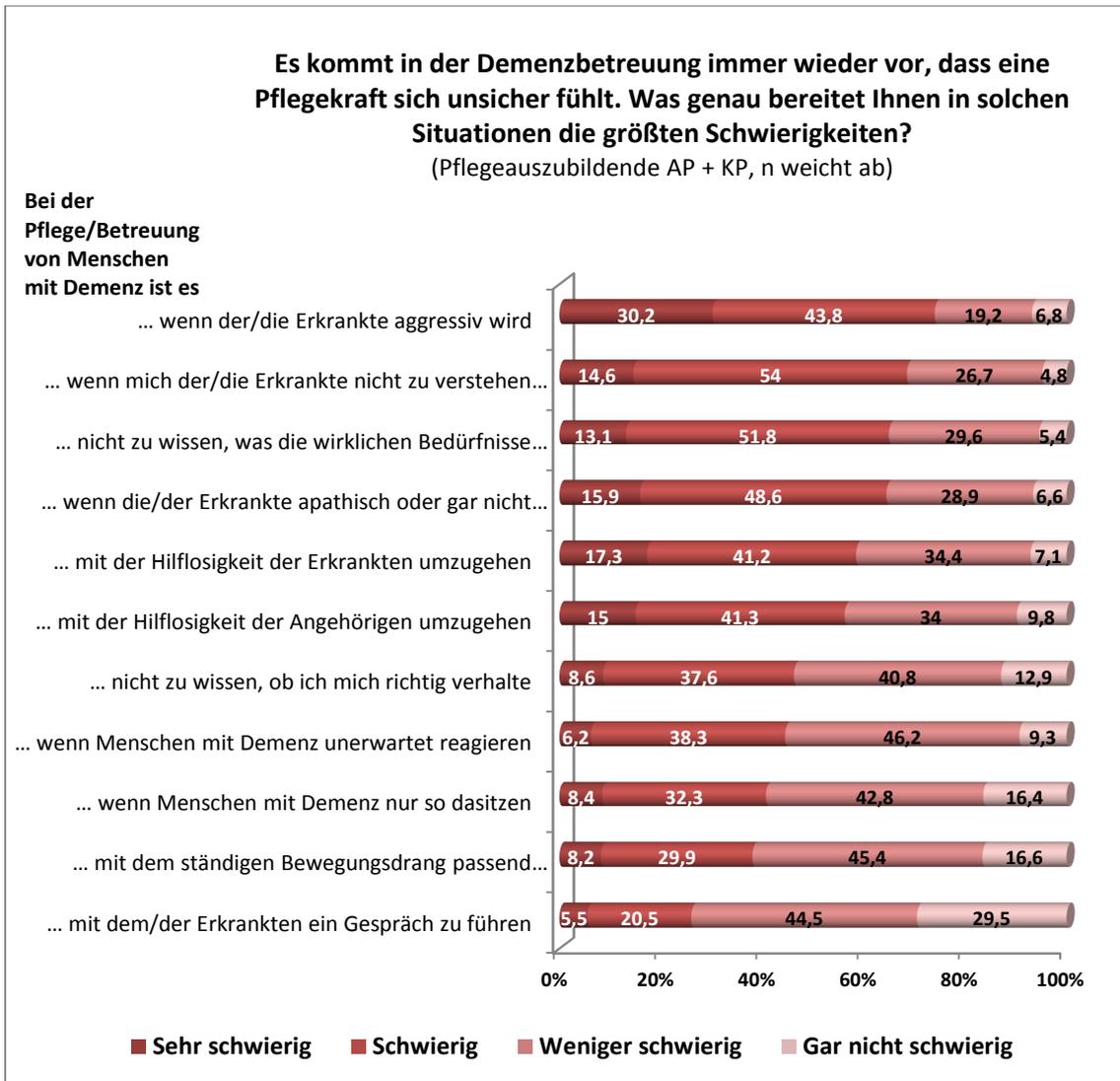


Abb. 14: Schwierigkeiten in der Demenzbetreuung²¹

- **Tatsächliche Umsetzung demenzsensibler Konzepte**

Nach der Identifikation der Schwierigkeiten in der Demenzbetreuung wird im Folgenden dargestellt, inwieweit nach Meinung der Befragten tatsächlich eine Umsetzung demenzsensibler Konzepte in den stationären und ambulanten Versorgungssettings stattfindet (vgl. Abb. 15).

²¹ n abweichend nach Item: ... wenn der/die Erkrankte aggressiv wird (n = 443; keine Angabe = 121); ... wenn mich der/die Erkrankte nicht zu verstehen scheint (n = 439; keine Angabe = 125); ... nicht zu wissen, was die wirklichen Bedürfnisse des/der Erkrankten sind (n = 442; keine Angabe = 122); ... wenn die/der Erkrankte apathisch oder gar nicht auf mich reagieren (n = 440; keine Angabe = 124); ... mit der Hilflosigkeit der Erkrankten umzugehen (n = 439; keine Angabe = 125); ... mit der Hilflosigkeit der Angehörigen umzugehen (n = 441; keine Angabe = 123); ... nicht zu wissen, ob ich mich richtig verhalte (n = 441; keine Angabe = 123); ...wenn Menschen mit Demenz unerwartet reagieren (n = 439; keine Angabe = 125); ... wenn Menschen mit Demenz nur so dasitzen (n = 439; keine Angabe = 125); ... mit dem ständigen Bewegungsdrang passend umzugehen (n = 441; keine Angabe = 123); ... mit dem/der Erkrankten ein Gespräch zu führen (n = 438; keine Angabe = 126).

In Einrichtungen der Altenpflege wird die Umsetzung demenzspezifischer Konzepte sowohl von den **Auszubildenden** als auch von den **Pflegeschulen** erwartungsgemäß höher eingeschätzt als im Krankenhaus oder in der ambulanten Krankenpflege. Die **Pflegeauszubildenden** vermuten den höchsten Umsetzungsgrad in Alten- und Pflegeheimen (69,6% hoch bis sehr hoch). Die **Schulleitungen** benennen an erster Stelle die Tagespflege als diejenige Institution, in der demenzspezifische Konzepte am häufigsten umgesetzt werden (73,1% hoch bis sehr hoch).

Im Unterschied dazu findet eine tatsächliche Umsetzung demenzsensibler Konzepte im Krankenhaus nach Ansicht der Befragten kaum statt. Lediglich 6,4% der **Schulleitungen** und 14,6% der **Auszubildenden** schätzen die Umsetzung demenzsensibler Konzepte im Krankenhaus als hoch bis sehr hoch ein (vgl. Abb. 15).

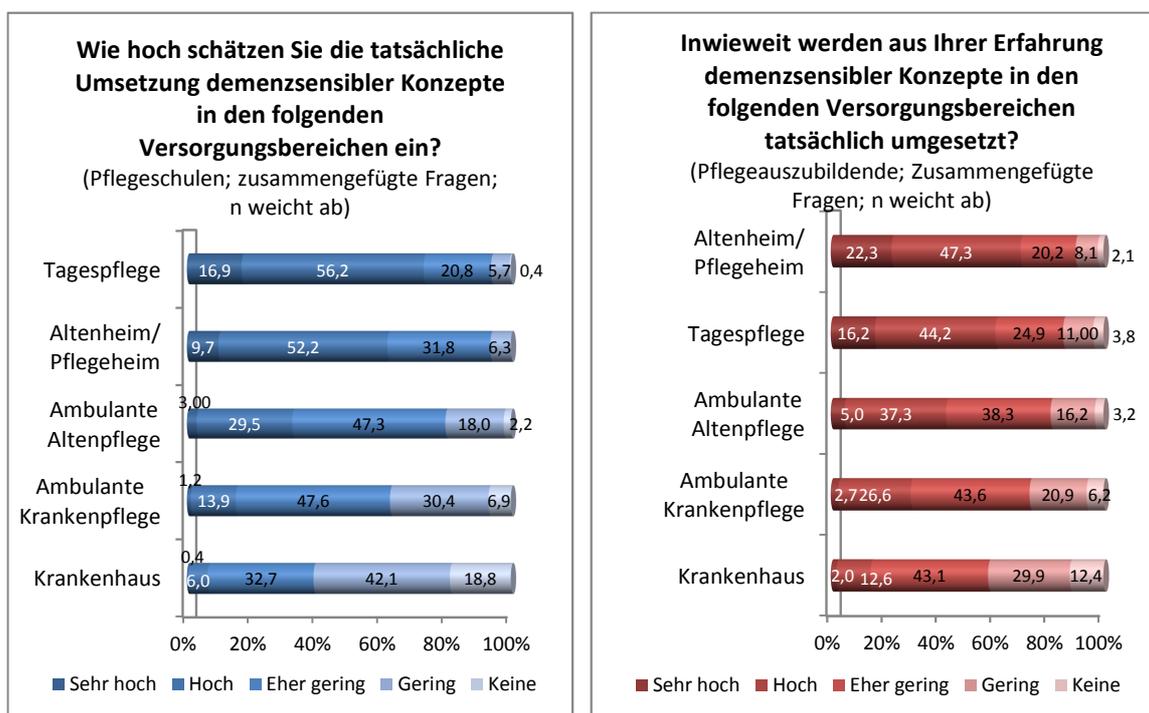


Abb. 15: Tatsächliche Umsetzung demenzsensibler Konzepte (Sehr hoch/hoch) (GKP²²; AP²³)

4.4 Barrieren in der Umsetzung demenzsensibler Konzepte

Zu den Barrieren bei der Umsetzung demenzsensibler Konzepte wurden sowohl die Auszubildenden als auch die Schulleitungen zu allen relevanten Versorgungsbereichen befragt (Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege und Tagespflege). Die Befragung erfolgte offen.

²² Abweichend: Altenheim/ Pflegeheim (n = 506; keine Angabe = 172); Ambulante Altenpflege (n = 505; keine Angabe = 173); Ambulante Krankenpflege (n = 490; keine Angabe = 188); Krankenhaus (n = 499; keine Angabe = 179); Tagespflege (n = 491; keine Angabe = 187).

²³ Abweichend: Altenheim/ Pflegeheim (n = 431; keine Angabe = 133); Tagespflege (n = 346; keine Angabe = 218); Ambulante Altenpflege (n = 402; keine Angabe = 162); Ambulante Krankenpflege (n = 406; keine Angabe = 158); Krankenhaus (n = 452; keine Angabe = 112).

Die größten Barrieren im Krankenhaus liegen nach Meinung der meisten **Pflegeauszubildenden** in den unzureichenden Rahmenbedingungen wie fehlende Hilfsmittel, Räumlichkeiten, Zeit, Personal und finanzielle Ressourcen (72,7%), in der nicht ausreichenden Qualifikation der Mitarbeiter/innen (51,6%) sowie in dem fehlenden Sich-einlassen wollen oder dem Desinteresse an den veränderten Bedürfnissen und Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz (32,1%). Weitere Umsetzungshindernisse stellen „viele Patienten und kurze Verweildauern“ (11,4%) sowie „andere Abläufe/Schwerpunkte“ (9,6%) dar (vgl. Abb. 16). Die **Schul- und Bereichsleitungen** von Pflegeausbildungsstätten sehen neben den von den Auszubildenden bereits genannten Barrieren vor allem die unzureichenden Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte zum Thema Demenz (17,4%) als Hinderungsgrund für eine Umsetzung demenzsensibler Konzepte im Krankenhaus. (vgl. Abb. 16).

Im Bereiche der stationäre Langzeitpflege sind aus Sicht der **Pflegeauszubildenden** die Aspekte, die bereits als Barrieren für das Krankenhaus genannt werden, ebenfalls Hinderungsgründe für eine gelungene Umsetzung demenzsensibler Konzepte im Alten-/ bzw. Pflegeheim. (vgl. Abb. 16). Neben den von den Auszubildenden genannten Barrieren führen darüber hinaus die **Lehrpersonen aus den Bildungseinrichtungen** Probleme im Führungsverhalten (21,6%), eine Überforderung des Pflegepersonals (10,6%) und fehlende politische Richtlinien²⁴ (6,8%) als Barrieren bei der Umsetzung demenzsensibler Konzepte an. (vgl. Abb. 16).

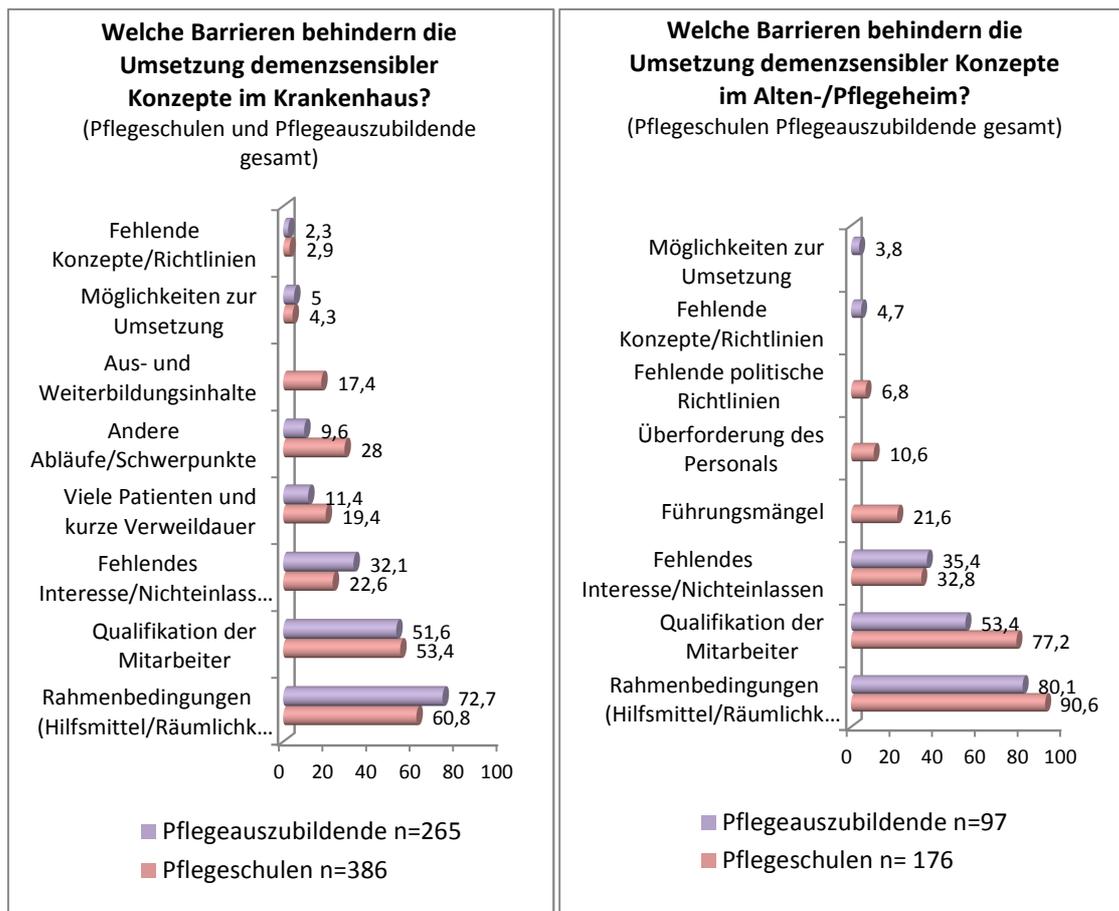


Abb. 16: Umsetzung demenzsensibler Konzepte – Barrieren im Krankenhaus und in der stationären Langzeitpflege

²⁴Z. B. unzureichende Fachkräftequote und mangelnde Pflegezeit.

Für den ambulanten Versorgungsbereich werden von den **Pflegeauszubildenden** als weitere Barrieren neben den bereits genannten Aspekten Rahmenbedingungen und Qualifikation der Pflegenden die „fehlende Integration und Probleme mit Angehörigen“ genannt (10,1%). Die **Schul- und Bereichsleitungen** benennen ebenso diese Umsetzungsschwierigkeiten. Darüber hinaus heben die Schul- und Bereichsleitungen hervor, dass Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte zum Thema Demenz nicht ausreichend sind (14,8%) (vgl. Abb. 17).

Im Versorgungsbereich Tagespflege kommt für **Pflegeauszubildenden** neben den Rahmenbedingungen und der Qualifikation der Mitarbeiter/innen als weitere Barriere die fehlende kontinuierliche Betreuung durch zu viele Patienten mit kurzer Verweildauer (21,6%) als Hemmnis für die Umsetzung demenzsensibler Konzepte hinzu (vgl. Abb. 17). Die **Schul- und Bereichsleitungen** empfinden diese Aspekte ebenso hinderlich. Darüber hinaus machen die befragten Personen aus den Pflegeschulen deutlich, dass sie die Umsetzungsmöglichkeiten als schwierig erachten (16,4%) und Demenz in Aus- und Weiterbildung zu wenig thematisiert wird (13,4%) (vgl. Abb. 17).

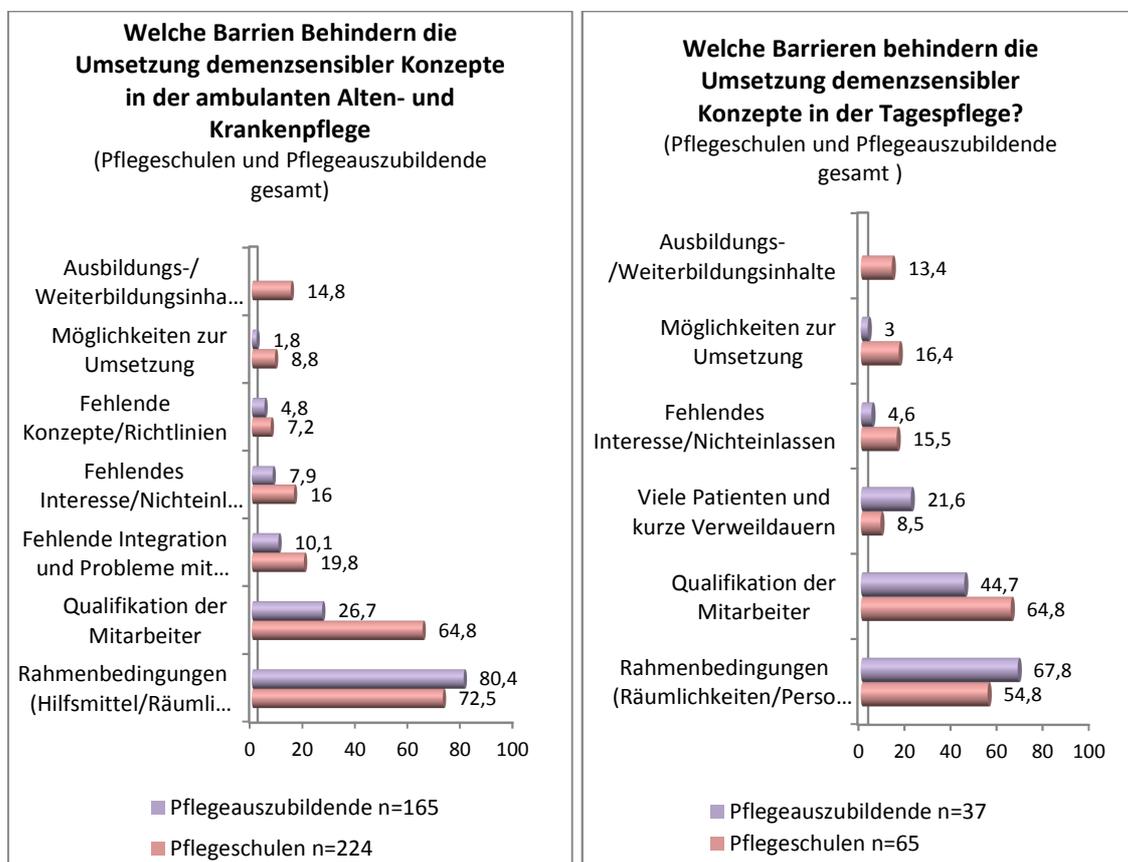


Abb. 17: Umsetzung demenzsensibler Konzepte – Barrieren in der ambulanten Alten-/Krankenpflege und Tagespflege

Die nachstehende Tabelle 2 verschafft einen Überblick über die größten Hindernisse bei der Umsetzung demenzsensibler Konzepte in den dargestellten Versorgungsbereichen.

Tab. 2: Überblick der Barrieren

Überblick - Barrieren in den einzelnen Versorgungsbereichen			
Krankenhaus	Stationäre Langzeitpflege	Ambulante Kranken- und Altenpflege	Tagespflege
<ul style="list-style-type: none"> Rahmenbedingungen (Personal, Zeit etc.) Qualifikation der Mitarbeiter/innen Fehlendes Interesse/Sich-Einlassen Möglichkeiten zur Umsetzung Fehlende Konzepte/Richtlinien Aus- und Weiterbildungsinhalte Viele Patienten/innen kurze Verweildauer Andere Abläufe/Schwerpunkte 	<ul style="list-style-type: none"> Rahmenbedingungen (Personal, Zeit etc.) Qualifikation der Mitarbeiter/innen Fehlendes Interesse/Sich-Einlassen Möglichkeiten zur Umsetzung Fehlende Konzepte/Richtlinien Führungsmängel Überforderung des Personals Fehlende politische Richtlinien 	<ul style="list-style-type: none"> Rahmenbedingungen (Personal, Zeit etc.) Qualifikation der Mitarbeiter/innen Fehlendes Interesse/Sich-Einlassen Möglichkeiten zur Umsetzung Fehlende Konzepte/Richtlinien Aus- und Weiterbildungsinhalte fehlende Integration von pflegenden Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> Rahmenbedingungen (Personal, Zeit etc.) Qualifikation der Mitarbeiter/innen fehlendes Interesse/Sich-Einlassen Möglichkeiten zur Umsetzung Aus- und Weiterbildungsinhalte Viele Patienten/innen kurze Verweildauer

4.5 Aktueller und zukünftiger Bedarf an demenzspezifischen Konzepten im Krankenhaus

Um Aussagen zum Stellenwert der Versorgung demenzbetroffener Menschen insbesondere für das Krankenhaus treffen zu können, wird nachfolgend der aktuelle und zukünftige Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen aufgezeigt. Dazu konnten auf einer Skala von 0 (gar kein Bedarf) bis 10 (sehr hoher Bedarf) die Bedarfe an demenzspezifischen Kompetenzen im Krankenhaus von den Schulleitungen und Auszubildenden eingeschätzt werden.

- Aktueller Bedarf demenzspezifischer Kompetenzen im Krankenhaus**

Deutlich wird, dass sowohl die Schulleitungen als auch die Auszubildenden aus beiden Berufsrichtungen den aktuellen Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen im Krankenhaus relativ hoch einschätzen. Für den aktuellen Bedarf ergibt sich laut der Schulleitungen der Altenpflege ein Mittelwert von 7 für die Schulleitungen der Gesundheits- und Krankenpflege von 7,5. Die Schüler/innen weichen davon nur geringfügig ab (AP = MW: 6,4 und GKP = MW: 7,0) (vgl. Abb. 18).

- **Zukünftig zu erwartender Bedarf demenzspezifischer Kompetenzen im Krankenhaus**

Der zukünftige Bedarf demenzspezifischer Kompetenzen im Krankenhaus wird von allen Befragungsgruppen mit einem Mittelwert von über 8 deutlich höher als der aktuelle Bedarf eingeschätzt. Zwischen Schulleitungen und Auszubildenden insgesamt gibt es nur geringfügige Unterschiede (Lehrende: MW=8,9 Auszubildende MW=8,6) (vgl. Abb. 19).

Die Daten verdeutlichen den bereits heute schon bestehenden, insbesondere aber zukünftig äußerst hohen Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen des Pflegepersonals in Krankenhäusern (vgl. Abb. 18; 19).

Wie hoch schätzen Sie den aktuellen Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen im Krankenhaus ein?

Pflegeschulen: GKP (n = 308; keine Angabe = 31); AP (n = 225; keine Angabe = 16)
Pflegeauszubildende: GKP (n = 339; keine Angabe = 39); AP (n = 153; keine Angabe = 16)

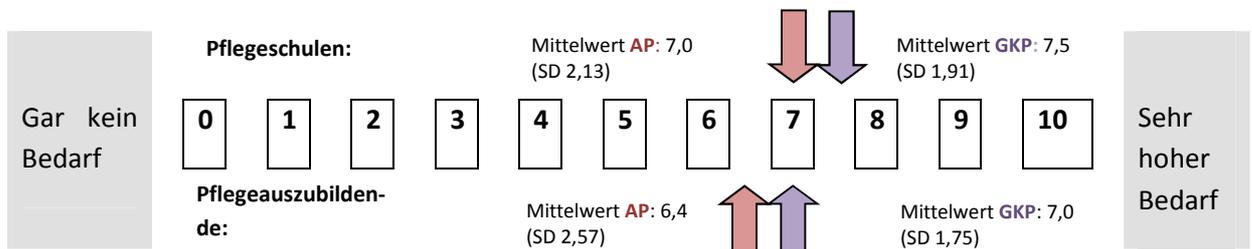


Abb. 18: Aktueller Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen

Wie hoch schätzen Sie den zukünftigen Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen im Krankenhaus ein?

Pflegeschulen: GKP (n = 271; keine Angabe = 68); AP (n = 196; keine Angabe = 45)
Pflegeauszubildende: GKP (n = 316; keine Angabe = 62); AP (n = 136; keine Angabe = 33)

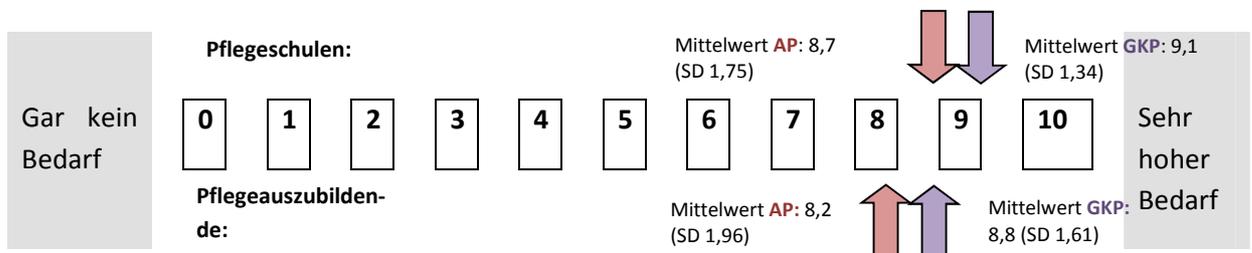


Abb. 19: Zukünftiger Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen

5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Fazit

Das primäre Ziel der vorliegenden Studie besteht darin, abzubilden, inwieweit das Thema Demenz bzw. demenzspezifische Kompetenzen bereits im Rahmen der Pflegeausbildung vermittelt werden. Die Ausgangsüberlegung ist, dass derzeit eine nachhaltige Verbreitung demenzsensibler Konzepte insbesondere im Akutkrankenhaus kaum gewährleistet werden kann. Pflegeschulen könnten hier einen wesentlichen Beitrag leisten, dann, wenn es darum geht, möglichst frühzeitig umfassende Informationen zur Kompetenzvermittlung und zum Stellenwert der Versorgung demenzbetroffener Menschen im Krankenhaus schon im Rahmen der Pflegeausbildung zu erhalten. Bislang liegen dazu keinerlei Daten vor. Deshalb entschied sich das projektdurchführende Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, für eine bundesweite Onlinebefragung aller Kranken- und Altenpflegeschulen (derzeit 1293) sowie deren Pflegeauszubildenden (insgesamt wurden 2.467 Auszubildende angeschrieben). Nach dem Erhebungszeitraum Februar bis Mai 2011 konnten die Daten von 678 Pflegeschulen sowie 564 Pflegeauszubildende ausgewertet werden.

Die zentralen Ergebnisse der Studie liefern erstmals deskriptive Daten zur bisherigen Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen in den Pflegeschulen sowie deren Praxistransfer. Darüber hinaus geben die Daten Auskunft über den aktuellen und zukünftigen Bedarf an demenzspezifischen Konzepten im Krankenhaus und zeigen den Optimierungsbedarf der Pflegeschulen und Praxislernorte auf. Die nachfolgenden Ergebnisse werden entlang der für die Studie forschungsleitenden Annahmen zusammenfassend dargestellt:

- **„Die Verbreitung demenzsensibler nicht-medikamentöser Konzepte im Krankenhaus wird erschwert durch den geringen Stellenwert von Therapie und Versorgung demenzerkrankter älterer Patient/innen an Pflegeschulen (Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung)“**

Diese Annahme wird nur zum Teil bestätigt: Deutlich wird, dass der Themenbereich „Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz“ bereits in hohem Maße sowohl in den *Altenpflegeschulen* als auch in den *Bildungseinrichtungen der Gesundheits- und Krankenpflege* curricular verankert ist. Die Relevanz demenzspezifischer Kompetenzen wird sowohl von den Schul- und/oder Bereichsleitungen als auch den Pflegeauszubildenden beider Berufsfelder gleichermaßen als sehr hoch eingeschätzt (vgl. Kap. 4.1). Leichte Unterschiede ergeben sich dahingehend, dass die Befragten aus den *Gesundheits- und Krankenpflegeschulen* mehrheitlich die Vermittlung sowohl in der Altenpflege- als auch in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung für bedeutsam erachten, während die Schulleitungen aus der *Altenpflege* diesen Bereich bislang stärker innerhalb ihres eigenen Berufsfeldes als relevant ansehen.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass insbesondere **die Gesundheits- und Krankenpflege eine hohe Relevanz in der Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen** innerhalb ihres Ausbildungsganges sehen. Dabei liegt die Zuständigkeit der demenzspezifischen Kompetenzvermittlung in der *Gesundheits- und Krankenpflege* in erster Linie bei den Pflegepädagogen/innen. Auf die Expertise von externen Experten, Gerontologen/innen sowie Gerontopsychiater/innen wird dagegen in den *Altenpflegeschulen* deutlicher zurückgegriffen.

- „Im Gegensatz zu den Schulen der Gesundheits- und Krankenpflege verfügen die Altenpflegeschulen über vielfältige Ansätze zur pflegerischen Versorgung demenzkranker älterer Menschen“

Diese Annahme wird im Rahmen der Studie bestätigt: Innerhalb der Untersuchung wurde eine Vielzahl von unterschiedlichen demenzsensiblen Ansätzen und Theorien abgefragt und in Themenbereiche zusammengefasst. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede zwischen den beiden Ausbildungsgängen: Während in der *Altenpflegeausbildung* alle fünf Themenbereiche annähernd gleich hoch gewichtet werden, konzentriert sich die theoretische Vermittlung demenzspezifischer Themen in der *Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung* verstärkt auf **Umgangs- und Interaktionsformen** (z. B. Kommunikationsformen, Umgang mit herausforderndem Verhalten) sowie **medizinisch-pflegerische Ansätze** (z. B. Testverfahren, medikamentöse Ansätze). Wahrnehmungs- und Körperorientierte Ansätze (z. B. Basale Stimulation, Snoezelen), Betreuungsansätze (z. B. Tagesstrukturierende Maßnahmen) sowie spezielle Theorien und Ansätze (z. B. Personenzentrierter Ansatz nach Kidwood) werden bislang nur untergeordnet ins Unterrichtsgeschehen integriert (vgl. 4.1).

Unterschiede zwischen den Ausbildungsgängen zeigen sich ebenso **methodisch-didaktisch** bezogen auf die Vermittlung des Themenfelds Demenz. Innerhalb der *Altenpflegeausbildung* erfolgt neben der theoretischen Bearbeitung demenzspezifischer Themenfelder in höherem Umfang eine Übungs-, Anwendungs- und Praxisphase. Das ist innerhalb der *Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung* in weitaus geringerem Maße festzustellen, d. h. hier liegt der Schwerpunkt vor allem in der theoretischen Wissensvermittlung. Ein Transfer bereits erworbenen Wissens in Form von praktischer Anwendung findet deutlich weniger statt. Das zeigt sich besonders bei demenzsensiblen Ansätzen wie Tagesstrukturierende Maßnahmen, Biographiearbeit und Validation (vgl. Kap. 4.2).

Die Daten zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf in den Praxislernorten auf, insbesondere der **Theorie-Praxis-Transfer** ist aus Sicht der Pflegeschulen und der Auszubildendenverbesserungsbedürftig. Als **Optimierungsmaßnahmen** werden vor allem von den Auszubildenden der *Gesundheits- und Krankenpflege* konkrete Anwendungsmöglichkeiten in den praktischen Lernorten sowie ein stärkerer Praxisbezug im Unterricht genannt. Die *Altenpflegeauszubildenden* wünschen sich eine engere Kooperation zwischen den Lernorten und mehr Ressourcen zur Umsetzung demenzsensibler Ansätze. Darüber hinaus werden von den *Pflegeschulen* als Verbesserungsmaßnahmen insbesondere ein vermehrter theoretischer Bezug in der Pflegepraxis sowie eine verbesserte Qualifikation der Praxisanleiter genannt.

Der hohe **Stellenwert demenzspezifischer Kompetenzen**, insbesondere für die Versorgungsbereiche Krankenhaus, ambulante Pflege, stationäre Altenpflege und Tagespflege wird anhand der häufigen Arbeitssituationen deutlich, in denen die Pflegeauszubildenden in den Praxislernorten mit der Pflege von Menschen mit Demenz beauftragt werden: So geben die Auszubildenden *beider Ausbildungsgänge* (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) mehrheitlich an, dass sie sehr häufig (täglich bis mehrmals wöchentlich) mit der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz betraut werden. Während die Häufigkeit und Kontinuität des Umgangs mit Menschen mit Demenz für die *Altenpflegeauszubildenden* vor Beginn der Studie zu vermuten war, zeigt sich diese für die *Gesund-*

heits- und Krankenpflegeauszubildenden insbesondere im Versorgungssetting Krankenhaus in überraschend hohem Umfang (vgl. Kap. 4.3).

Die Daten zeigen zudem, dass die **Praxiseinsätze** der Auszubildenden im Wesentlichen in den jeweiligen Berufsfeldern stattfinden. So hatten fast die Hälfte der Auszubildenden der *Gesundheits- und Krankenpflege* bislang noch keinen Einsatz in der Altenpflege und umgekehrt. Ebenso kommt die Tagespflege als praktischer Einsatzort vergleichsweise wenig vor.

Wie bedeutend die Übungsmöglichkeiten in den Praxislernorten für das **Sicherheits- und Kompetenzzempfinden** der Auszubildenden sind, zeigt die Einschätzung der eigenen Kompetenzen. Nicht einmal ein Drittel der befragten *Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden* fühlt sich zum Zeitpunkt der Befragung sicher in der Pflege und Begleitung von demenzbetroffenen Menschen. Die *Altenpflegeauszubildenden* zeigen ebenfalls Kompetenzunsicherheiten, aber nicht in einem so hohen Maße. Zu bedenken ist, dass sich 80% der befragten Auszubildenden bereits im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr befinden (vgl. Kap. 4.3).

Kompetenzunsicherheiten in der Demenzbetreuung treten in *beiden Berufsgruppen* insbesondere dann auf, wenn die Auszubildenden mit herausforderndem Verhalten (z. B. Aggressionen) konfrontiert werden oder sie das Gefühl haben, dass sie den Demenzerkrankten nicht verstehen bzw. unsicher bezüglich der tatsächlichen Bedürfnisse sind. Ebenso bereitet es den Auszubildenden Schwierigkeiten, mit der Hilflosigkeit der Angehörigen umzugehen.

Die **Umsetzung demenzsensibler Konzepte** wird von allen Befragten in den Einsatzorten der Altenpflege am höchsten eingeschätzt. Der höchste Umsetzungsgrad findet nach Ansicht der *Auszubildenden* in der stationären Altenpflege statt, während die *Schulleitungen* Tagespflegeeinrichtungen als die Vorreiter in der Umsetzung demenzsensibler Konzepte benennen. Das Krankenhaus erreicht nach Ansicht beider Befragungsgruppen den niedrigsten Umsetzungsgrad (vgl. Kap. 4.3).

Die größten **Barrieren** bei der Implementation demenzsensibler Konzepte in die Versorgungsbereiche Krankenhaus, stationäre Altenpflege, ambulante Pflege sowie Tagespflege lassen sich wie folgt zusammenfassen: Unzureichende Rahmenbedingungen wie Zeit, Personal und finanzielle Ressourcen; mangelnde Qualifikationen der Mitarbeiter/innen und ein fehlendes Interesse oder „Sich-Nicht-Einlassen-Wollen“. Als weitere Umsetzungshindernisse im Krankenhaus werden insbesondere die für Akutkliniken typischen Arbeitsabläufe und Schwerpunkte sowie die hohen Patientenzahlen bei kurzer Verweildauer genannt. In der ambulanten Pflege kommt als weitere Barriere die Integration der Angehörigen bei der Umsetzung demenzsensibler Konzepte hinzu (vgl. Kap. 4.4).

Der **zukünftige Bedarf an demenzspezifischen Kompetenzen** im Krankenhaus wird von allen Befragungsgruppen deutlich höher als der aktuelle Bedarf eingeschätzt. Dabei zeigen die Ergebnisse aus der *Gesundheits- und Krankenpflege* etwas höhere Werte im Vergleich zur *Altenpflege*.

Resümierend zeigen die IPP-Daten sehr eindrucksvoll, dass die Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen vor allem im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zukünftig deutlich stärker zu berücksichtigen ist. Insgesamt gilt es eine intensivere Auseinandersetzung mit und Integration von demenzsensiblen Konzepten im Krankenhaus gezielt zu forcieren. Denn obwohl das Thema Demenz von der Mehrheit der Befragten eine große Relevanz zugeschrieben wird und eine curriculare Verankerung stattgefunden hat, wirkt sich das nur sehr begrenzt auf den Kompetenzerwerb der Auszubildenden, insbesondere im Versorgungssetting Krankenhaus aus. Um aktuell und zukünftig eine adäquate Versorgung von Menschen mit Demenz in Akutkliniken zu gewährleisten, bedarf es entsprechender Maßnahmen, die bereits in der Pflegeausbildung beginnen. Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen setzen hier an mit dem Ziel, Pflegeauszubildende angemessen auf die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Demenz vorzubereiten.

6 Handlungsempfehlungen

Auf der Grundlage der in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Studienergebnisse lassen sich folgende Empfehlungen bzw. Handlungserfordernisse herausarbeiten:

- **Curricula: Demenzsensible Konzepte müssen noch stärker Eingang in die Curricula finden**

Obwohl eine theoretische Wissensvermittlung in relativ hohem Umfang stattfindet, treten nach wie vor große Kompetenzunsicherheiten insbesondere bei den Gesundheits- und Krankenpflegeauszubildenden auf. Notwendig ist dort zum Beispiel das regelmäßige Üben und Wiederholen von demenzsensiblen Konzepten innerhalb des Unterrichts, wie dies in der Altenpflegeausbildung z. B. in Form von Rollenspielen schon jetzt geschieht. Trotzdem sind innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung zukünftig verstärkte Anstrengungen erforderlich, um den Bekanntheits- und Umsetzungsgrad demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäuser zu steigern.

- **Themenschwerpunkte: Stärkere Ausrichtung auf Betreuungs-, Wahrnehmungs-, und Körperorientierte Ansätze**

Weiterhin wird vor allem für die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung angeraten, die inhaltlichen Schwerpunkte zum Thema Demenz stärker auf Betreuungskonzepte und Wahrnehmungs- sowie Körperorientierte Ansätze zu erweitern, wie sie für den Bereich der Altenpflege häufig eingesetzt werden. Hier könnten bereits bestehende Konzepte (z. B. Tagesstrukturierende Maßnahmen, Biographiearbeit, Validation) für die Krankenhauspflege überprüft und ggf. modifiziert übertragen werden.

- **Gezielte Kompetenzvermittlung: Bessere Vorbereitung im Umgang mit demenzspezifischen, herausfordernden Verhaltensweisen und Angehörigenarbeit**

Im Detail wird deutlich, dass in beiden Ausbildungsgängen (Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege) ein erweitertes Kompetenzprofil in Richtung Umgang mit Aggressionen bzw. herausfordernden Verhaltensweisen in höherem Maße als bislang erforderlich ist. Darüber hinaus ist eine vertiefende Auseinandersetzung in der Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit Demenz zu empfehlen, um Kompetenzunsicherheiten gezielt vorzubeugen.

- **Gestaltung der Lehr-/Lernprozesse: Vermehrte Einbindung externer Experten/innen**

Daneben sind bei der Vermittlung demenzspezifischen Wissen neben den Pflegepädagogen/innen die Fachexpertise von externen Experten/innen, Gerontologen/innen etc. einzubeziehen, um die notwendige Sensibilisierung für die Situation demenzerkrankter Menschen im Krankenhaus in einen möglichst interdisziplinären und multiperspektivischen Kontext zu stellen.

- **Theorie-Praxis-Transfer: Bildung von Lernortkooperationen mit handlungsweisender Verstetigung von Übungsmöglichkeiten**

Zur Sicherstellung des Theorie-Praxis-Transfers bedarf es vor allem in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung in höherem Maße kontinuierliche Trainingsmöglichkeiten in den Praxiseinrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, um berufliche Handlungskompe-

tenz im Bereich Demenz zu erwerben. Denn das Einüben demenzsensibler Konzepte durch praktisches Anwenden und Üben des „Handling“ im Umgang mit demenzerkrankten Menschen ist entscheidend für einen erfolgreichen Transfer dieser Konzepte von der Ausbildung in die Praxis. In Frage kommen z. B. standardisierte Transferaufgaben bzw. Handlungsstandards, die gemeinsam mit dem Lernort Schule entwickelt werden oder auch die Bearbeitung konkreter Fallbeispiele. Dafür ist eine stärkere Lernortkooperation zwischen Pflegeschulen und Praxislernorten erforderlich, um eine theoriegeleitete berufspraktische Ausbildung zu gewährleisten. Nur so lässt sich eine allgemeingültige Akzeptanz und breite Umsetzung demenzsensibler Konzepte in Akutkliniken erreichen.

- **Praxisanleitung: Anerkennung, stärkere Einbindung und Qualifizierung**

Weitere Optimierungsbedarfe ergeben sich innerhalb der Praxislernorte. Insgesamt ist ein Bewusstsein für die hohe Bedeutung der praktischen Ausbildung in den Praxiseinrichtungen zu entwickeln und umzusetzen, indem z. B. Anleitungszeiten systematisch eingeplant werden und eine Anerkennung und Stärkung der Rolle der Anleiter/innen auf Führungsebene erfolgt. Daneben ist eine Ausweitung der Qualifizierung von Praxisanleiter/innen über die adäquate Versorgung von Menschen mit Demenz erforderlich.

- **Ausweitung der Praxiseinsätze: Mehr Kenntnisse aus anderen Versorgungssettings**

Durch eine Ausweitung der Praxiseinsätze, z. B. in Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation, der Gerontopsychiatrie sowie der Tagespflege können auch andere praktische Konzepte zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen gezielt erfahren werden. Dabei gehört auch das Wissen über die demenzspezifischen Milieus dieser Versorgungsbereiche ebenso wie die Schnittstellenproblematik zwischen stationärer Langzeitpflege und Akutkrankenhaus.

- **Rahmenbedingungen: Schaffung eines „demenzfreundlichen Milieus“**

Es sind generell veränderte Rahmenbedingungen zur Verbesserung der Versorgungssituation demenzerkrankter Menschen in Krankenhäusern auf der Verhältnis- und Verhaltensebene notwendig. Dabei stehen im Rahmen der Verhältnisebene räumliche, sächliche, personelle und organisatorische Veränderungen im Vordergrund. Die Verhaltensebene fokussiert die Qualifizierung der Mitarbeiter/innen quer durch alle Berufsgruppen. Im Rahmen der o.a. Bildung von Lernortkooperationen können die Pflegeschulen gemeinsam mit den Akutkliniken Fortbildungen zum Thema Demenz bzw. demenzsensibler Konzepte anbieten und so eine Verbreitung demenzspezifischen Wissens und Verhaltens durch geschulte Mitarbeiter/innen in Akutkliniken aktiv unterstützen. Ein erweitertes Wissen und Verständnis für die besondere Problemlage demenzbetroffener Menschen bei allen Mitarbeiter/innen im Krankenhaus stellt eine grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung demenzsensibler Konzepte dar.

- **Transfer zwischen den Pflegeausbildungsgängen: Schaffung berufsfeldübergreifender Schul- und Praxiskooperationen**

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass insbesondere die Altenpflegeschulen über vergleichsweise vielfältige demenzsensible Ansätze verfügen. Deshalb sind Schul- und Praxiskooperationen zwischen den Ausbildungsstätten der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege anzuraten. Gezielt geplante und begleitete berufsfeldübergreifende Praxisprojekte tragen zu einem de-

menzspezifischen Kompetenzerwerb unabhängig der Versorgungsbereiche bei. Eine nachhaltige Verstärkung solcher Kooperationen könnte z. B. über curricular festgeschriebene Praxisprojekte innerhalb des zweiten Ausbildungsjahrs erfolgen. Im Zusammenhang mit einer zukünftig zu erwartenden gemeinsamen (generalistischen) Pflegeausbildung (vgl. u. a. DBR 2007; BMFSFJ 2008; Stöver 2010) können diese bestehenden Kooperationen dann optimal genutzt werden.

Insgesamt belegt die Studie, dass bereits innerhalb der Pflegeausbildung mehr zur Vermittlung demenzspezifischer Kompetenzen getan werden muss. Der große Anteil von Auszubildenden, die mit der Pflege von demenzerkrankten Menschen beauftragt werden, bedarf deutlich ein Mehr an demenzspezifischen Kompetenzen, insbesondere für deren Versorgung im Krankenhaus. Hier wird dringender Handlungsbedarf deutlich, wie das folgende Zitat einer Schulleitung aus der Gesundheits- und Krankenpflege eindrucksvoll belegt:

„Das Thema Demenz ist im Krankenhaus leider noch nicht richtig angekommen, die dementen Patienten aber sehr wohl“ (652 GKP).

Neben den Ausbildungsstätten bedarf es innerhalb der Versorgungseinrichtungen des Engagements von Seiten der Führungsebene, um zukünftig eine stärkere Sensibilisierung für Menschen mit Demenz bei Pflegekräften zu erreichen. Schließlich sind öffentliche Entscheidungsträger, Krankenkassen, Versorgungseinrichtungen und Forschung gefragt, vermehrt gezielte Bemühungen vorzunehmen, um den aktuellen und zukünftig noch höheren demenzspezifischen Erfordernissen im Krankenhaus adäquat zu begegnen. Nur so kann entscheidend zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen beigetragen, gleichzeitig belastende Arbeitsbedingungen reduziert und die Arbeitszufriedenheit erhöht werden. Diese „Nebeneffekte“ haben insbesondere in Zeiten von Fachkräftemangel und schlechtem Image der Pflegeberufe eine zunehmend hohe Bedeutung.

Literatur

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2008): Pflegeausbildung in Bewegung – Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe. Schlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. http://www.pflegeausbildung.de/ergebnisse_und_materialien/PiB_Abschlussbericht.pdf (Stand: 5/2010).

Bortz, J.; Döring, N. (2003): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin/Heidelberg/New York: Springer

DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (2007): Pflegebildung offensiv: Das Bildungskonzept des Deutschen Bildungsrats für Pflegeberufe 2006. München: Urban & Fischer.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2008): Die Epidemiologie der Demenz. Zahlen zur Häufigkeit der Erkrankung. Infoblatt 1. www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37#c913 (Stand: 5/2010).

Dinkel, R. H. & Lebok, U. H. (1997): The effects of dementia in German acute care hospitals. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 8, Nr. 5: 314-319.

Dutzi, I.; Hestermann, U.; Müller, E. & Oster, P. (2006): Geriatriisch-Internistische Station für Akuterkrankte Demenzpatienten (GISAD) Zwischenbericht des Modellprojektes. Heidelberg. Unveröffentlichtes Manuskript.

Friedrich, J. & Günster, C. (2005): Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung der DRGs (2002-2004). In: Klauber, B.; Robra, B. P. & Schellschmidt, H. (Hg.): *Krankenhaus-Report 2005 - Wege zur Integration*. Stuttgart: Schattauer: 153-204.

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Projekte mbH (GSP) (2007): Versorgung demenzkranker Menschen im Krankenhaus - Stand der Forschung und Versorgungsansätze Auszug aus dem Bericht des Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld.

Gurlit, S. (2006): Der alte Mensch im OP. www.alzheimerforum.de/2/8/4/284inh.html (Stand: 5/2010).

Hafner, M. & Meier, A. (2005): Geriatriische Krankheitslehre Teil 1 - Psychiatrische und neurologische Syndrome. Bern: Hans Huber.

Karlsson, I. (1999): Drugs that induce Delirium. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 10, Nr. 5: 412-415.

Kleina, T. & Angerhausen, S. (2007): Problematisch: Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus. In: *Geriatric Journal* 1: 3333-3335.

Kleina, T. & Wingenfeld, K. (2007): Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Bielefeld.

Kirchen-Peters, S. (2009): Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Zwischenbericht für die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken.

Kirchen-Peters, S. (2005): Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus: Krisenerlebnis oder Chance für psychisch kranke alte Menschen? Ergebnisse des Modellprojektes „Gerontopsychiatrischer Konsiliar- und Liaisondienst“. Saarbrücken.

Mavundla, T. R. (2000): Professional nurses perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 32, Nr. 6: 1569-1578.

Reichwaldt, W. & Diefenbacher, A. (2001): Die Rolle der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in der gerontopsychiatrischen Versorgung. Eine Einführung. In: Psychiatrie und Altenhilfe News 1: 27-30.

Rohrbach, E. (2006): Allgemeinkrankenhaus. In: Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I. & Wolff, S. (Hg.): Lehrbuch psychiatrische Pflege. Bern: Hans Huber: 1034-1041.

Statistisches Bundesamt (2008): Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Stöver, M. (2010): Die Neukonstruierung der Pflegeausbildung in Deutschland. Eine vergleichende Studie typischer Reformmodelle zu Gemeinsamkeiten und Differenzen sowie deren Nachhaltigkeit. Lage: Jacobs.

Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus - Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern.

Anhang

ERHEBUNGSINSTRUMENTE:

FRAGEBOGEN SCHUL- UND BEREICHSLEITUNGEN (A1)

FRAGEBOGEN AUSZUBILDENDE (A2)



**Institut für Public Health
und Pflegeforschung**

Fachbereich 11
Grazer Straße 4
28359 Bremen

IPP Geschäftsstelle

Grazer Straße 4
28359 Bremen
Phone (+49) (+)421 - 218 68880/-68980
E-Mail health@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Ipp-Schriften, Ausgabe 08

Titel: Demenzsensible nicht medikamentöse
Konzepte in Pflegeschulen

08/2012
ISSN 1864-4546 (Printausg.)
ISSN 1867-1942 (Internetausg.)