

Einführung in das LOGBUCH Demenz

Herausgeber:



2009 – 2011 gefördert durch:



Herstellung der Neuauflage
gefördert durch:



Hinweise und Hilfestellungen für Fachberatungsstellen

Hartmut Emme von der Ahe unter Mitwirkung von
Sandra Blome, RA Hubert Klein, Ursel Schellenberg,
Birte Steffen und Susanne Zander

Seite 3 – 4	Vorworte
Seite 5 – 6	Einführung
Seite 7 – 9	Allgemeine Hinweise für Beraterinnen und Berater
Seite 10 – 11	Zwischenbilanz nach sechs Jahren im Beratungseinsatz und Informationen zur Neuauflage
Seite 12	Grenzen der LOGBUCHbasierten Beratung
Seite 13 – 20	Die einzelnen LOGBUCH-Blätter – Hintergründe und Handhabung
Seite 21 – 25	Exemplarische Schilderung von einem Beratungsprozess
Seite 26 – 27	Anmerkungen

Die Gesellschaft wird immer älter. So erfreulich es für uns alle ist, dass die Lebenserwartung steigt, müssen wir uns aber auch mit den damit verbundenen Gesundheitsrisiken auseinandersetzen. Ein Risikofaktor mit zunehmendem Alter sind demenzielle Erkrankungen. Die Wahrscheinlichkeit nach dem 65. Lebensjahr an Demenz zu erkranken, erhöht sich wissenschaftlichen Berechnungen zufolge kontinuierlich. Leben heute in Deutschland etwa 1,3 Millionen Betroffene, wird die Anzahl von Demographen für das Jahr 2050 auf 2,6 Millionen prognostiziert. Eine große Herausforderung für die Gesellschaft und für alle am Gesundheitssystem Beteiligten.

Die Entwicklung haben wir als Gesundheitskasse erkannt und freuen uns, dass wir uns seit Jahren mit vielen Kooperationspartnern im Trägerverbund Demenz im Kreis Minden-Lübbecke engagieren dürfen. Menschen mit Demenz benötigen durch die mit der Krankheit einhergehende eingeschränkte Alltagskompetenz besondere Unterstützung, häufig sowohl durch professionelle Hilfe als auch durch Angehörige, die möglicherweise die Betreuung, Familie und Beruf organisieren müssen. Zusammen mit unseren Kooperationspartnern haben wir das LOGBUCH Demenz entwickelt und unterstützen dieses Projekt seit sechs Jahren.



Tom Ackermann
*Vorstandsvorsitzender
der AOK NW*

Das LOGBUCH soll die Versorgung betroffener Menschen verbessern und die selbstständige Lebensführung unterstützen, so dass der Erkrankte möglichst lange in seinem familiären und vertrauten Umfeld verbleiben und dort betreut werden kann. Außerdem erleichtert und entlastet es die Zusammenarbeit der Angehörigen mit allen an der Versorgung Beteiligten, wie etwa professionellen Pflegediensten oder Ärzten.

In diesem Jahr wurde das LOGBUCH Demenz neu aufgelegt. Die Ergebnisse aus jahrelanger Anwendungserfahrung haben wir bei der Neuauflage berücksichtigt. Es enthält neben den persönlichen Daten des Betroffenen u.a. wichtige Informationen zur medizinischen und pflegerischen Situation. Ebenso sind Ansprechpartner, Hinweise zu Verfügungen und Vollmachten, Angaben zur Wohnsituation und Hilfsmitteln enthalten. Aus unserer Sicht ist es ein gelungenes und innovatives Arbeitsinstrument sowohl für den Alltag als auch für den Notfall.

Vorwort

Trägerverbund Demenz

Im Mai 2005 haben die PariSozial Minden-Lübbecke/Herford gGmbH und die Diakonie Stiftung Salem gGmbH zur Ergänzung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen eine Kooperationsvereinbarung geschlossen und den Trägerverbund Demenz im Kreis Minden-Lübbecke ins Leben gerufen. Als Ziele wurden u. a. definiert:

- Stärkung des trägerübergreifenden, unabhängigen, klientenorientierten Aspektes der psychosozialen Unterstützungsangebote
- Ermöglichung einer vielseitigeren und umfangreicheren Angebotspalette für die Betroffenen und Verbesserung der Erreichbarkeit für betroffene Familien
- Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch die unterschiedlichen örtlichen Zuständigkeiten
- Sektorübergreifende Bearbeitung von zielgruppenspezifischen Versorgungs- und Kooperationsdefiziten angesichts der Vielgliedrigkeit und Versäulung des deutschen Gesundheitswesens

Diesen Zielen sind wir in den zurückliegenden zwölf Jahren sehr viel näher gekommen. Zum Trägerverbund Demenz gehört mittlerweile auch das Diakonische Werk im Kirchenkreis Vlotho e.V. Zudem hat sich im Jahr 2014 die Arbeitsgemeinschaft DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke konstituiert. Neben dem Trägerverbund Demenz engagieren sich dort die Pflegekassen (AOK NordWest, ARGE der BKKen OWL und die IKK classic), Leben mit Demenz – Alzheimergesellschaft im Kreis Minden-Lübbecke, der Kreis Minden-Lübbecke, die Mühlenkreiskliniken und Vertreter der Haus- und Fachärzte. Über 200 Institutionen und Dienste haben kreisweit die Charta des Netzes unterzeichnet und ca. 480 Demenzbetroffene und ihre Familien werden jedes Jahr neu ins Netz vermittelt und versorgt.



Kerstin Hensel
Vorstand
Diakonisches Werk im
Kirchenkreis Vlotho e.V.



Christian Schultz
Geschäftsführung
Diakonie Stiftung
Salem gGmbH



Thomas Volkening
Geschäftsführer
PariSozial Minden-
Lübbecke/Herford gGmbH

Eine Netzwerkleistung ist die LOGBUCHbasierte Beratung und Schulung. Sie greift auf den Patientenpass LOGBUCH Demenz zurück, der von 2009 bis 2011 entwickelt wurde. Mit der jetzt vorgelegten Neuauflage des LOGBUCH Demenz blicken wir auf 6 Jahre Anwendungserfahrung zurück. In dieser Zeit sind weit über 1000 LOGBÜCHER mit den Demenzbetroffenen und ihren Familien erarbeitet worden – in Kostenträgerschaft der gesetzlichen Pflegekassen und auf Initiative von COMPASS Private Pflegeberatung für die Privatversicherten.

Zu Dank verpflichtet sind wir an erster Stelle den Menschen mit Demenz und ihren Familien, die uns schon so viele Jahre ihr Vertrauen schenken. Danken dürfen wir aber ebenso den Kolleginnen und Kollegen im Demenzfachdienst, die mit hohem Engagement und stetig wachsender Fachlichkeit die Beratung der Familien schultern. Dann möchten wir die Gelegenheit nutzen, den vielen Kooperationspartnern, Unterstützern, Forschungspartnern und Kostenträgern für ihre engagierte und konstruktive Mitwirkung beim Aufbau des Hilfenetzwerkes zu danken. Unser besonderer Dank gilt dabei der AOK NordWest, die uns von Beginn an fachlich und fördernd viele Entwicklungsoptionen eröffnet hat. Auch die Neuauflage des LOGBUCHs verdanken wir der Förderung durch die AOK NordWest.

Entstehung LOGBUCH Demenz

Das hier vorliegende LOGBUCH Demenz wurde im Modellvorhaben „Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem“ (LOTTA) entwickelt.² Zu Beginn des Modellvorhabens stand für Menschen mit Demenz kein umfassendes demenzspezifisches Arbeits- und Dokumentationsinstrument für die Schnittstellen im Versorgungsmanagement zur Verfügung. Das LOGBUCH Demenz schließt diese Lücke. Es ist ein innovatives Arbeitsinstrument, da es den Beratungsprozess in der Familie begleitet und darstellt, allen Akteuren wichtige Informationen zur Versorgungssituation bietet, als Notfallmappe für den Notarzt und die Krankenhauseinweisung dient, den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügt und das Empowerment der pflegenden Angehörigen fördert. In erster Linie unterstützt das LOGBUCH die Sammlung und Verfügbarkeit von wichtigen Informationen. Ziel ist es, alle wichtigen Regelungen und Unterlagen greifbar zu haben. Das LOGBUCH Demenz hilft den an der Begleitung, Betreuung und Pflege Beteiligten, sich schnell und gezielt einen Eindruck über die vorliegende Lebens- und Versorgungssituation zu machen.

Mensch mit Demenz einbeziehen

Das Konzept des LOGBUCHs ist dem personenzentrierten Ansatz verpflichtet. Es wurde versucht die Blätter so anzulegen, dass sie auch mit dem Demenzpatienten selbst und nicht nur für ihn ausgefüllt werden können. Die Grundperspektive ist die der Person und nicht die der Erkrankung, auch wenn letztere Anlass ist, in das LOGBUCH zu schauen. Die Beratungsarbeit rund um das LOGBUCH Demenz ist als Teil positiver Personenarbeit zu verstehen. Insbesondere, aber nicht nur frühdiagnostizierten Patienten mit Demenz müssen im Zusammenhang mit der LOGBUCH-Erstellung und der LOGBUCH-Nutzung personale De-traktionen³ erspart werden.

Bei der Konzepterstellung und Gestaltung des LOGBUCH Demenz wurde auf Erfahrungen und Entwicklungen des geriatrischen „Patientenpass Ostfildern“⁴, die Gesundheitsmappe des Bethanienkrankenhauses⁵, die Gesundheitsmappe „Alles im Blick – Meine Gesundheit“ der BAGSO⁶, den Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus der Deutschen Alzheimergesellschaft sowie zahlreiche Erkenntnisse und Erfahrungen aus den Vorprojekten in der Modellregion Kreis Minden-Lübbecke⁷ zurückgegriffen. Die einzelnen LOGBUCH-Blätter wurden mit Fachleuten diskutiert und im Laufe des

Projekts mehrfach überarbeitet. Das LOGBUCH wurde nach Erscheinen im Jahr 2011 im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesgesundheitsministeriums auch in der Stadt Ahlen und im Hochsauerlandkreis implementiert. Zeitgleich wurde das LOGBUCH auch durch Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg – LeDeHa rezipiert und zum Kursbuch Demenz weiterentwickelt⁸. Im Kreis Paderborn wurde mit Instrument „Mein roter Faden für Menschen mit Demenz und Angehörige“ ein ähnlicher Ansatz durch die Arbeitsgruppe Netzwerk Demenz etabliert.⁹ Im Jahr 2016 haben die Fachberaterinnen und Fachberater im DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke die bisherigen Beratungserfahrungen vor Ort und die Rezeption in anderen Demenznetzen ausgewertet und die jetzt vorliegende Neuauflage des LOGBUCH Demenz angestoßen.

Das für Dritte nutzbare LOGBUCH Demenz ist in der Regel aber erst das Ergebnis eines Beratungsprozesses im Bereich Pflege und Demenz durch professionelle Berater.¹⁰ In der LOGBUCHbasierten Demenzberatung wird diese Sammlung wichtiger Informationen zusammengetragen. Eine sorgfältige indikationsspezifische Fachberatung legt den Grundstein für einen erfolgreichen und nachhaltigen Einsatz des LOGBUCH Demenz. Durch die Kooperation mit den anderen Akteuren im Gesundheitssystem (Ärzte, Therapeuten, Pflegedienstmitarbeiter etc.) sind vertiefende Informationen zu einzelnen Fragen zusammenstellbar.

Insgesamt wurde das LOGBUCH Demenz in der Erprobungsphase im Projekt LOTTA von den Familien dankend angenommen. Die meisten Familien bekamen hiermit erstmalig Struktur in ihre Unterlagen. Das Ausfüllen überließen die Familien jedoch gerne der Patientenbegleitung, insbesondere ältere pflegende Angehörige scheuten sich, selbst Eintragungen vorzunehmen, in der Angst etwas falsch zu machen. Jüngere Pflegepersonen möchten hingegen die Einträge häufig selbst vornehmen, um einen besseren Überblick zu bekommen und zu wissen, an welchen Stellen die betreffenden Informationen zu finden sind. Der Zwischenevaluation zur Akzeptanz des Instruments durch die Katholische Fachhochschule Mainz¹¹ im Februar 2011 ist zu entnehmen, dass „eine überwiegend gute Akzeptanz des LOGBUCHs festgestellt werden kann (etwa ein Drittel sehr gut, 45 % eher gut). Nur bei ca. 20 % der Fälle ist die Akzeptanz im schlechten Bereich angesiedelt.“

Instrument für die Demenz- beratung

Erfahrungen in der Entwick- lungsphase

Anleitung für Berater

Mit den nachfolgenden „Allgemeinen Hinweisen für Beraterinnen und Berater“ möchten wir der professionellen Demenzfachberatung eine Hilfe an die Hand geben, welche Beratungsthemen das LOGBUCH abdeckt, wie ein Beratungsprozess angelegt werden sollte und wie die Patienten und ihre Begleit- und Pflegepersonen befähigt werden können, das LOGBUCH Demenz über einen längeren Zeitraum auf einem aktuellen Stand zu halten. Eine regelmäßige Aktualisierung erhält den Nutzwert des LOGBUCH Demenz. In den Hinweisen finden sich Verweise auf den thematischen Hintergrund des jeweiligen Blattes und praktische Tipps zum Ausfüllen.

Gliederung

Das LOGBUCH Demenz ist in 3 Abteilungen (jeweils in anderen Farben gekennzeichnet) mit insgesamt 10 Blättern und einer Dokumentenhülle gegliedert. Dazu kommen in der Neuauflage 2017 wahlweise drei Ergänzungsblätter, die als Download zur Verfügung gestellt werden. Im Anschluss an das jeweilige Blatt können und sollen ergänzende Informationen eingeklebt werden, z.B. auch die Ergänzungsblätter. In der Dokumentenhülle ist Stauraum für Dokumente, die aufgrund ihres Formats oder ihrer Beschaffenheit nicht eingeklebt werden können. So stellt das LOGBUCH eine Mischung aus strukturierten Vorgaben und personspezifischen Ergänzungen dar.

■ **Abteilung „Grunddaten und Vertretungsrechte“**

Auf den Blättern 1 und 2 erhalten die Leser einen Überblick über die Inhalte des LOGBUCHS Demenz, eine Grundinformation zum LOGBUCH und es sind die persönlichen Daten des Menschen mit Demenz sowie seine wichtigsten Ansprechpartner festgehalten. Das Blatt 3 bietet Wissenswertes aus der Lebensgeschichte. Dazu können die Ergänzungsblätter „Antriebe und Grundwerte“ und „Wochenplan und Tagesstrukturierung“ gewählt werden. Die Blätter 4 – 5 enthalten Vertretungsrechte, weitere rechtliche Regelungen und Weisungen für die ambulante und stationäre Versorgung.

Blätter 1 – 5

■ **Abteilung „Weitere Kontakte und Ereignisse“**

In der Abteilung „Weitere Kontakte und Ereignisse“ (Blätter 6 – 7) finden sich Angaben zu allen beteiligten Personen im persönlichen Hilfenetzwerk sowie eine Übersicht der wichtigsten Termine und Ereignisse.

Blätter 6 – 7

■ **Abteilung „Wissenswertes zu meiner Lebenssituation“**

In der Abteilung „Wissenswertes zu meiner Lebenssituation“ (Blätter 8 – 10) sind alle relevanten Informationen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wie der Wohnsituation inklusive Tipps zum Umgang und bewährten Hilfen. Hier kann eine „Ausführliche Einschätzung zur Orientierung und herausforderndem Verhalten“ als Ergänzungsblatt dazu kombiniert werden.

Blätter 8 – 10

■ **Dokumentenhülle für Medikamentenübersicht Ausweise, Pässe und andere Dokumente**

Die Dokumentenhülle für Medikamentenübersicht, Ausweise, Pässe und andere Dokumente am Ende des LOGBUCH Demenz dient zum Sammeln von Dokumenten, die nicht direkt den Abteilungen zugeordnet werden sowie für Ausweise und Medikamentenpläne (WICHTIG!).

Dokumentenhülle

Rolle des Beraters bei der Erstellung des LOGBUCH Demenz

Erfahrungsgemäß kann das LOGBUCH Demenz nicht ohne die fachkundige Begleitung durch eine Pflege- bzw. Demenzfachberatungsstelle ausgefüllt werden. Berater begleiten die Demenzbetroffenen durch die Erstellung des LOGBUCH Demenz. Dabei verlaufen die Prozesse Beraten und Dokumentieren synchron. Berater sind die Experten für die sozialpflegerischen Fragestellungen der Demenzpflegefamilien. Sie beraten zu allen persönlichen, sozialen, pflegerischen, rechtlichen und ethischen Fragen rund um die Demenz oder schalten zur Klärung dieser Fragen andere Kooperationspartner ein. Das Blatt 8a ist durch den behandelnden Hausarzt auszufüllen. Der Patient und die pflegenden Angehörigen sind die Experten für die Lebenssituation des Menschen mit Demenz und sollen durch das LOGBUCH in ihrem Expertentum unterstützt werden. Zu diesem Zweck erkennen, ermitteln und fördern die Beratenden die Ressourcen im Patientensystem im Sinne eines nachhaltigen Empowerments. Ziel der LOGBUCHbasierten Basisversorgung bei Demenz ist es, dem Patientensystem Grundlagen für das eigenständige Handeln im Hilfesystem zu vermitteln, damit die beteiligten Personen so lange wie möglich den Unterstützungs- und Behandlungsweg bestimmen können. Die Beratenden sind Lotsen im Hilfesystem, indem sie im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe das notwendige Wissen vermitteln, Barrieren der Hilfeinanspruchnahme abbauen, dadurch passende Zugänge zum Versorgungssystem schaffen und diesen Prozess im LOGBUCH dokumentieren.

Anlegen und Ergänzen, Führen und Aktualisieren des LOGBUCH Demenz

Das LOGBUCH Demenz schöpft aus zwei Traditionen. Mit seiner professionellen Initiierung nimmt es Bezug auf die im Krankenhausbereich entwickelten geriatrischen Patientenpässe (Ostfildern/Bethanien), die als Instrument im Überleitungsmanagement für die ambulante Weiterversorgung konzipiert sind. Und es nimmt Bezug auf die Selbsthilfetradition der Patientenpässe aus der ambulanten Laienperspektive (BAGSO u.a.). Angelegt wird das LOGBUCH als Teil eines Beratungsprozesses. Spätestens mit dem Fallabschluss des Beratungsprozesses liegt auch das gebrauchsfertige LOGBUCH Demenz für den Klienten bzw. Patienten vor. Das LOGBUCH wurde bewusst als Sammelmappe angelegt, so dass einerseits vorgegebene Blätter ausgefüllt werden können. Andererseits müssen nicht alle Blätter ausgefüllt werden. Sie können entweder entnommen werden oder aber unausgefüllt durch-

gestrichen werden. Bedeutsam ist aber auch, dass zum gegebenen Zeitpunkt weitere Dokumente eingeklebt bzw. in die Dokumentenhülle am Ende eingeklebt werden können. Nach der Erstanlage des LOGBUCHs kann und sollte es also weitergeführt und auch regelmäßig aktualisiert werden.

Im Handbuch zum Patientenpass Projekt Ostfildern ist zu lesen:

„Die Verfügungsgewalt des Patienten über ‘seine’ Informationen beginnt bereits beim Ausfüllen. Der Patient wird gefragt, ob ein solches Dokument angelegt werden soll. Der Patient wird informiert, dass er das Recht hat, bestimmte Abschnitte nicht ausfüllen zu lassen. Diese Abschnitte sollen durchgestrichen werden, damit klar ist, dass sie nicht vergessen wurden, sondern bewusst nicht ausgefüllt wurden. Es entspricht dem Sinn des Patientenpasses, dass der Patient ermuntert wird, nach der Bedeutung von Informationen zu fragen.“

Ebenso gilt dies für das LOGBUCH Demenz – allerdings ist hier abzuwägen, wer informiert wird und wer diese Entscheidungen fällt.

Die zeitnahe Überprüfung auf Aktualität ist entscheidend für den Gebrauchswert des LOGBUCHs. Dritte sind auf die Aktualität der wesentlichen Informationen über den Patienten angewiesen. Daher sind die Patienten und ihre Begleit- und Pflegepersonen aufgefordert, die zu erhebenden Daten und Informationen immer wieder auf Vollständigkeit zu überprüfen, zum Beispiel bei Veränderungen des Gesundheitszustandes und dem damit verbundenen Verlust an Selbstständigkeit oder z.B. bei Vorliegen eines neuen Pflegegutachtens. Wichtig dabei ist, die alten Dokumente herauszunehmen und durch die neuen zu ersetzen, damit die Fülle der Informationen überschaubar bleibt. Sofort zu aktualisieren sind Medikamentenpläne, ärztliche Bescheinigungen, Gutachten und Ausweise. Das Nachhalten der Informationen zu Ansprechpartnern, wichtigen Terminen und Ereignissen sollte zeitnah erfolgen.

Ersatzblätter für das Aktualisieren des LOGBUCHs sind über das DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke zu beziehen und dort sind auch die Ergänzungsblätter der Neuauflage 2017 erhältlich: www.demenznetz.info. →

Verfügungsgewalt

Aktualität und Vollständigkeit der gesammelten Unterlagen

Bezug von Ersatz- und Ergänzungsblättern

Planung des Beratungsprozesses

Die klientenorientierte Arbeit mit dem LOGBUCH Demenz ist ein längerer Prozess, möglicherweise über mehrere Monate. Im Beratungskontakt stellt sich schnell heraus, wo mögliche Defizite bzw. ein Unterstützungsbedarf besteht. Der Beratungsprozess ist aber konsequent am Tempo und den Bedürfnissen der Klienten angepasst zu gestalten. Dabei liegt die Priorität auf den Themen, deren Klärung für die Klienten Vorrang haben. Das heißt, der Klient bestimmt die Richtung des Beratungsgesprächs und -prozesses. Der Pflege- bzw. Demenzfachberater unterstützt den Prozess mit seinen fachlichen Kenntnissen. Fachlich geboten ist die Ermittlung der vorliegenden Risiken und Ressourcen sowie die Rückmeldung des Ergebnisses im Beratungsprozess. Für die Ermittlung der Bedarfe und Risiken können unterschiedliche Instrumente eingesetzt werden.¹²

Kleinschrittigkeit

Fachlich geboten ist zudem die Kleinschrittigkeit in der Bearbeitung der Themen. Es dürfen nicht mehr als drei Themen je Beratungseinheit von 60 bis maximal 90 Minuten angesprochen werden.¹³ Patienten/Angehörige sind dankbar, wenn sie so weit als möglich eine Strukturvorgabe im Beratungsprozess erhalten. Der Berater stimmt in diesem Kontext mit dem Klienten oder deren Angehörigen auch die Prioritäten ab, nach denen das LOGBUCH ausgefüllt bzw. vervollständigt wird.

Ermittlung von Risiken und Ressourcen

Im Modellvorhaben LOTTA wurde eine Risiko-Ressourcen-Matrix zur strukturierten Erfassung der Probleme und Fähigkeiten verwendet. Sie ist als Download verfügbar unter: www.projekt-lotta.de. Durch die Arbeit mit der Risiko-Ressourcen-Matrix wird auch deutlich, welche Bereiche keiner weiteren Bearbeitung bedürfen, aber dem Patientensystem als Ressourcen und (schon) gelungene Unterstützungsarbeit gespiegelt werden können.

Elementare Bestandteile des LOGBUCH Demenz sind die Blätter 2 und 4, da dort die Namen der Ansprechpartner sowie die rechtlichen Regelungen aufgeführt sind. Nach dem Ausfüllen dieser Blätter kann das LOGBUCH – dies ist der frühest mögliche Zeitpunkt – an das Patientensystem ausgegeben werden.

Es gilt die Regel: Je früher das LOGBUCH in der Familie ist, je besser und je früher die Familie an der Erstellung mitwirkt, je besser. Noch nicht ausgefüllte Blätter können vorerst beim Berater bleiben. Entsprechend dem Beratungsprozess werden die LOGBUCH-Blätter dann nach und nach bearbeitet bzw. ergänzt und auch eingeheftet. Zielführend ist es, mit den Familien bewältigbare eigene Arbeitsaufgaben für die Zeit zwischen den Beratungsterminen zu besprechen.

Durch die Bearbeitung der Blätter 2, 4, 5 und 6 wird frühzeitig ein Bewusstsein für die Klärung der Fragen zu Vertretungsrechten und die Aufgabenteilung im späteren Pflegeverlauf erreicht. Diese Klärung bedarf in einigen Familien eines längeren Prozesses, da einige Familienmitglieder ihre (zukünftigen) Rollen noch nicht geklärt haben. Die Begleitung dieses Prozesses ist eine wichtige Aufgabe des Beraters. Primäres Ziel ist dabei also nicht das Ausfüllen des LOGBUCHs. Im LOGBUCH bildet sich ab, wie Patient und Hauptpflegeperson die für den Pflegeprozess nötigen assertiven Verhaltensweisen (soziale Fähigkeit, um Unterstützung von anderen zu bekommen) entwickelt haben und zu einer familiären Lastenteilung gekommen sind.¹⁴ Die Gewichtung der anderen Blätter ist der Lebenssituation des Klienten und dem Stadium der Erkrankung anzupassen.

Es muss mit den Klienten genau überlegt werden, welche Bereiche nach vorheriger Anleitung von den Klienten selbst ausgefüllt werden können, z.B. „Wissenswertes zur Lebensgeschichte“ oder „Wichtige Termine und Ereignisse“ und wie sich die Klienten auf einen Beratungstermin vorbereiten können, z.B. durch das Vorsortieren von ärztlichen Berichten. Gezieltes Empowerment erhöht die Motivation der Klienten bzw. der Angehörigen, das LOGBUCH möglichst selbstständig zu führen. Sie übernehmen schneller Verantwortung für das Führen und Nachhalten des LOGBUCHs. Ihnen sind aber immer alle notwendigen Informationen zu den Themenbereichen zu vermitteln und die Möglichkeit der Hilfestellung anzubieten. →

**Grundregel:
Beraten vor
Ausfüllen**

**Empowerment
als Beratungs-
strategie**

Edukative Interventionen können den Beratungsprozess flankieren

Im Zuge des Beratungsprozesses kann es sinnvoll sein, den pflegenden Angehörigen die Teilnahme an häuslichen Schulungen oder einer Gruppenschulungsreihe nach §45 SGB XI anzubieten oder persönlich durchzuführen, da in diesen die Themen Krankheitsbild, rechtliche Sicherung, Leistungen der Pflegekassen und Entlastungsangebote umfangreich thematisiert werden. Im Modellvorhaben „EDe – Entlastungsprogramm bei Demenz“ des Trägers wurde zudem festgestellt, dass im Patientensystem ein großer Bedarf an pflegfachlichen Anleitungen im Sinne des §45 SGB XI besteht. Vorrangige Themen sind hier: Inkontinenz, Sturzgefährdung und Ernährung.

Erwartbare Beratungsdauer

Während der ersten Beratungsbesuche muss der Berater eine Einschätzung des zu erwartenden Beratungsbedarfes vornehmen. Den ersten Evaluationsergebnissen ist zu entnehmen, dass jüngere Angehörige die Informationen zur LOGBUCHANlage und -führung in der Regel schneller aufnehmen als Ältere. Der Beratungsprozess kann hier reduziert werden. Bei älteren Teilnehmern besteht häufig eine Hemmschwelle, die gemeinsam mit dem Berater überwunden werden muss. Hier muss mehr Beratungszeit eingeplant werden. Durch das Einbeziehen weiterer Angehöriger kann sich der Prozess verlängern, führt jedoch auch oft dazu, dass Aufgaben im familiären Netzwerk besser aufgeteilt werden. Die tatsächliche Dauer variiert im Beratungskontext deutlich. Können Angehörige für die Übernahme der Bearbeitung einzelner Bereiche gewonnen werden, verkürzt sich die Erstellungsdauer erheblich und es reichen zwei bis drei Beratungskontakte zur Fertigstellung. Können die Angehörigen die Bearbeitung des LOGBUCHs nicht vorbereiten und werden alle Bereiche durch den Berater erstellt, kann es durchaus auch zu vier bis sechs Beratungskontakten kommen.

Eine Beraterin berichtet:

„Der Versuch, die Angehörigen selbst das Buch während der Beratung ausfüllen zu lassen, gelingt nicht immer und dauert, je nach Schreibroutine, lange. Deshalb wäge ich dies ab und entscheide, ob der Zeitaufwand dem Ziel der Identifikation mit dem Buch entspricht oder eher ein Hemmnis darstellt.“

Praktische Tipps

Zwischenbilanz nach sechs Jahren im Beratungseinsatz und Informationen zur Neuauflage

Im Juli 2011 wurde die erste Auflage des LOGBUCH Demenz beim Kuratorium Deutsche Altershilfe veröffentlicht.¹⁵ Genau sechs Jahre später ging im Juli 2017 eine Neuauflage an den Start. Der Patientenpass für Menschen mit Demenz und ihre Familien hat sich im Kreis Minden-Lübbecke fest etabliert und wurde weiterentwickelt. Im DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke (www.demenznetz.info) sorgt der Demenzfachdienst für die Beratung von Versicherten mit einer Demenz. In Kostenträgerschaft der Pflegekassen bekommen die Versicherten dort eine umfassende Demenzfachberatung angeboten, die im LOGBUCH Demenz dokumentiert werden kann. Das DemenzNetz wurde in vier Förderphasen von 2003 bis 2015 aufgebaut. In der letzten Förderphase (2012 – 2015) wurde der proaktive Ansatz in der Ansprache der Betroffenen weiterentwickelt, seitdem verläuft die Demenzfachberatung in zwei Arbeitsphasen.¹⁶ Erst in der zweiten Arbeitsphase kommt das LOGBUCH Demenz zum Einsatz.

Erste Arbeitsphase: Identifikation der Betroffenen, Basisberatung und Vermittlung in weitere Unterstützung

Um die Betroffenen so früh wie möglich und proaktiv erreichen zu können, hat sich ein breites Netz an Kooperationspartnern gebildet, die die Betroffenen identifizieren und erstberaten. Im Anschluss werden alle, die weiterberaten werden wollen, durch einen Beratungsgutschein weitervermittelt. Dieser wichtige Beratungsschritt hat Türöffnerfunktion für die weitere Versorgung. Über die Jahre hat sich hierbei insbesondere der Medizinische Dienst der Krankenversicherung als bedeutender neuer Türöffner entwickelt. Im laufenden Jahr 2017 wurden schon 25 % der Versicherten durch ihn ins Netz vermittelt, so dass dann der Demenzfachdienst seine Beratungstätigkeit aufnehmen kann. Diese beinhaltet in dieser Phase auch eine individuelle Bedarfsermittlung mit der Risiko-Ressourcen-Matrix, die deutlich macht, welche Hilfen und Kontakte nötig sind, um ein gutes Leben trotz Demenz führen zu können. Ziel ist es, dass danach alle Versicherten an einen Dienstleister ihrer Wahl weitervermittelt sind, eine verlässliche Versorgungskette entstehen kann und keiner das Gefühl haben muss „allein dazustehen“. Die Versicherten werden zur Qualität dieser Einstiegsleistung der ersten Arbeitsphase befragt und beurteilen sie sehr positiv.

Wie bewerten Sie die Eingangsberatung zum DemenzNetz hinsichtlich...

Antworten in % mit	sehr gut	gut
...zeitnaher Kontaktaufnahme?	71%	26%
... einfühlsamer Beratung?	79%	20%
... verständlicher Information?	78%	22%
... Berücksichtigung eigener Fragen?	83%	17%
... Vermittlung zu weiteren Hilfen?	78%	22%

Ergebnisse der Teilnehmerbefragung 2015 und 2016 (2015/2016, n = 1274) Bewertung in Schulnoten (1 – 6)

Im Anschluss kann die Beratung LOGBUCHbasiert fortgeführt werden, d.h. der anschließende Beratungsprozess wird im LOGBUCH Demenz dokumentiert und teils auch strukturiert. Strukturiert in dem Sinne, dass alle wichtigen Beratungsthemen angesprochen, entwickelt und spätestens beim Fallabschluss dokumentiert an die Familien übergeben werden. Im Vordergrund steht die fortlaufende, persönliche Begleitung durch eine Beraterin. Beratungsziele und -inhalte, Geschwindigkeit und Empowerment werden individuell verständigt und richten sich nach den Potenzialen in den Pflegehaushalten. In den zurückliegenden fünf-einhalb Jahren hat der Demenzfachdienst über 1000 solcher Beratungsprozesse durchgeführt und die Abbrecherquote war sehr gering.

Zweite Arbeitsphase: Persönliche Begleitung über einige Monate und Erarbeiten des LOGBUCH Demenz

	2012	2013	2014	2015	2016	1. Halbj. 2017
abgeschlossene Beratungen	84	137	173	142	137	56
laufende Beratungen	25	49	45	53	48	47
abgebrochene Beratungen	6	17	10	9	19	3
Summe	115	203	228	204	204	106

Anzahl der LOGBUCHbasierten Beratungen von 2012 bis 2017

Zwischenbilanz nach sechs Jahren im Beratungseinsatz und Informationen zur Neuauflage

Auswertung und Weiterentwicklung des LOGBUCH Demenz

In den Jahren 2016 und 2017 hat der Demenzfachdienst drei wichtige Auswertungsschritte unternommen, um die bisherige Arbeit weiter zu entwickeln. Es wurde eine Bachelorarbeit unterstützt, die durch Interviews mit den Fachberaterinnen ermittelt hat, ob und inwieweit der Beratungsansatz den ZQP-Qualitätskriterien für Pflegeberatung entspricht (1). Zudem haben alle Beraterinnen in fünf Auswertungsworkshops ihre Arbeit reflektiert und dabei den Patientenpass überarbeitet. In der Folge wurde die Neuauflage realisiert (2) und auch die hier vorliegende Einführung für Fachberater (3) aktualisiert.

ZQP-Qualitätskriterien für Pflegeberatung werden erfüllt

Eine Perspektivenwerkstatt des Zentrums für Qualität in der Pflege hat 2016 einen Qualitätsrahmen für professionelle Beratungsangebote in der Pflege erarbeitet und konsentiert, der von unterschiedlichen Beratungsanbietern genutzt werden kann, um die „Qualität ihres Ansatzes zu prüfen und weiter zu entwickeln“. Diese Möglichkeit haben die Beraterinnen des Demenzfachdienstes im Kreis Minden-Lübbecke genutzt und sich zu den fünf Qualitätsbereichen für die Beratung in der Pflege befragen lassen: (1) Rahmenbedingungen und Infrastruktur, (2) Theoretische und konzeptionelle Fundierung, (3) Kompetenz und Qualifizierung, (4) Beratungsinhalte und (5) Beratungsprozess. Ergebnis der leitfadengestützten Interviews war, dass die Erfüllungskriterien in allen Bereichen abgedeckt sind. Die Autorin resümiert: *„Es kann festgehalten werden, dass der Kreis Minden-Lübbecke eine gute Beratungsstruktur und -qualität für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen anbietet. Im Hinblick auf den demografischen Wandel und der damit verbundenen steigenden Anzahl von Menschen mit Demenz wäre es richtungweisend, diese Strukturen als Mindestanforderung in ganz Deutschland zu übernehmen.“*¹⁷

Hinweise zur Neuauflage des LOGBUCHs

In der Auswertung der bisherigen Arbeit mit dem LOGBUCH stellte sich schnell heraus, dass neben formalen und fachlichen Korrekturen und Präzisierungen auch ein Bedarf an Ergänzung gesehen wurde. Gleichzeitig wurde aber deutlich, dass weder die Ressourcen der Familien noch der Berater eine zeitliche Ausweitung zulassen. So musste bei der Überarbeitung ein Kompromiss gefunden werden zwischen Wünschenswertem und Leistbarem. Die Lösung besteht in der optionalen Bereitstellung von Ergänzungsblättern. Zu den bewährten und überarbeiteten Inhalten sind drei weitere Blätter gekommen, die bei Bedarf

eingesteuert werden können und als Download bereitgestellt werden. Das Ergänzungsblatt „Antriebe und Grundwerte“ hat sich in der Biografiearbeit bewährt und kann für die Erarbeitung des Blattes 3 „Wissenswertes aus meiner Lebensgeschichte und Alltagsaktivitäten“ hilfreich zum Einsatz kommen. Das Ergänzungsblatt „Ausführliche Einschätzung zur Orientierung und herausforderndem Verhalten“ kann das Blatt 9 „Meine pflegerische Situation“ aufwerten. Das Ergänzungsblatt „Wochenplan und Tagesstruktur“ ist dem Beratungsthema „Betreuung, sinnstiftende Aktivitäten und Beschäftigung“ zugeordnet und auch hinter dem Blatt 3 anzusiedeln. Die Ergänzungsblätter stehen auf der Homepage des DemenzNetzes im Kreis Minden-Lübbecke www.demenznetz.info zum Download bereit. Darüber hinaus können natürlich auch weiterhin beliebig viele individuelle Zusatzinformationen in den einzelnen Kategorien dazu geheftet werden, so dass ein sehr persönlicher und gleichzeitig aussagekräftiger Patientenpass entsteht.

Eine komplette Neugestaltung hat das Blatt „Meine pflegerische Situation“ erfahren. Exemplarisch soll hier das Item „Essen und Trinken“ aufgegriffen werden, weil es im Beratungsprozess immer von zentraler Bedeutung ist und eine hohe Relevanz für Lebens- und Versorgungsqualität hat, wenn es zu Versorgungsübergängen kommt, z.B. ins Krankenhaus, in die Kurzzeitpflege oder auch nur bei ergänzender, stundenweiser Betreuung.

Nach einer langen und ausführlichen Diskussion wurde das Titelblatt neu gestaltet, der Titel LOGBUCH Demenz aber beibehalten. Strittig war, ob der Begriff Demenz im Titel beibehalten oder ersetzt werden soll? Dabei wurde auch die auf der Abschlusstagung des Hamburger Projekts „Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg – LeDeHa“¹⁸ geführte Diskussion um den Titel „Kursbuch/LOGBUCH Demenz“ aufgegriffen. Verkürzt gesagt: Die Option der Umbenennung in „LOGBUCH Gesundheit“ wurde schließlich fallen gelassen zugunsten einer flexiblen Deckblattgestaltung, die das (besonders in Frühstadien der Erkrankung) anstoßerregende Wort „Demenz“ im Titel zurückdrängt, aber grundsätzlich beibehält. Das vorgefertigte Deckblatt kann in der Neuauflage nun bei Bedarf auch ganz durch ein kreativ gestaltetes Ersatzblatt ausgetauscht werden.

Neugestaltung von Blättern

Festhalten am Titel LOGBUCH Demenz

Eine LOGBUCHbasierte Beratung bei Demenz ist immer auch eine Pionierarbeit, weil unser Gesundheitswesen und auch die zeitgenössischen Beratungsansätze den Umgang mit einem Patientenpass, seiner kooperativen Erarbeitung und Nutzung nicht gewöhnt sind. Welche Grenzen der LOGBUCHbasierten Beratung haben sich bislang gezeigt?

- **Methodisch:**

Im Vorfeld der LOGBUCHbasierten Beratung muss eine Grundberatung erfolgen, weil in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf und der Entwicklung der Hilfeannahme das LOGBUCH erst zeitverzögert nachgefragt wird.

- **Seitens der Erkrankten selbst:**

Demenzfachberatung ist mehr als Angehörigenberatung. Die Erkrankten in den Beratungsprozess einzubeziehen ist „state of the art“. Besonders in späten Stadien ist dies allerdings nicht immer sinnvoll und teils auch kontraindiziert. Mitwirkungsmöglichkeiten des Demenzbetroffenen sind zu schaffen oder aber auch bewusst auszuklammern, wenn der Sinn des LOGBUCHs nicht mehr vermittelt werden kann.

- **Seitens der Familien:**

Bereitschaft und Befähigung zur Erstellung und Aktualisierung sind längst nicht bei allen Bezugs- und Pflegepersonen gegeben. Insbesondere Klienten im Übergang in die stationäre Langzeitpflege sowie Klienten mit sehr hochaltrigen Bezugspersonen profitieren nicht von einer LOGBUCHbasierten Beratung.

- **Seitens der Akteure im Gesundheitswesen:**

Die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Erstellung, der Förderung und der eigenen Nutzung des LOGBUCHs hat sich in der Region in den zurückliegenden Jahren langsam aufgebaut. Fachlich wird der Ansatz in der Regel positiv bewertet, in der Praxis dann aber anders gehandelt. Mit dem Patientenrechtegesetz (2013) ist die Pflicht zum Zusammenwirken der Akteure im Gesundheitswesen festgeschrieben worden.

- **Gefahr der Überfrachtung:**

Das LOGBUCH ist person- und patientenzentriert angelegt. Institutionelle Bedürfnisse konnten berücksichtigt werden, aber sie können nicht ersetzt werden, z.B. als Ersatz für eigene, dienstspezifische Dokumentationspflichten. Auch kann ein LOGBUCH keinen Bogen zur Vorbereitung der MDK-Begutachtung enthalten. Gleichwohl wurde im Blatt 9 in der Neuauflage auch die Bewertungslogik des Pflege-stärkungsgesetzes II aufgenommen, allerdings in einer Dreiteilung: selbstständig, eingeschränkt selbstständig und unselbstständig.

- **Besonders der schnelle und eilige Nutzer**

des LOGBUCHs steht in der Gefahr, das Instrument im ersten Anlauf nicht gezielt genug zu erfassen. Die Gefahr der Unterschätzung des Nutzwertes kann nur durch Einführungsveranstaltungen für die Akteure im Gesundheitswesen bearbeitet werden. Für die (Not-)Ärzte wurde extra ein grüner Reiter zum Aufsuchen des Blattes 8a geschaffen.

- **Entwicklungsstand der Patientensouveränität:**

Die Beachtung des LOGBUCHs führt automatisch zu einem größeren Respekt vor dem Patientenwillen. Im LOGBUCH drückt sich dieser Wille in einer ungewohnten Form aus, die sich erst im Versorgungsalltag durchsetzen will.

- **Kostenträgerschaft für die Leistungserbringung einer Demenzfachberatung:**

Die allgemeine Pflegeberatung ist leistungsrechtlich im SGB XI und den Landespflegegesetzen etabliert. Dies hat der Gesetzgeber bislang für die spezielle Indikation Demenz noch nicht realisiert. Versicherte mit einer Demenz und ihre Angehörigen haben somit keinen eindeutigen Leistungsanspruch und es gibt vereinzelt Pflegekassen, die die Kostenübernahme ablehnen.

Zum LOGBUCH-Blatt 2: **Meine persönlichen Daten und wichtigsten Ansprechpartner**

Hintergrund Akteure im Versorgungsmanagement finden hier einen schnellen Überblick über die Basisdaten des Menschen mit Demenz und seiner primären Ansprechpartner und gegebenenfalls vorhandener Vertretungsrechte. Auf der Rückseite werden die jeweiligen Zuständigkeiten für den Fall einer Fremdbetreuung, speziell auch für den stationären Aufenthalt (Krankenhaus, Kurzzeitpflege, Rehabilitation) geklärt. Das Personal in versorgenden Einrichtungen kann sich bei der Benachrichtigung der jeweiligen Ansprechpartner an deren Zuständigkeit orientieren.

Rooming-in für Angehörige Viele pflegende Angehörige haben vor der erstmaligen Aufnahme eines Menschen mit Demenz in ein Akutkrankenhaus noch keine Vorstellung von den daraus resultierenden Problemen. Sie denken oft, dass mit der Bekanntgabe der Diagnose Demenz das Personal für eine umfassende Versorgung entsprechend der Erkrankung sorgen kann. Erst wenn der Angehörige im Krankenhaus aufgenommen ist, werden die Defizite auf beiden Seiten deutlich. Wenn Menschen mit Demenz in ein Krankenhaus oder eine Reha-Klinik müssen, gibt es fast immer Komplikationen. Das Verhalten der Patienten führt im straff organisierten Umfeld einer Klinik zu Überforderung und Verunsicherung. Nicht selten folgt in der Klinik auf sogenanntes auffälliges Verhalten die Gabe von „ruhigstellenden“ Medikamenten und Fixierung. Mit dem „Rooming-in“¹⁹ steht in manchen Kliniken eine Möglichkeit zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz zur Verfügung. Beim „Rooming-in“ kann für die Dauer des Krankenhaus- bzw. Klinikaufenthaltes eine Bezugsperson in den Krankenhausaufenthalt mit einbezogen werden. In der Beratung sollten die Möglichkeiten des Prinzips des „Rooming-in“ vorgestellt und genau erarbeitet werden, welcher Angehörige für das „Rooming-in“ in Frage kommt. Vorab ist zu klären, welche Krankenhäuser und Kliniken „Rooming-in“ anbieten. Bei elektiven Aufnahmen ist eine frühzeitige Absprache möglich. Die betreffenden Krankenhäuser und Kliniken informieren über Bedingungen und Kosten des „Rooming-in“.

Durch unterschiedliche Ursachen und Faktoren kann es im Krankenhaus zu zunehmender Unruhe und fehlender Kooperation in der Pflegesituation kommen. In der Beratung kann mit den pflegenden Angehörigen erarbeitet werden, welcher Angehörige bei zunehmender Unruhe und fehlender Kooperation in der Pflegesituation als Ansprechpartner für die stationäre Einrichtung in Frage kommt.

Sowohl das ärztliche als auch das pflegerische Krankenhauspersonal ist im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen häufig unsicher und überfordert. Geriatriisch ausgebildete Ärzte finden sich außerhalb von Spezialabteilungen eher selten. Für die Pflege bedeutet das einen speziellen und überdurchschnittlich hohen Pflege- und Betreuungsaufwand (z.B. Überwachungs- und Begleitungspflicht, Verweigerung der Kooperation seitens der Patienten). Aufgrund der knappen Ressourcen kann es zu Fixierung und medikamentöser Behandlung der Unruhezustände kommen. Um als pflegender Angehöriger in den Entscheidungsprozess der Sicherungsmaßnahmen einbezogen zu werden, sollten der stationären Einrichtung die rechtlichen und familiären Zuständigkeiten bekannt sein. Pflegende Angehörige sind darüber zu beraten.²⁰

Die Ernährungssituation eines Menschen mit Demenz hat wesentlichen Einfluss auf seine Genesung und seine Lebensqualität. Menschen mit Demenz sind in der Stresssituation des stationären Aufenthalts oftmals mit der Einnahme der Mahlzeiten überfordert und dem Krankenhauspersonal fehlen Zeit und das individuelle Pflegewissen aus der häuslichen oder stationären Langzeitpflege. Auf Seite 9 des LOGBUCHs sind individuelle Informationen bezüglich der Ernährung, z.B. Vorlieben oder Abneigungen gegen bestimmte Nahrungsmittel, Rituale etc. erfasst. Bei Problemen beim Essen und Trinken, insbesondere im Krankenhaus, kann es für den Menschen mit Demenz eine große Erleichterung sein, wenn ein Angehöriger ihn bei der Einnahme unterstützt. Zu diesem Zweck sind Zuständigkeiten auf Seite 2 des LOGBUCH Demenz zu erfassen.

Dieses Blatt, insbesondere die Vorderseite, sollte bei einem der ersten Beratungstermine besprochen werden, denn es kann dadurch die Auseinandersetzung mit den gewünschten und nötigen Zuständigkeiten und Vertretungsrechten anstoßen und den innerfamiliären Abstimmungs- und Klärungsprozess vorantreiben. →

**Einleitung
von Schutz-
maßnahmen**

**Problem
bei Essen
und Trinken**

**Praktische
Tipps**

Erfahrungsgemäß brauchen die Klienten Hinweise zum „Wie“ der innerfamiliären Abstimmung. Vor dem Ausfüllen sollten dann Grundlagen (Vollmacht/Betreuung, Leistungen der Pflegekasse etc.) geklärt werden. Wichtig ist, dass die Familien/Angehörigen sich über die Vielfalt der Mitbetreuungsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen bewusst werden. Sollte es zu einem Krankenhausaufenthalt kommen, ist man auf solche Situationen vorbereitet. Änderungen in der Zuständigkeit und der Telefonnummer sollten sehr zeitnah aktualisiert werden.

Die Vorderseite bietet nach Fertigstellung eine sehr gute Sammlung der wichtigsten Ansprechpartner und Telefonnummern. Bei plötzlichen Ereignissen ist dieses für die Angehörigen sehr hilfreich, gibt ihnen Sicherheit für den Bedarfsfall. Hier können z.B. unter dem Punkt Notdienste/Sonstige auch direkte Durchwahlnummern von bereits bewährten Hilfen oder z.B. Kurzzeitpflegeeinrichtungen stehen.

Eine Beraterin teilt folgende Punkte für die Handhabung mit:

- Zum Punkt „Pflegerberater der Pflegekasse“: Hier mache ich jedes Mal deutlich, dass mit den Pflegerberatern nicht die Sachbearbeiter gemeint sind, die beim Schriftverkehr mit der Kasse mit angegeben werden. Eine Übersichtsliste mit den Pflegerberatern der jeweiligen Kasse halte ich bei der Beratung bereit.
- Zum Punkt „Sonstige“: Hier nenne ich zusätzlich immer die Telefonnummer des ärztl. Notdienstes, des Apothekennotdienstes und vom Zentrum für Pflegeberatung.
- Zum Punkt „Rooming-In“: Bezüglich des Rooming-In sage ich immer noch mal deutlich, dass dies nur eine Bereitschaft und keine Verpflichtung ist, wenn hier ein Kreuz gesetzt wird.

Zum LOGBUCH-Blatt 3: Wissenswertes aus meiner Lebensgeschichte und Alltagsaktivitäten

Für die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz ist eine biografische Grundhaltung, das grundlegende Interesse für die Person und ihre Lebensgeschichte jenseits der Erkrankung von entscheidender Bedeutung. Die biografische Grundhaltung der Bezugspersonen fördert das Verstehen der Patienten und es fördert die Selbstaktualisierung, weil sinnvolle Alltagsaktivitäten insbesondere aber Anknüpfungspunkte für Kommunikation genutzt werden können. In diesem Sinne ist das LOGBUCH-Blatt 3 aufgelegt worden. Wenn die Patienten nur noch bedingt über sich selbst Auskunft geben können, ist die geeignete Erfassung biografischer Daten „state of the art“, so dass mit diesen Informationen aktive Erinnerungsarbeit geleistet werden kann. Allerdings sind die Grenzen der Biografisierung im Blick zu behalten und der Nutzen eines Biografiebogens ist ins Verhältnis zu setzen mit dem Recht auf Verschwiegenheit und der Gefahr der Entpersonalisierung: *„Weiß ich alles über einen Menschen, brauche ich mich nicht mehr in Beziehung zu ihm setzen.“*²¹ Für das Anlegen des Blattes bedeutet dies, dass Eigenanamnese vor Fremdanamnese geht, dass es keinesfalls um die Erfassung der äußeren Lebensgeschichte, sondern um die subjektiv bedeutsame innere Lebensgeschichte gehen muss.²² Im Zuge des zunehmenden Identitätsverlustes des Menschen mit Demenz kann eine gezielte Arbeit mit der Biografie das Gefühl für die eigene Person und das Wohlfühlen des Menschen mit Demenz fördern.

Antriebe sind lebensgeschichtliche Normen, Regeln, Verhaltensweisen und Vorlieben, die uns im Leben voran bringen. Das Bedürfnis, die Antriebe zu leben bleibt bei einer Demenz erhalten. Eine ausführliche Sammlung von Antrieben und Grundwerten wurde auf diesem Ergänzungsblatt zusammengetragen. Es soll bei der Erstellung des LOGBUCHs Angehörige (und Berater/-innen) beim Ausfüllen des wichtigen Punktes „Meine Lebensmotivation/Antriebe“ unterstützen. →

Hintergrund

Ergänzungsblatt „Antriebe und Grundwerte“

Die Nutzung dieses Ergänzungsblattes ist nicht zwingend notwendig, da manchmal im Gespräch mit der erkrankten Person schon wichtige Antriebe deutlich oder sogar formuliert werden. Diese können dann nach Rückversicherung ins LOGBUCH übernommen werden. Oftmals ist es aber erforderlich, dass zu diesem Punkt der begleitende Angehörige befragt wird. Es fällt diesen dann nicht immer leicht, im Gespräch spontan die Antriebe ihres erkrankten Angehörigen zu nennen. Dieses Blatt dient hierbei zur Unterstützung: Der Angehörige sichtet zunächst die aufgeführten Antriebe auf dem Blatt und kreuzt im ersten Schritt die zehn am stärksten zutreffenden Antriebe an. Im zweiten Schritt werden aus dieser Auswahl die fünf Antriebe ausgewählt und anschließend ins LOGBUCH übernommen. Nicht selten ist es der Fall, dass sich aus dieser Reflexion für die Angehörigen und die Beraterin neue Erkenntnisse ergeben und diese einen wertvollen Beitrag zur weiteren Beratung leisten.

Ergänzungsblatt „Wochenplan und Tages- strukturierung“

Ein weiteres Ergänzungsblatt bietet Angehörigen die Möglichkeit einen strukturierten Wochenplan zur Betreuung und Versorgung anzulegen. Eingetragen wird, wer den Menschen mit Demenz zu welchen Zeiten betreut bzw. pflegt und kann so als persönliche Übersicht für Angehörige aber auch für andere dienen. Im Abkürzungsverzeichnis sind gängige Hilfen bereits vorgegeben, es besteht aber auch die Möglichkeit, drei weitere individuelle Hilfen mit selbst gewähltem Kürzel einzutragen. Es liegt auch als Kopiervorlage vor, so dass es im Verlauf der Zeit bei Veränderungen immer wieder angepasst werden kann. Dieses strukturierte Vorgehen macht Angehörigen deutlich, welche Hilfen schon vorhanden sind, aber auch welche Bedarfe eventuell noch bestehen. Bei dieser Weiterentwicklung von Hilfen kann die Beratung einen wichtigen Beitrag leisten.

Die Beraterinnen berichten:

„Ein Foto einzukleben fällt den meisten sehr schwer. Wenn es um die Lebensgeschichte geht, sind plötzlich die Erkrankten sehr gesprächig. Es sind oft die schönsten Momente in der Patientenbegleitung. Nach einem Gespräch mit den Angehörigen, warum diese Angaben wichtig sind, wird diese Seite häufig auch von den Angehörigen ausgefüllt. Hinweise auf Notwendigkeit der Biografiekenntnisse führen zu Erkenntnissen und weiteren Nachfragen zum Umgang. Ein weiteres Eingehen auf den Bogen ist ein guter Ansatzpunkt zur weiteren Beratung und Reflexion am Ende der Beratung.“

Zu den LOGBUCH-Blättern 4 und 5: Vertretungsrechte und Weisungen zur Versorgung RA Hubert Klein

Das LOGBUCH Demenz optimiert und erleichtert die Kommunikation und Datenerfassung (Anamnese) aller Beteiligten in der Versorgung demenziell erkrankter Patienten. Zugleich erfüllen alle Beteiligten mit der Arbeit über das LOGBUCH Demenz ihre Pflichten aus dem Arzthaftungs- und Medizinrecht, wie sie im Patientenrechtegesetz 2013 konkretisiert wurden. Kern des Patientenrechtegesetzes ist dessen Artikel 1, wo mit den neuen §§ 630a – 630h BGB die Rechte und Pflichten der Patienten und ihrer Behandler zusammenstellt werden. Den Patienten steht insbesondere aus § 630c BGB ein gesetzlicher Anspruch gegen die Behandelnden auf gemeinsames Zusammenwirken und auf den Erhalt von Informationen zur Behandlung zu. Zudem erleichtert das LOGBUCH Demenz allen Ärzten und Leistungserbringern die Wahrung des Anspruchs der Patienten auf die Durchführung des sog. Versorgungsmanagements gemäß § 11 Abs. 4 SGB V. Das LOGBUCH Demenz hilft den Ärzten, den Heilberuflern und dem Pflegepersonal bei der Umsetzung der Empfehlungen der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer (November 2010): „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“.²³

Rechtliche Grundlage und Pflichten

Zum LOGBUCH-Blatt 4: Vertretungsrechte

In einem Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V für Patienten mit Demenz ist für alle Beteiligten wichtig, sich schnell über die aktuell noch vorhandenen geistigen Kapazitäten des Patienten informieren zu können. Fehlt dem Patienten für eine anstehende Behandlungsmaßnahme die ausreichende Geschäftsfähigkeit und/oder Einsichtsfähigkeit, so bedarf es – außer in Notfällen – der Einschaltung eines berechtigten Vertreters (§ 630d Abs. 1 Satz 2 BGB, § 630e Abs. 4 BGB). In diesen Vertretungsfällen soll aber versucht werden, auch dem geistig beeinträchtigten Patienten die wesentlichen Umstände der Behandlung zu erläutern (§ 630e Abs. 5 BGB). →

Hintergrund

Einsichtsfähigkeit

Zu unterscheiden ist zwischen der Einsichtsfähigkeit eines Patienten und seiner Geschäfts- und Verfahrensfähigkeit. Einsichtsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit, wirksam in ärztliche oder pflegerische Behandlungsmaßnahmen einzuwilligen; Geschäftsfähigkeit ist hierzu nicht erforderlich. Mangels gesetzlicher Festschreibung gilt eine Formel, die der Bundesgerichtshof seit den 60er Jahren in ständiger Rechtsprechung nutzt. „Der Betroffene muss so viel an natürlicher Einsichtsfähigkeit und Urteilskraft, an verstandesmäßiger, geistiger und sittlicher Reife aufweisen, dass er fähig ist, die Sachlage sowie die Art, das Wesen, die Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu erkennen und zu ermessen“. D.h., je schwerwiegender die beabsichtigte Behandlungsmaßnahme ist, desto höher müssen die Anforderungen an die subjektive Beurteilungsfähigkeit des Patienten sein. Der behandelnde Arzt stellt beim Beratungs- und Aufklärungsgespräch die Einsichts- und damit die Einwilligungsfähigkeit des Patienten fest. Dabei ist die Einsichtsfähigkeit stets einzelfallbezogen zu beurteilen. Sie hängt sowohl von der Schwere der Behandlungsmaßnahme wie auch von der „geistigen Tagesform“ des Patienten ab.

Geschäftsfähigkeit

Die Geschäftsfähigkeit, die Fähigkeit Verträge und Rechtsgeschäfte noch selbst vorzunehmen, wird eher abstrakt beurteilt. Gleiche Anforderungen gelten für die Fähigkeit des Patienten, noch wirksam im Sozialverwaltungsverfahren zu agieren. Es gelten §§ 104/105 BGB. Entscheidend für die Arbeit im LOGBUCH Demenz ist die Vorgabe des § 104 Nr. 2 BGB, wonach geschäftsunfähig ist, „wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet...“. Maßgeblich ist, ob der Betroffene „noch zu vernunftbezogenen Entscheidungen fähig ist“.

Praktische Tipps

Bei zweifelhafter Geschäftsfähigkeit und/oder Einsichtsfähigkeit muss frühzeitig für einen Stellvertreter gesorgt werden. Zu beachten ist, dass nahen Angehörigen – auch dem Ehegatten – kein wirksames Vertretungsrecht zusteht. Vertretungsrecht entsteht nur durch die Erteilung einer Vollmacht oder durch die Einsetzung eines Betreuers.

Betreuern fällt kein generelles Vertretungsrecht zu, sondern nur in den Aufgabenkreisen wie sie im Gerichtsbeschluss und in der Bestellungs-

urkunde aufgelistet sind. Eine wirksame Vollmacht für Einwilligungen in Unterbringungen und in unterbringungsähnliche Maßnahmen sowie für Einwilligungen in gefährliche ärztliche Maßnahmen und zur Mitwirkung beim Behandlungsabbruch oder zu Einwilligungen in ärztliche Zwangsmaßnahmen setzt gemäß § 1906 Abs. 5 BGB sowie nach § 1904

Abs. 5 BGB oder nach 1906a Abs. 5 BGB voraus, dass diese Bevollmächtigung schriftlich erteilt ist und dass jene Maßnahmen im Vollmachtstext ausdrücklich genannt werden. In diesen fünf Lebensbereichen bedürfen zudem Entscheidungen sowohl der Betreuer wie auch von Bevollmächtigten der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Abs. 1, 2 und 5 BGB, § 1906 Abs. 2 und 5 BGB, 1906a Abs. 2 und 5 BGB). Die Anordnung einer Betreuung entrechtet nicht, sondern gestaltet nur Vertretungsrecht. Soweit der unter Betreuung stehende noch geschäfts- oder einsichtsfähig ist, bleibt seine eigene Entscheidungsbefugnis (parallel zum Betreuer) erhalten. Im Konfliktfall gilt insofern die Entscheidung des Betreuten!

Zu den Themen Schwerbehinderung, Haftung für Schäden und Fahrtauglichkeit: Den Angehörigen bzw. den betreuenden Personen können diese Bereiche bewusst gemacht werden, wenn schon oder noch Regelungsbedarf besteht. Interessierte Beraterinnen und Berater können zur eigenen Information oder aber zur Ausgabe von Informationsmaterialien an die Klienten auf die im Rahmen des Modellvorhabens „EDE – Entlastungsprogramm bei Demenz“ entwickelten Schulungsmaterialien zurückgreifen. In den Modulen 5 und 6 der Schulungsreihe „Mit Vergesslichkeit und Altersverwirrtheit umgehen“ wurden diese Themen erarbeitet und stehen über die Projekthomepage www.projekt-ed.de zum download zur Verfügung.

In der praktischen Bewertung dieses LOGBUCH-Blattes sind sich alle Beraterinnen einig: „Der Text der LOGBUCH-Blätter 4 und 5 muss in Ruhe mit den Angehörigen und wenn möglich mit den Betroffenen durchgegangen werden. Die Sätze sind zum Teil sehr lang und enthalten viele Informationen, die oft doppelt gelesen werden müssen, um sie zu verstehen. Das bedeutet: Zeit einplanen! Es ist zudem wichtig deutlich zu machen, dass nie die Originale aus der Hand gegeben bzw. in das LOGBUCH abgeheftet werden dürfen!“

Zeit einplanen

Zum LOGBUCH-Blatt 5: Weisungen für meine ambulante und stationäre Versorgung

Hintergrund Der herausragende Nutzen des LOGBUCH Demenz ist die schnelle und umfassende Information aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen. Ganz konträr zur medizinischen Sinnhaftigkeit einer Datenübermittlung stehen jedoch die Regeln des Datenschutzes und der Schweigepflicht. Die strengereren und damit vordergründig zu achtenden Regeln sind die der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB. Mit Ausnahme reiner Bagatellen gibt es keine nicht schützenswerten Daten. Selbst nur der Umstand, dass sich ein Patient in der Behandlung einer bestimmten Einrichtung/eines bestimmten Arztes befindet ist geheim zu halten. Auch zwischen ihrerseits Schweigepflichtigen gilt grundsätzlich Schweigepflicht. Ebenso grundsätzlich gegenüber den Verwandten des Patienten (Ausnahme: Information von Notaufnahmen). Eine allgemeine Befugnis zum Datenaustausch darf nur innerhalb des aktuellen Behandlungsteams (Station/Arztpraxis) sowie zwischen überweisendem Arzt und Facharzt/Krankenhaus gemutmaßt werden. Keine Schweigepflicht gilt zudem beim Vorliegen gesetzlicher Offenbarungspflichten (z.B. §§ 6 und 7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), § 202 SGB VII, §§ 275, 276, 277, §§ 295ff. SGB V, § 138 StGB) oder unter den strengen Regeln des „Rechtfertigenden Notstands“ (§ 34 StGB), z.B. zur Meldung von sexuellem Missbrauch durch Patienten. Ansonsten bedarf die Weitergabe von Patienteninformationen stets der Einwilligung des Patienten.

Praktische Tipps Die Einwilligung zur Datenweitergabe darf nicht generalisierend eingeholt werden, sondern muss für jeden neuen Versorgungsschritt bzw. bei jeder Einbeziehung eines weiteren Arztes neu beim Patienten eingeholt werden (vgl. dazu auch § 11 Abs. 4 SGB V). Dieser Notwendigkeit zur stets neuen Einwilligung in die Datenweitergabe dient die evtl. lästig anmutende Vorgehensweise, wie sie auf Blatt 5 Rückseite des LOGBUCH Demenz angegeben ist. Durch die individuelle Weitergabe des LOGBUCHs durch den Patienten bzw. dessen Vertreter, erfolgt jeweils eine Datenweitergabe durch den Berechtigten selbst und ist damit datenschutzrechtlich unbedenklich. Sollte die Weitergabe des LOGBUCH Demenz durch dritte Personen erfolgen, bedarf dies der ergänzenden Einwilligung durch den Patienten.

Zum LOGBUCH-Blatt 6: Weitere Kontaktpersonen und Institutionen

Hintergrund Das LOGBUCH Demenz ist ein Informations- und Koordinierungsinstrument, welches allen Versorgungspartnern eines Menschen mit Demenz notwendige Informationen zu seinem bestehenden Hilfenetzwerk und seiner Person zur Verfügung stellen will. Es dient zudem zum Informationsaustausch mit anderen Netzwerkpartnern (z.B. Therapeuten, Tagespflegeeinrichtungen etc.). Alle Kontaktpersonen, die in die Betreuung des Klienten involviert sind, sollten mitsamt den Kontaktdaten aufgeführt werden, damit die Netzwerkpartner Kenntnis voneinander haben und bei Bedarf Kontakt aufnehmen können.

Praktische Tipps Dieses Blatt ist vorzugsweise für die Auflistung der professionellen Netzwerkpartner und die zuständigen Ansprechpartner zu nutzen. Die persönlichen Kontaktpersonen wurden bereits auf Blatt 2 erfasst. Somit können auf Blatt 6 weitere Beratungsstellen, Therapeuten, Ansprechpartner aus Einrichtungen (z.B. Tagespflege) sowie weitere wichtige Kontaktpersonen (z.B. außerfamiliäre Betreuungspersonen) und Angehörige eingetragen werden. Dabei sollte beim ersten Ausfüllen nach Prioritäten aufgelistet werden (z.B. Verhältnis zum Erkrankten). Später hinzukommende Netzwerkpartner werden einfach hinten angefügt. Wenn sich die Zuständigkeit von Ansprechpartnern ändert, sollte dies nachgehalten werden.

Im Erstgespräch stellt sich schnell heraus, welche weiteren familiären und professionellen Beziehungen bzw. welche Betreuungsverhältnisse bestehen. Die Verantwortung der Betreuung liegt der Erfahrung nach nur bei wenigen Beteiligten. Jedoch gibt es Menschen, die dem Klienten besonders wichtig sind, auch wenn sie nicht ständig präsent sind. Diese werden selbstverständlich mit in diese Liste der Kontaktpersonen aufgenommen. →

Ressourcen deutlich machen Eine Beraterin kommentiert zu diesem Blatt:
 „kann gut die Sichtweise auf weitere Verbündete eröffnen. Achtung: Bei isolierten Familien oder Paaren, birgt es die Gefahr der Frustration. Wenn das Blatt gefüllt ist, kann dadurch gut auf die bestehenden Ressourcen hingewiesen werden.“

Diese Seite muss häufig am Ende einer LOGBUCH-Schulung schon aktualisiert und ergänzt werden, weil sich durch die Beratung bereits neue Versorgungspartner ergeben haben, z.B. Tagespflege oder stundenweise professionelle Betreuung, hauswirtschaftliche Unterstützung. Auch Hilfen im weiteren Familien- oder Bekanntenkreis sind jetzt angesprochen worden und können unterstützend ins Hilfesystem aufgenommen werden. Das tut den Familien sichtlich gut und ist ein sehr wünschenswerter Effekt der LOGBUCH-Schulung.

Zum LOGBUCH-Blatt 7: **Wichtige Termine und Ereignisse**

Hintergrund Um die aktuelle Lebenslage und die Entwicklung der gesundheitlichen Situation des Menschen einschätzen zu können, ist es wichtig, bedeutende Termine und Ereignisse chronologisch zu erfassen. Dies können zum einen Termine, wie der erste Termin einer Ergotherapie oder ein Krankenhausaufenthalt, zum anderen aber auch bedeutende Ereignisse, wie eine Reise oder das Eintreten von Inkontinenz sein. Es entsteht eine Chronologie des Krankheitsverlaufs. Die Ermunterung an die Angehörigen noch einmal von den Anfängen der Erkrankung, von den ersten Auffälligkeiten zu berichten, führt häufig zu einem gerne in Anspruch genommenem Entlastungsgespräch. Die Seite schaut also erst einmal kurz zurück auf die Anfänge, bis man mit den Einträgen am heutigen Tag angekommen ist. Bereits bestehende Hilfen können oft zeitlich kaum noch genau benannt werden – das macht den Sinn dieser Eintragungen noch einmal ganz deutlich.

Eine Beraterin berichtet:
 „Meine Klientin betrachtete dieses Blatt als eine Art Tagebuch und war sehr begeistert; sie konnte immer schnell auf einen Blick bei einem weiteren Termin erläutern, was alles in der Zwischenzeit geschehen war.“

Praktische Tipps

Erfahrungsgemäß tun sich die Angehörigen mit dem Eintragen von Terminen und Ereignissen sehr schwer. Das Vorstellen von Fallbeispielen durch den Berater hat sich als hilfreich erwiesen. Angehörige erkennen dann schnell den Nutzen dieses Blattes. Konkrete Daten im Kopf zu behalten, z.B. für Rückfragen des Medizinischen Dienstes etc., ist schwer und kann mit Hilfe dieses Dokuments erleichtert werden. Angehörige müssen dieses Blatt selbstständig führen und ergänzen. Sie können aber auch angeregt werden, Netzwerkpartner um Eintragungen zu bitten. Für die Anleitung zum Erstellen des Blattes 7 gibt es eine Arbeitshilfe, die ein exemplarisch ausgefülltes Blatt für den Klienten „Namenlos“ bietet. Sie ist ebenfalls über www.demenznetz.info zu beziehen.

LOGBUCH-Blatt 8: **Meine gesundheitliche Situation**

Hintergrund Das Blatt 8a ist von dem betreuenden Hausarzt auszufüllen. Die Bereitstellung von ärztlichen Diagnosebögen und Arztbriefen erhöht den Informationsgrad deutlich. Die Informationen dienen in erster Linie der Information von professionellen Netzwerkpartnern, wie Kliniken, Pflegeanbietern und Therapeuten. Insbesondere wenn Angehörige bzw. Bezugspersonen nicht anwesend sind, können notwendige Informationen über das LOGBUCH ermittelt werden. Auf Blatt 8b werden die alltäglichen Ausprägungen der gesundheitlichen Situation und die persönliche Situationseinschätzung des Menschen mit Demenz erfasst.

Praktische Tipps Diese Seiten sollen einen kurzen Überblick über gesundheitliche Probleme geben, ohne in die Tiefe zu gehen – das geschieht an anderen Stellen im LOGBUCH, z.B. Orientierung, Blatt 9. Für andere Versorger kann es sehr wichtig sein, auf einen Blick Auffälligkeiten zu erkennen. Wichtig ist hier auch das Gespräch über sensorische Fähigkeiten. Vielen Angehörigen ist der Zusammenhang zwischen schlecht sehen und hören und verstehen und umsetzen nicht bewusst. Behandlungen wurden in diesem Bereich u.U. schon mehrere Jahre vernachlässigt.

Der Klient bzw. der Angehörige sollte darauf hingewiesen werden, dass Veränderungen der gesundheitlichen Situation zeitnah zu dokumentieren sind. Dokumente (ärztliche Diagnosebögen, Arztbriefe etc.), die Aussagen über die gesundheitliche Situation geben, sollten direkt nach Seite 8 abgeheftet werden. Fast alle Hausärzte führen mittlerweile elektronische Patientenakten und können sehr schnell Diagnosebögen und ärztliche Bescheinigungen bereitstellen. Arztbriefe und Klinikberichte werden in den Hausarztpraxen für die elektronische Patientenakte eingescannt. Der Patient erhält die Originale in der Regel zurück und kann diese in seinem LOGBUCH ablegen. Im Sinne der Patientenmündigkeit sollten von Seiten des Arztes alle relevanten Unterlagen bereitgestellt werden. Die aufgeführten Ausweise und Pässe sollten in der Dokumentenhülle am Ende des LOGBUCHs aufbewahrt werden. Ausweise und Pässe, die der Patient ständig bei sich führt, sollten als Kopie im LOGBUCH hinterlegt werden. Veränderungen des gesundheitlichen Zustandes können auf Blatt 7 dokumentiert werden, damit sie nicht in Vergessenheit geraten.

LOGBUCH-Blatt 9: **Meine pflegerische Situation**

Pflegepersonen und sonstige Bezugspersonen benötigen für die angemessene Betreuung und Pflege Informationen zur pflegerischen Situation des Menschen mit Demenz. Neben der Beschreibung der Ausprägungen von Orientierung, Verständigung, Körperpflege etc. können Hinweise auf bereits bewährte Hilfestellungen den adäquaten Umgang mit dem Menschen mit Demenz erleichtern. Die Einhaltung von üblichen Gewohnheiten im Tagesablauf (z.B. mittags Ruhepause, abendliche Rituale), die adäquate Ansprache (z.B. das Verstehen der Sprache ist weitgehend erhalten, ist stark eingeschränkt) oder die Achtung von Distanz- und Nähebedürfnissen (z.B. lässt Körpernähe zu, reagiert eher ablehnend) machen den Helfern wie auch dem Menschen mit Demenz das Leben leichter. Ein möglichst umfangreiches Wissen über bewährte Hilfestellungen sollten allen Kontaktpersonen zur Verfügung gestellt werden.

Blatt 9.1 bietet „nur“ einen Überblick zur Einschätzung der Orientierung und bietet Platz für wenige bemerkenswerte Verhaltensweisen und die jeweiligen Hilfestellungen. Oftmals ist diese Übersicht nicht ausreichend: Die Problemlagen sind komplexer, es ist erforderlich diese ausführlicher darzustellen oder es wird mehr Platz für die Dokumentation von Hilfestellungen benötigt. Für diesen Zweck wurde das drei Seiten umfassende Ergänzungsblatt erstellt. Die Erarbeitung des Blattes zeigt Angehörigen oftmals noch einmal sehr deutlich die vorhandenen Einbußen, was im ersten Schritt nicht unbedingt einfach ist. Es liegt aber die Chance darin, den Angehörigen bereits bewährte Hilfestellungen bewusst zu machen oder auch weitere im gemeinsamen Gespräch zu entwickeln. Wichtig ist immer wieder der Hinweis, dass dieses eine Sammlung aller möglichen Symptome ist und nicht alle Auffälligkeiten bei jedem Erkrankten auftreten. Das Blatt kann gemeinsam bearbeitet werden oder die Angehörigen werden gebeten, es bis zur nächsten Beratung in Ruhe anzukreuzen.

Die Beraterinnen haben einhellig beobachtet, dass den Pflegepersonen zumeist nicht bewusst ist, wie viele bewährte Hilfestellungen sie bereits nutzen bzw. entwickelt haben. →

Hintergrund

Ergänzungsblatt zu „Ausführliche Einschätzung zur Orientierung und herausforderndem Verhalten“

Praktische Tipps

Beim Erfassen kann dann gut positiv rückgemeldet werden, dass schon viel geleistet wird und gelingt. Ebenso einhellig wurde beobachtet, dass es schwierig ist bei diesem Blatt die Pflegebedürftigen einzubeziehen. In relativ frühem Erkrankungsstadium birgt das Blatt die Gefahr, den Pflegebedürftigen zu frustrieren bzw. zu verängstigen! Die Informationen auf den Seiten „Meine pflegerische Situation“ sollten niemals davon abhalten, die Menschen mit Demenz in das Gespräch einzubinden, ihre Wünsche aufzunehmen, ihre Vorstellungen in ihrem Sinne umzusetzen. Die Blätter sollen einen Überblick über bisherige Gewohnheiten und Rituale geben.

LOGBUCH-Blatt 10: Meine Wohnsituation und meine Hilfsmittelversorgung

Hintergrund Für die Vorbereitung der Entlassung aus dem Krankenhaus oder die Überleitung aus der stationären Pflege ist eine Bestandsaufnahme über die Wohnsituation und die vorhandenen Hilfsmittel unentbehrlich. Zum anderen eröffnen die Angaben zu möglichen Hilfsmitteln den Blick auf Entlastungsmöglichkeiten im Alltagsleben.

Wenn möglich sollte diese Seite von der betreuenden Person und der Beraterin zusammen ausgefüllt werden, um unbekannte Angebote sofort zu erläutern und sinnvolle Unterstützungsmöglichkeiten für den Klienten sofort zu diskutieren. Der Berater berät über alle in Frage kommenden Möglichkeiten und bietet Unterstützung in der Beschaffung (z.B. Hausnotruf) an. Er koordiniert in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt alle notwendigen Maßnahmen zum Wohle des Klienten, wenn die Angehörigen damit überfordert sind.

Praktische Tipps Eine Beraterin resümiert:
„Gute Aufteilung – macht in den Familien keine Probleme bei der Beantwortung. Habe mir angewöhnt, hinter die Überschrift eine Bemerkung oder einen „Haken“ zu setzen, denn wenn bisher keine Hilfsmittel vorhanden sind, könnte es so aussehen, als ob die Seite beim Ausfüllen vergessen – nicht bearbeitet wurde.“

Zur LOGBUCH-Dokumenten-hülle für Medikamentenblatt, Ausweise, Pässe und andere Dokumente

In der Dokumentenhülle werden alle Unterlagen, Dokumente, Ausweise und Pässe (oder auch Kopien) abgelegt, die nicht direkt eingeklebt werden können oder sollen. Hierzu zählt insbesondere das Medikamentenblatt, welches in unterschiedlichen Formaten zumeist von Arztpraxen ausgegeben wird und in der Dokumentenhülle ganz oben eingefügt werden sollte. Klassischerweise finden sich in der Dokumentenhülle die Versichertenchip-Karte, der aktuelle Befreiungsausweis von der Zuzahlung, aber auch Überweisungsunterlagen, Verordnungen etc., die schnell entnommen werden sollen und nicht zum Dauerbestand des LOGBUCHs zählen.

Jeder Beratungsprozess verläuft anders, weil die Bedarfe und Ressourcen der Klienten unterschiedlich sind. Ebenso wird jede Beraterin situativ anders handeln (müssen) und einen eigenen persönlichen Beratungsstil pflegen. Gleichwohl haben sich bestimmte Beratungsroutinen als hilfreich und praktikabel erwiesen. So soll hier ein typischer Beratungsverlauf aus Sicht zweier Beraterinnen geschildert werden.

Basisberatung beim Erstkontakt zum Demenzfachdienst

Einstieg in den Beratungsprozess

Wenn eine Familie zu mir kommt, ist sie in der Regel durch einen Kooperationspartner im DemenzNetz erstinformiert worden. Die meisten können sich aber kaum vorstellen, wie hilfreich die Beratung sein wird. Das ändert sich schon nach dem ersten Gespräch. Anders ist es bei den Klienten, die anderweitig, meistens durch persönliche Kontakte im Umfeld in die Beratung kommen. Oft ist der Leidensdruck am Anfang sehr hoch, die wenigsten haben zu Beginn einen (angemessenen) Pflegegrad.

Im ersten Arbeitsschritt, der Basisberatung vor Beginn der LOGBUCH-basierten Beratung, stelle ich mich vor und weise darauf hin, dass ich von mir aus verschiedene Themen anspreche und wir zum Schluss klären, wie es weitergehen kann. *„Sie bekommen heute von mir viele Informationen. Meistens reicht ein einzelnes Gespräch nicht, um diese Informationen nach und nach umzusetzen. Deshalb schauen wir am Schluss, welche Begleitung und weitere Beratung möglich ist.“*

Immer einen konkreten Verbleib vereinbaren

Am Schluss des Gesprächs knüpfe ich an diese Aussage wieder an: *„Um sich ein Unterstützungsnetz aufzubauen und Schritt für Schritt ganz verschiedene Hilfen in die Wege zu leiten, benötigt man 4-6 Monate. Gut ist es, in dieser Zeit eine Begleitung zu haben, um immer wieder auch Fragen klären zu können. Hierbei gibt es zwei Möglichkeiten: Über die Zentren für Pflegeberatung/Pflegestützpunkte oder es kann zu einer weiteren Begleitung durch mich kommen, wenn wir dabei auch den Patientenpass LOGBUCH Demenz erstellen.“* Hierbei zeige ich das LOGBUCH und erläutere die Vorteile in Notfallsituationen, an den Schnittstellen und insbesondere für die eigene Handlungssicherheit.

Wenn sich die Familien spontan entscheiden, wird schon gleich ein erster Termin vereinbart. Ich mache die Termine jeweils alle 4-5 Wochen, in diese Zeit fällt dann möglichst auch die Teilnahme an einer Gruppenschulung „Mit Vergesslichkeit und Altersverwirrtheit umgehen“, das Schalten erster Hilfen etc. Nicht selten will man das aber erst überlegen und ich biete an, mich bei Bedarf anzurufen. Wenn das nicht geschieht, schreibe ich die Familien nach 2-3 Monaten an, fasse das Erstgespräch unter Rückgriff auf die Risiko-Ressourcen-Matrix und vorhandene Textbausteinen noch einmal zusammen und biete die Fortsetzung der Beratung an. Fälle, die daraufhin nicht fortgeführt werden, ruhen. Manche melden sich deutlich später wieder. Spätestens neun Monaten nach dem Erstkontakt machen wir leistungsrechtlich einen Fallabschluss.

Für unsere Basisberatung haben wir vier Leistungsmodulare entwickelt und mit den Pflegekassen vereinbart. Je nach Bedarf bringe ich die wichtigen Themen in das offene gemeinsame Gespräch ein. Im Vordergrund steht immer das gegenseitige Kennenlernen und die Situationseinschätzung durch den Demenzfachdienst. Viele Probleme und Risiken kommen zur Sprache, ich achte aber immer darauf, alles erkennbar Positives aufzugreifen und herauszustellen. Wegen der großen Anzahl der laufenden Beratungsfälle ist es für mich hilfreich, wenn ich die derzeitige Situation mittels der Risiko-Ressourcen-Matrix festhalte und auch Absprachen notiere. Was spreche ich normalerweise an?

Wenn es noch keine gesicherte Diagnose gibt, berate ich zu den Vorteilen und Möglichkeiten. Da kommt dann das erste Mal die Netzwerkkarte ins Spiel, weil dort die Leistungserbringer für die Diagnostik verzeichnet sind. Immer kommt zur Sprache, wie man sich das Dementwerden und -sein vorstellen kann, wie es gelingen kann sich in die Welt des Menschen mit Demenz einzufühlen. Die Bedeutung von Rechtsfragen (Verfügungen, Vollmachten und Weisungen) spreche ich normalerweise schon bei der Terminvereinbarung an und bitte entsprechende Unterlagen falls vorhanden bereit zu halten. Ebenso bitte ich das Pflegegutachten herauszusuchen oder zu besorgen, damit wir Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung und die derzeitige Leistungsansprüche klären können. Vielfach sind das böhmische Dörfer für die Klienten und auch ich muss mich wegen den laufenden Änderungen sehr konzentrieren. →

Terminierungen und Zeiten

Die Themen

Schließlich kommen wir auf das DemenzNetz zu sprechen und ich erläutere, wie es funktioniert und welche Aufgabe ich habe. In den allermeisten Fällen mache ich Werbung für die Teilnahme an einer Kursreihe „Mit Vergesslichkeit und Altersverwirrtheit umgehen“, weil dies den Austausch mit anderen Familien fördert und viele Themen vertieft, die ich nur kurz ansprechen kann.

Erster Termin einer beispielhaften LOGBUCHbasierten Beratung

Vorbereitungsarbeiten

Vor dem Termin bereite ich im Büro das LOGBUCH vor, um möglichst wenig in Anwesenheit der Familie schreiben zu müssen. Jede einzelne Seite wird so weit ausgefüllt, wie ich es schon kann (Daten, Stempel). In der Beratung knüpfe ich gezielt an das vorangegangene Beratungsgespräch an:

- Gibt es Fragen zu unserem damaligen Gespräch?
- Wie ist es weitergegangen? Diagnostik? Pflegegrad? Hilfen? Anmeldung bei einer Tagespflege? Teilnahme an einer Gruppenschulung? Vollmacherstellung? Usw.
- Wie geht es dem Mensch mit Demenz? Wie geht es der Bezugsperson?

Danach nehmen wir das LOGBUCH zur Hand und bearbeiten die einzelnen Beratungsthemen. Eingangs wird nochmals der Sinn des Patientenpasses erläutert. Die Grundinformation (Blatt 1) habe ich bisher nicht mit den Familien gelesen, sondern zusammengefasst und gebeten, dass man sie dann selbst liest. Blatt 2 ist im Vorfeld schon weitgehend ausgefüllt und wird ergänzt. Es ist hilfreich, ein Ärzteverzeichnis dabei zu haben bzw. online auf Adressen und Telefonnummern zugreifen zu können, damit eine ruhige Arbeitsatmosphäre entsteht und die Angehörigen nicht ständig aufspringen, um nach Daten zu suchen. Blatt 2 Rückseite: Hier erläutere ich, welche Bedeutung es hat, dass Zuständigkeit im Vorfeld geklärt werden. Regelhaft hängt die ganze Last des Kümmerns an einer einzigen Person. Wer kann noch mit helfen und, wie kann man sich das auch gut aufteilen, damit es leistbar und praktikabel ist. Das bringt viele Menschen stark ins Nachdenken. Viele können sich auch nicht vorstellen, dass ein Krankenhaus nicht automatisch alles was nötig ist tut bzw. leisten kann. Je ungeklärter der Bedarf an Hilfen und

die Zuständigkeit für das Sorgen dafür, je dramatischer und nachteiliger kann sich insbesondere ein Krankenhausaufenthalt auswirken. Wenn Krankenhaus nötig wird, sind Menschen mit Demenz zudem oft deutlich stärker verwirrt, als vorher im häuslichen Alltag. Wie äußert sich das? Unruhe, kann Fragen auch zu seinen Vorlieben (z.B. Essen und Trinken) nicht beantworten, reagiert panisch, verhält sich unkooperativ in Pflegesituationen. Das ist eine sehr schwierige Situation für den Erkrankten, aber auch für das Pflegepersonal und die Ärzte. Was kann helfen? – Das vertraute Gesicht. Darauf zielt diese Seite: Wer kann hier unterstützen. Rooming-in wird auch vom Verfahrensablauf erläutert.

Die Bedeutung der Lebensgeschichte, der Stellenwert von Gewohnheiten, etc. braucht einen eigenen Termin. Für das Blatt 3 und das Biografiegespräch nehme ich mir einen ganzen Termin. Beim ersten Termin weiter mit Blatt 4. Dazu hat die Beratung normalerweise schon in der Basisberatung stattgefunden und hier wird der Sachverhalt nur dokumentiert. Es schließt sich das Blatt 5 an, um den rechtssicheren Gebrauch des LOGBUCHs zu ermöglichen. Je nach Verständnis der Bezugspersonen und Erkrankungsstadium des Menschen mit Demenz stelle ich die Bedeutung dieser Regelung zwar heraus, aber erspare allen die vertiefenden Erläuterungen. Ich biete aber an, wenn weitere Fragen dazu auftauchen, zur Verfügung zu stehen.

Blatt 6: Weitere Angehörige, Fachärzte, Therapeuten, Pflegeanbieter, private Helfer. Ich mache deutlich wie wichtig es ist diese Seite weiterzuführen. Sie dokumentiert: Dies ist unser Unterstützungsnetz. Diese Dienste sollen gut miteinander zusammenarbeiten und haben die Möglichkeit zum Informationsaustausch.

Blatt 7: Die Inhalte, die ich schon weiß, trage ich zunächst auf einem eingeklebbten Schmierzettel zusammen: Vollmacherstellung, erste Anzeichen der Erkrankung, Diagnosestellung, Krankenhausaufenthalte, Pflegegrad, Hilfen etc. Im Gespräch mit der Familie wird ergänzt und es macht sich gut, wenn die Familie nach Möglichkeit diese Daten dann selbst in die Mappe überträgt, das hilft die Schreibhemmung abzubauen. Als sehr hilfreich hat sich die Arbeitshilfe zu Blatt 7 erwiesen, damit sich die Bezugspersonen besser vorstellen können, wie diese Seite aussehen kann. →

Siehe
zweiter
Termin

Anleitung zum
selbstständigen
Aktualisieren

Erst ins
Unreine
schreiben

„Hausaufgaben“ vereinbaren

Beim ersten Termin versuche ich bis zum Blatt 8 zu kommen, das gelingt nicht immer. Es ist aber kein Problem das Thema Hausärztliche Versorgung zum Abschluss des zweiten Termins zu besprechen. Ich bitte die Familie, diese Seite gelegentlich mit zum Hausarzt zu nehmen. Zur Vereinfachung für den Hausarzt nutze ich Post-it-Aufkleber mit entsprechenden Hinweisen zu dem was dort zu tun ist: Stempel – Ausfüllen (Hinweis auf Risiken) – Facharztbescheinigung/-brief – letzter Krankenhausbericht – aktueller Medikamentenplan. Es gibt Arztpraxen mit denen das sehr gut funktioniert, andere haben organisatorische Schwierigkeiten. Wenn eine Hausarztpraxis noch nicht im DemenzNetz ist nutze ich alle Möglichkeiten, um über die konkrete, neue Familie Kontakt zu bekommen. Dann berichte ich – das Einverständnis des Menschen mit Demenz vorausgesetzt, spätestens am Ende der Beratungstermine dem Arzt das Ergebnis mitzuteilen. Dafür nutze ich ebenfalls ein Formblatt.

Vorausschau auf den nächsten Termin

Wenn es gelingt, beim ersten Termin schon bis hierher zu kommen, ist schon viel geschafft. Im Ausblick auf den nächsten Termin kündige ich an, dass die Biographieseite, das Blatt 3 zu erarbeiten ist. Mir ist es wichtig den Erkrankten in jedem Fall auch persönlich kennen zu lernen. Das geschieht dann spätestens beim Biografietermin. Ich verabrede also, dass diese am besten mit dem Erkrankten erarbeitet wird und dafür ein Termin komplett reserviert wird. Ich erläutere den Unterschied zwischen Lebenslauf und Lebensgeschichte, mache deutlich, dass die Lebensgeschichte ein wichtiger Schlüssel für die richtige Betreuung und Pflege ist (Selbsterhaltung des Erkrankten erläutern und die Türöffnerfunktion zu seiner Lebenswelt darstellen).

Wie wichtig es auch ist, dass die subjektive Darstellung des Erkrankten so belassen wird. Oft meinen die Bezugspersonen in allen Lebenssituationen mit der „Wahrheit“ korrigieren zu müssen. Bei diesem Thema kann ich am besten erläutern, wie fragwürdig und aggressionsfördernd es ist, wenn man ständig, bisweilen auch vor Dritten korrigiert wird. Die Angehörigen sollten also auch beim Biografietermin nicht zu viel korrigieren, ggf. aber mit Daten weiterhelfen. Die Angehörigen sind entlastet und dankbar, wenn ich schon im Vorfeld erläutere, wie ich das Gespräch beginne bzw. wie sie den Termin mitteilen können: *„Es kommt eine Mitarbeiterin im Auftrag der Krankenkasse, um einen Patientenpass zu erstellen.“*

Zweiter Termin einer beispielhaften LOGBUCHbasierten Beratung

Hier nehme ich den Beratungskoffer nicht mit, der Termin findet immer als Hausbesuch statt, ich habe mir die Seite beim ersten Termin aus dem LOGBUCH herausgenommen, fülle sie aber nicht beim Besuch aus, um sehr konzentriert mit dem Menschen mit Demenz im Gespräch zu sein. Es sollte hier nicht eine größere Anzahl von Angehörigen dabei sein, das lenkt nur ab. Eine Vertrauensperson reicht.

Ich stelle mich vor, wie oben beschrieben. Ich erkläre, dass ein Patientenpass Sinn macht, wenn man älter wird. *„Früher musste man selten zum Arzt, das wird jetzt mehr. Vielleicht muss es auch mal etwas schnell gehen bei der Krankenhausaufnahme. Auf jeden Fall ist es gut, wenn man wichtige Unterlagen und Daten griffbereit hat.“* Hier ruhig einige Sätze wechseln in einer Art, dass der Mensch mit Demenz gut zustimmen kann. Dann frage ich: *„In der Patientenmappe ist eine Seite zu Ihrem Lebenslauf, die will ich ausfüllen. Darf ich sie dazu heute etwas ausfragen? Ich muss mir Notizen machen, sonst kann ich mir das gar nicht alles merken.“*

Häufig fange ich mit der Geburt an: *„Ich weiß schon, dass Sie 1939 geboren sind, aber nicht wo? Hier in der Gegend?“* Dann über die Eltern: *„Welchen Beruf hatte der Vater? Ging es der Familie wirtschaftlich gut, als sie Kind waren? Geschwister?“* Ich trage immer die Vornamen und das Geburtsjahr der Geschwister ein. *„Leben sie noch? Besteht Kontakt? Sind die Eltern alt geworden?“* Es ist gut, sich subjektiv bedeutsame Anekdoten, die mit in den meisten Fällen mit Begeisterung erzählt werden, aufzuschreiben und auf der Seite einzufügen. Daran wird die Erinnerung länger haften als an objektiven Daten. So gehe ich die ganzen Familienthemen durch: Wie hat man den Ehepartner kennengelernt? Wie ist man zusammengekommen? Heirat? Wo wohnte man zu Anfang (Wohnungsnot), wie waren die Bedingungen für das junge Paar? Wie schnell kamen die Kinder? Hier trage ich die Vornamen und Geburtsjahre ein. Wo sind die Kinder heute? Enkel? Urenkel? Tod des Ehegatten? →

Beratung bei diesem Termin richtet sich primär an den Menschen mit Demenz

Persönliche, subjektiv gefärbte Geschichten sind wichtiger als objektive Daten

Zu den wichtigen Lebensereignissen spreche ich von meiner Seite aus an, um eine Aussage zum Thema traumasensible Pflege machen zu können: Gab es Flucht (darüber sprechen, aber nicht vertiefen) oder Neubeginn nach Vertreibung? Hausbau (viele Familien haben hohe Eigenleistung erbracht). Todesfälle und Krankheiten, manchmal wichtige Personen wie Großeltern etc. Leicht ist es auf bisherige Hobbies zu sprechen zu kommen: Vereinszugehörigkeiten, wie hat man Freizeit verbracht? Hier sollte man Beispiele einbringen: Sport? Lesen? Großer Nutzgarten mit Einkochen, Tiere? Nutztiere? Dankbar ist das Thema Urlaube, wenn sonst nicht viel möglich ist: Wann mit wem wohin? Z.B. als junge Familie mit Zelt an den Dümmer, später per Auto, ab 1985 auch Flugreisen, etc. Ich erkundige mich ausführlich zu den aktuellen Alltagsaktivitäten: 2x Tagespflege/Woche, Fernsehen? Welches sind beliebte Sendungen, z.B. Bares für Rares, Quiz etc.? Musik: Was wird gerne gehört, welcher Radiosender ist an? Auch, wenn keinesfalls Dauerberieselung gewünscht wird.

Das Lebensmotto steht über allem, kommt aber zum Schluss

Das Thema „Türöffner“ kann man natürlich nicht aktiv ansprechen bzw. gar abfragen. Oft bekommt man im Gespräch gut mit, woran das Herz hängt. Was wird mit Begeisterung erzählt, was wird öfter wiederholt. Bei welchen Themen wird mal gelacht, woran erinnert man sich gerne. Das gehört hier hin. Oft ist sind es beruflicher und/oder familiärer Stolz, den es sich lohnt aufzugreifen. Erst zum Schluss des Gespräches komme ich zu Lebensmotivation und Lebensmotto: Oft fällt es schwer, hier etwas zu formulieren. Ich frage oft den Angehörigen: Welche Wesenszüge oder Charaktereigenschaften gehörten zu ihrem Mann? Ich mache auch selbst Vorschläge: „Wenn ich das jetzt so gehört habe, vermute ich...“. Das Lebensmotto sind manchmal Sätze, die im Gespräch immer wieder gefallen sind. Die schlage ich dann auch von mir aus vor.

Nicht länger als eine Stunde, aber gehaltvoll

Das Biografiegespräch für die Erarbeitung von Blatt 3 hat meistens etwas sehr Berührendes. Oft gelingt es, dass der Mensch mit Demenz sehr viel von sich erzählt und bester Laune ist. Man begleitet mich dann schon mal gut gestimmt bis zum Auto und winkt mir nach. Manche fragen: Können Sie nicht mal wieder kommen? Hier bin ich Modelllehrerin und Anleiterin für die Angehörigen. Sie bestätigen: So viel hat er/sie schon lange nicht gesprochen. Was war das für eine schöne At-

mosphäre, etc. Hier wird viel für den Umgang gelernt, was möglich ist, wenn man die Ressourcen anspricht, die Person zu Wort kommen lässt und den Bedürfnissen des Erkrankten Raum gibt. In diesen Zusammenhang gehört auch die Bedeutung des Fotos auf dem Blatt: „Wir wollen hier gerne ein Foto aus Ihrer aktiven Zeit einheften. Mit dem Alter kommt ja oft Krankheit oder auch Schwäche. Manches kann man nicht mehr und dabei hat man doch so viel erlebt. Das wollen wir mit dem Foto noch einmal würdigen.“ Für die Nutzer des LOGBUCHs wollen zeigen und erlebbar machen: Dieser Mensch hatte ein interessantes, angefülltes Leben, seine Lebensleistung gebracht, auch wenn er jetzt vieles nicht mehr kann.

Das Gespräch sollte nicht länger als eine Stunde dauern, dann ist der Mensch mit Demenz erschöpft. Ich kündige an, dass ich alles im Büro aufschreibe und dann zuschicke. Bitte alles gut gemeinsam durchlesen, damit auch alles stimmt.

Dritter Termin einer beispielhaften LOGBUCHbasierten Beratung

Zum dritten Termin bringe ich das fertige Blatt 3 mit und wir können gut daran anknüpfen. Ich gehe kurz ein auf das, was schon Thema war in den Gesprächen und erkundige mich natürlich nach der aktuellen Situation. Oftmals nimmt das Warmup und das Sich-Entlasten-Können einiges an Raum ein. Ich schaue bewusst auf Hindernisse und Hürden bei der Inanspruchnahme von Hilfen und mache meinerseits Vorschläge für das Erproben.

Das Blatt 8a wurde jetzt häufig schon vom Hausarzt ausgefüllt – die aktuellen Arzt- und Krankenhausberichte werden hinter diese Seite geheftet (bitte diese Berichte nicht in eine Sichthülle geben – das Herausnehmen ist oft zu zeitaufwendig) die Medikamentenliste kommt in die Dokumentenhülle am Ende des LOGBUCH. Blatt 8b: Im Ankreuzverfahren gibt dieses Blatt einen raschen Überblick über die bestehenden Risiken und Probleme. Einige Begriffe sollten deutlich erklärt und besprochen werden. Das Gespräch über die sensorischen Fähigkeiten zeigt häufig den Bedarf einer neuerlichen Überprüfung/Behandlung. Viele Ausweise und Pässe sind seit Jahren in irgendwelchen Schubladen verschwunden. →

**Blatt 8:
Meine
gesundheitliche
Situation**

Im Bedarfsfall müssen sie oft lange gesucht werden oder sind u.U. auch gar nicht mehr vorhanden. Ich motiviere die Familien an dieser Stelle, solche Dinge in der Dokumentenhülle abzulegen.

Blatt 9: Meine pflegerische Situation Blatt 9.1: Eine Einschätzung der Orientierung bei einem Menschen mit Demenz zeigt den Angehörigen sehr häufig noch einmal deutlich die vorhandenen Einbußen. Das Ergänzungsblatt ist hilfreich für die Auflistung. Wichtig ist immer wieder der Hinweis, dass dieses eine Sammlung aller möglichen Symptome ist, und dass nicht alle Auffälligkeiten bei jedem Erkrankten auftreten! Das Blatt kann gemeinsam ausgefüllt werden oder die Angehörigen werden gebeten, es bis zur nächsten Beratung in Ruhe anzukreuzen. Dabei werden oft bewährte Hilfestellungen entdeckt, über die bisher nie nachgedacht wurde. Eine Werteschätzung für die Familien!

Blatt 9.2: Über die Fähigkeiten Sehen und Hören wurde in dieser Beratung schon einmal kurz gesprochen. Jetzt greifen wir die Sprachfähigkeit und das Sprachverständnis auf. Viele Angehörige finden hier genau die Situationen, die sie tagtäglich erleben – oft fallen ihnen viele Beispiele ein. Beim Sprachverständnis wurden häufig schon automatisch kürzere Sätze gewählt. Die nonverbale Verständigungsmöglichkeit sollte erklärt und gemeinsam beurteilt werden.

Spätestens am Schluss des dritten Termins bitte ich die Angehörigen, das letzte Pflegegutachten des MDK herauszusuchen und in die Mappe zu heften. Es ist immer hilfreich, z.B. bei einer Veränderung des Hilfebedarfes oder einer erneuten Begutachtung.

Vierter Termin einer beispielhaften LOGBUChbasierten Beratung

Die letzte Beratung beginnt wie immer mit anstehenden Fragen, Problemen, aktuellen Veränderungen.

Pflegefachliche Anleitung besonders wichtig Blatt 9.3: Danach beschäftigen wir uns mit dem Thema Essen und Trinken – oft ein wichtiges und beliebtes Thema. Nicht nur die regelmäßigen Mahlzeiten sollen hier aufgeführt werden, sondern auch die bevorzugten Kekse, Schokolade oder das Bonbon. Wird zum Abendessen regelmäßig

z.B. ein alkoholfreies Alster bevorzugt, ist das für das Krankenhaus oder die Kurzzeitpflegeeinrichtung eine wichtige Information. Bei den bewährten Hilfestellungen kann gut auch über Fingerfood o.ä. Möglichkeiten gesprochen werden.

Blatt 9.4: Die Körperpflege ist über viele, viele Jahre etwas sehr Persönliches. Ein Eingriff in diese Intimsphäre ist häufig schwierig, eigene Gewohnheiten sind immer wichtig. Deshalb besteht hier die Möglichkeit, diese wichtigen Kleinigkeiten anzukreuzen und auch zu benennen, z.B. bevorzugte Cremes, Duschgels, die Wichtigkeit eines Taschentuches in der Hosentasche oder einer Kette oder eines Schals.

Blatt 10: Die letzte Seite im LOGBUCh beantwortet als Erstes die Frage nach der Wohnsituation – wichtig bei Krankenhausaufenthalten. Die Auflistung der Hilfsmittel vor allem auch der technischen Hilfen zeigt eine große Vielfalt, die die meisten Angehörigen bisher gar nicht kannten. Dieses Blatt sollte durchaus genutzt werden, um die Familien auch auf evtl. bevorstehende Probleme vorzubereiten. Hilfreiche Lösungsansätze können dabei schon früh eingesetzt werden und schaffen Sicherheit. z.B. Herdabschaltungen, Trittmatten etc. Auch die Gestaltungsmöglichkeiten des Wohnraumes geben häufig neue Ideen.

Zum Schluss des vierten Termins schauen wir das LOGBUCh noch einmal in Ruhe durch. Sind noch Post-it-Zettel vorhanden, die noch bearbeitet werden müssen? Gibt es bereits weitere Kontaktpersonen und Institutionen, die auf Blatt 6 eingetragen werden können. Hat die Familie einen festen Ansprechpartner für weitere Fragen, Probleme. Möglichkeiten dazu noch einmal aufzeigen.

Ganz deutlich werden die schon in den letzten Monaten erreichten Ziele noch einmal zusammengefasst. Viele Erkrankte haben beim ersten Kennenlernen noch nicht einmal einen Pflegegrad – jetzt ist dieser in der Regel bewilligt, die Angehörigen haben ganz viele Informationen über die Erkrankung, den Umgang aber auch zur Bewältigung und Akzeptanz der eigenen Grenzen erhalten. Die Gespräche und Schulungen während der LOGBUChbasierten Beratungen empfinden die Familien oft als hilfreiche Entlastungsgespräche, in denen auch mal Tränen laufen dürfen. Und ihnen steht jetzt ihr Patientenpass zur Verfügung, der sie begleiten soll.

Gewohntes und Bewährtes in der Körperpflege

Blatt 10: Meine Wohnsituation und Hilfsmittelversorgung

Der Fallabschluss

- ¹ Wir gehen selbstverständlich von einer Gleichstellung von Mann und Frau aus und haben zur besseren und schnelleren Lesbarkeit in der Regel nur einen Genus verwendet.
- ² Nähere Informationen sind unter www.projekt-lotta.de [letzter Zugriff 21.11.2017] verfügbar.
- ³ Als personale Detraktionen werden Handlungen von Fachkräften oder auch Angehörigen bezeichnet, die Menschen mit Demenz erniedrigen und entwerten, wie z.B. stigmatisieren und infantilisieren, zum Objekt machen und über ihren Kopf hinweg reden.
- ⁴ Verein Leitstelle für ältere Menschen Ostfildern: Patientenpass Projekt Ostfildern, Ostfildern 1999. Zu diesem Patientenpass gehört ein von M. Runge und G. Rehfeld verfasstes Handbuch, das die Akteure im Netzwerk zur Führung des Patientenpasses anleitet. Informationen zum Projekt sind erhältlich über: Sozialministerium Baden-Württemberg: Modellversuch Ostfildern. Qualitätssicherung in der Langzeitbetreuung geriatrischer Patienten. Der Patientenpass Ostfildern als Instrument für eine einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, Stuttgart 1999.
- ⁵ Kofahl, Ch.; Döhner, H.; Merk, B.; Schmolders, M.; Wilk, J.: Die Gesundheitsmappe – ein disziplinenübergreifendes Instrument für geriatrische Patienten, Frankfurt am Main 1999; Döhner, H.; Kofahl, Ch. (Hg.): Versorgungsmanagement – eine Angelegenheit nur der Profis? Die Gesundheitsmappe in der Hand des Patienten, St. Augustin 2000.
- ⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO): Alles im Blick – meine Gesundheit, 2010.
- ⁷ Die Projekte in der Modellregion Kreis Minden-Lübbecke wurden beschrieben in: Isfort, M.: Doppelt hilft besser bei Demenz. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt: Neue Wege bei der Betreuung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus Lübbecke, Köln 2011, S.11f.; online verfügbar unter: http://www.leben-mit-demenz.info/download/Abschlussbericht_Doppelt_hilft_besser.pdf [letzter Zugriff 21.11.2017]
- ⁸ Busch, S: Modellvorhaben nach § 45c SGB XI Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg – LeDeHa, Abschlussbericht, Hamburg 2016 (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg).
- ⁹ Siehe dazu http://www.kreis-paderborn.de/kreis_paderborn-wAssets/docs/50-sozialamt/Sozialplanung/Info-Mappe-Mein-roter-Faden-Netzwerk-Demenz.pdf [letzter Zugriff 21.11.2017]
- ¹⁰ Im Modellvorhaben LOTTA wurde ein Leistungsverzeichnis für die Beratungstätigkeit nach dem Arbeitsansatz des Case Management entwickelt und eingesetzt. Es ist zum Download verfügbar unter: <http://www.projekt-lotta.de> [letzter Zugriff 21.11.2017]
- ¹¹ Die Katholische Fachhochschule Mainz mit dem SILQUA-FH-Projekt CM4Demenz ist der Forschungspartner des Praxisprojekts LOTTA. Vgl. dazu auch unter www.projekt-lotta.de [letzter Zugriff 21.11.2017].
- ¹² Im Modellkreis wurden bislang Erfahrungen gesammelt mit dem Carenap D und BIZA-D. Vgl. dazu: Riesner, Ch.: Menschen mit Demenz und ihre Familien. Das personenzentrierte Bedarfsassessment CarenapD ; Hintergründe, Erfahrungen, Anwendungen, Hannover 2010; Emme von der Ahe, H.; Weidner, F.; Laag, U.; Isfort, M.; Meyer, S. H.: Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI, Minden 2010.

- ¹³ Vgl. Rüsing, D.: Qualität in der Beratung. Klientenzufriedenheit als Indikator für eine gelingende Beratung. Herausgegeben vom Dialogzentrum Demenz Landesinitiative Demenz Service. Universität Witten-Herdecke. Witten 2007, 21: „Aus der Forschung ist weiterhin bekannt, dass Informationen und Hilfestellungen immer in einem begrenzten Zeitraum gegeben werden müssen. Insofern ist eine Fokussierung auf einzelne Bereiche während einer Sitzung ausgesprochen sinnvoll. Wald et al. entwickelten ein Modell der ‚rule of three‘.“
- ¹⁴ Vgl. dazu: Buijssen, H.: Die Beratung von pflegenden Angehörigen, Weinheim 1996.
- ¹⁵ Vgl. auch Emme von der Ahe, H. (2011): LOGBUCH Demenz – Schnittstellenmanagement und Angehörigen-empowerment in der Betreuung von Menschen mit Demenz, in: Pro Alter, Juli / August 2011, 43 – 46.
- ¹⁶ Vgl. Emme von der Ahe, H. (2015): Weiterentwicklung Demenz-Netz im Kreis Minden-Lübbecke. Abschlussbericht in der Zukunftswerkstatt De-menz des Bundesministeriums für Gesundheit, Minden; verfügbar unter: www.demenznetz.info [letzter Zugriff 21.11.2017]; Emme von der Ahe, H.; Adam, C. (2015): Hilfen bei Demenz früher eröffnen und erfolgreiche Strukturen dauerhaft implementieren. Das Beratungsgutscheinverfahren im Demenz-Netz im Kreis Minden-Lübbecke, in: ZCase Management 4/ 2015, 182 -188.
- ¹⁷ Vgl. Altvater, N.: Qualitätsrahmen für die Beratung in der Pflege, in: ProAlter 04/2017, 42 – 44.
- ¹⁸ Busch, S: Modellvorhaben nach § 45c SGB XI Leben mit (begin- nender) Demenz in Hamburg – LeDeHa, Abschlussbericht, Hamburg 2016 (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg).
- ¹⁹ Vgl. Isfort, M.: Rooming-in für Angehörige, in: Die Schwester Der Pfleger 48. Jahrg. 10|09.
- ²⁰ Vgl. dazu das gute Informationsmaterial des Bayerischen Staatsmi- nisteriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen unter: <http://www.eure-sorge-fesselt-mich.de> [letzter Zugriff 21.11.2017] oder die Broschüre des Landespräventionsrates Nord- rhein-Westfalen „Gefahren für alte Menschen in der Pflege. Basis- informationen und Verhaltenshinweise für Professionelle im Hilfesystem, Angehörige und Betroffene“.
- ²¹ Klie, Th.: Grenzen der Biografisierung. Erzählen und Verschwie- genheit, in: Praxis PalliativeCare, 06/2010, 38 – 39.
- ²² Vgl. Emme von der Ahe, H.: Biografiearbeit: die Wahrung der Lebensmelodie, in: Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie. Entwicklung und praktische Umsetzung in der Altenpflege mit Erstellung einer speziellen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, Hannover 20042, 43 – 51.
- ²³ Vgl. online: www.bundesaerztekammer.de/service/broschuerenar- beitspapiere/ [letzter Zugriff 21.11.2017].