

DIALOGZENTRUM DEMENZ

TRANSFER – WISSENSCHAFT – PRAXIS



Auftaktveranstaltung des DZD am 29. Mai 2006

DIALOGZENTRUM DEMENZ • TRANSFER – WISSENSCHAFT - PRAXIS

Tagungsband

© Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut f. Pflegewissenschaft, Dialogzentrum Demenz

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2303) 926306 • Fax +49 (2302) 926310

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 : Vorwort und Ausblick	3
Kapitel 2 : Tagungspräsentationen	6
2.1. Tagungsprogramm	6
2.2. Hans Braun	7
<i>Grußwort des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales; NRW</i>	7
2.3. Hr. Priv.-Doz. Dr. Martin Butzlaff –	11
<i>Die Bedeutung des Wissensbedarfes der Praxis für die Forschung</i>	11
2.4. Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik -	22
<i>Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz</i>	22
2.5. Christine Riesner –	29
<i>Auftrag und Ziele des Dialogzentrum Demenz (DZD)</i>	29
2.6. Charlotte Boes –	32
<i>Ergebnisse der Befragung der Praktiker hinsichtlich des formulierten Wissensbedarfes</i>	32
2.7. Detlef Rüsing –	38
<i>Was macht eine gelingende Beratung aus?</i>	38
2.8. Christine Riesner –	46
<i>Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten</i>	46
2.9 Charlotte Boes	51
<i>Assessments und Verhalten bei Demenz</i>	51
2.10. Prof. Christel Bienstein –	56
<i>Die Einbettung des Dialogzentrum Demenz (DZD) in die Pflegewissenschaft</i>	56
Kapitel 3 : Anhang	62
3.1. Konzeption Dialogzentrum Demenz	62
Kapitel 4 : Das Team des DZD	71

Kapitel 1

Kapitel 1 : Vorwort und Ausblick

Am 29. Mai 2006 fand im Forschungs- und Entwicklungszentrum, Witten, die Auftaktveranstaltung des Dialogzentrums Demenz (Transfer - Wissenschaft - Praxis) (DZD) statt. Etwa 100 geladene Gäste aus Politik, Pflegepraxis, Beratung und Forschung fanden sich ein, um der Präsentation der ersten Arbeitsschritte des Dialogzentrums zuzuhören und um die vorgestellten Ergebnisse mit den MitarbeiterInnen zu diskutieren.

Das Programm wurde abgerundet durch Fachvorträge aus dem Themenfeld Demenz von Herrn. Priv.-Doz. Dr. Martin Butzlaff, Frau Prof. Dr. Sabine Batholomeyczik und Frau Prof. Christel Bienstein.

Das Dialogzentrum Demenz: Transfer – Wissenschaft – Praxis wurde im Juli 2005 im Rahmen der Landesinitiative Demenz Service NRW gegründet und durch das Land NRW für drei Jahre finanziert. Angesiedelt ist es am Institut für Pflegewissenschaft an der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH.

Im Wesentlichen hat sich das DZD für seine Arbeit zwei Schwerpunkte gesetzt.

- Entwicklung von Forschungsthemen aus der Praxis und Vermittlung dieser an die Forschungslandschaft
- Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Versorgung Demenzerkrankter in die Praxis

Erklärtes Ziel der Arbeit der Mitarbeiter des DZD ist die Bereitung eines Dialoges auf Augenhöhe zwischen Praxis und Wissenschaft.

Das Team des DZD hatte in den Monaten vor der Auftaktveranstaltung mit Hilfe einer großen Fragebogenaktion Projektmitglieder der Landesinitiative Demenz Service NRW nach ihrem Wissensbedarf hinsichtlich der Versorgung und Betreuung Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen befragt. Ziel dieser Umfrage war es, erste Informationen zum Wissensbedarf der Praktiker zu bekommen. Die genannten Themen wurden kategorisiert und zu größeren Themenkomplexen zusammengefasst. Nach dieser Zusammenfassung von Einzelaspekten zu Themenkomplexen arbeiteten die MitarbeiterInnen des DZD einzeln an den Schwerpunkten mit Hilfe von Literaturrecherche weiter und beschäftigten sich tiefer gehend mit einzelnen Aspekten der Schwerpunkte. Ziel dieser Vorgehensweise war es, die wesentlichen zu bearbeitenden Aspekte und deren Verbindung untereinander zu erfassen, um diese dann wieder (zum ersten Mal bei der Auftaktveranstaltung) zur Diskussion und weiteren Bearbeitung ins Plenum zurückzumelden.

Auf diese Weise entstammen sämtliche bearbeiteten Themen der Praxis und sind somit in ihrer Notwendigkeit der Bearbeitung „geerdet“.

Selbstverständlich wurden mehr Themenkomplexe in der Befragung benannt, als sie von den MitarbeiterInnen in einem ersten Schritt bearbeitet werden konnten. Die Auswahl der fünf bearbeiteten Themen richtet sich im Wesentlichen nach der Häufigkeit der Nennungen in der Befragung. Diese fünf Themen sind:

- Was ist oder wann ist eine Beratung gelungen/gut?
- Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten für Angehörige und Demenzerkrankte
- Implementierung von Angeboten oder Konzepten in der Versorgung Demenzerkrankter
- Spezialisierte Assessments für Demenzerkrankte
- Herausfordernde Verhaltensweisen von Demenzerkrankten

Insbesondere das Feld der Beratung wurde sehr häufig in Einzelaspekten seitens der Befragten benannt. Dies ist aber neben seiner Wichtigkeit dem Umstand geschuldet, dass viele befragte ProjektmitarbeiterInnen der Landesinitiative in Beratungsprojekten tätig sind. Insofern kann diese erste Befragung zum Wissensbedarf der Praxis nur der Anfang der Eruierung von Themen sein. In einem nächsten Bearbeitungszyklus' müssen MitarbeiterInnen von in der Landesinitiative unterrepräsentierten Bereichen befragt werden. Zu diesen gehören die PraktikerInnen aus Krankenhäusern, Tagespflegen, gerontopsychiatrischen Fachbereichen und ambulanten Diensten.

Die von den MitarbeiterInnen des DZD entwickelten Einzelaspekte wurden die TeilnehmerInnen der Tagung zur Diskussion vorgestellt. Ziel dieses Vorgehens war, den TeilnehmerInnen die Möglichkeit zu geben, ergänzende Aspekte oder kritische Anmerkungen zu dem Vorgestellten zu äußern. Damit diese wichtigen Hinweise und zum Teil auch neuen Ideen nicht verloren gingen, wurde – ähnlich den Konsensuskonferenzen des DNQP – die jeweilige Diskussion zu einem Thema von einer Mitarbeiterin protokolliert. Von der Diskussionsmöglichkeit wurde bei einzelnen Themen reger Gebrauch gemacht. Die Präsentationen der Themen durch DZD-MitarbeiterInnen werden in diesem Tagungsband noch einmal mit ergänzendem Text zur Verfügung gestellt. Genau dies ist der Zweck dieses Bandes. Nochmals werden die verschiedenen entwickelten Aspekte der Themenschwerpunkte– hier nun schriftlich – dargelegt, um wiederum zur Auseinandersetzung anzureizen. Mittlerweile werden seitens des DZD's weiter vertieft an den Themen gearbeitet und wissenschaftliche Erkenntnisse in der Literatur gesichtet. In Bälde werden einzelne Teilnehmer der

Landesinitiative interviewt werden, um die Themenkomplexe und deren Einzelaspekte intensiv und praxisnah zu bearbeiten. Dies wiederum wird die Vorarbeit für themenbezogene kleinere Workshops mit Mitgliedern der Landesinitiative sein, auf denen dann bisherige Erkenntnisse vorgestellt werden und erste Schritte in Richtung einer Formulierung des Forschungsbedarfes durch die Praxis an die Wissenschaft unternommen werden. Ende des Jahres wird es eine große Tagung mit der Vorstellung des bisher recherchierten und erarbeiteten Materials zu einzelnen Themen geben.

In unseren Augen war die Auftaktveranstaltung ein großer Erfolg. Dies zeigte sich für uns insbesondere durch die hohe Beteiligung in den Diskussionen nach den Vorträgen.

Das zahlreiche Erscheinen von Teilnehmern aus verschiedensten Bereichen und auch der stete Kontakt in den letzten Monaten über fachliche Anfragen an uns, Einladungen zu Workshops und Tagungen als ReferentInnen oder TeilnehmerInnen und die öffentliche Wahrnehmung unserer Tätigkeit in Presse, Politik und Fachwelt zeigt uns, wie nötig der Dialog ist. Diesen weiter zu befördern gilt - mit einem großen Dank an Sie alle - unser Bestreben.

Ihr Team des Dialogzentrum Demenz

Kapitel 2 : Tagungspräsentationen

2.1. Tagungsprogramm

29.Mai 2006 Dialogzentrum Demenz Transfer-Wissenschaft-Praxis (DZD)

Uhrzeit	Thema	Referent
12.00-13.00	Registrierung / Stehkaffee	
	Begrüßung	Herr D. Rüsing (Dialogzentrum Demenz)
13.00-13.10	Begrüßung	Herr Priv.-Doz. Dr. Butzlaff Stellv. Dekan der Fakultät für Medizin
13.10-13.20	Grußwort	Herr Braun Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)
13.20-13.40	Die Bedeutung des Wissensbedarfes der Praxis für die Forschung	Herr Priv.-Doz. Dr. Butzlaff Stellv. Dekan der Fakultät für Medizin
13.40-14.10	Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz im stationären Bereich	Frau Prof. Dr. Bartholomeyczik Universität Witten/Herdecke
14.10-14.15	Auftrag und Ziele des DZD	Frau Riesner (Dialogzentrum Demenz)
14.15-14.30	Vorstellung der Ergebnisse der Befragung des DZD	Frau Boes (Dialogzentrum Demenz)
14.30-14.40	Diskussion	
14.40-14.55	Thema 1: Gelingende Beratung	Herr Rüsing (Dialogzentrum Demenz)
14.55-15.05	Diskussion	
15.05-15.45	Pause	
15.45-16.00	Thema 2: Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten	Frau Riesner (Dialogzentrum Demenz)
16.00-16.10	Diskussion	
16.10-16.25	Thema 3: Assessments bei Demenz / Herausforderndes Verhalten bei Demenz	Frau Boes (Dialogzentrum Demenz)
16.25-16.35	Diskussion	
16.35-16.55	Die Einbettung des DZD in die Pflegerwissenschaft	Frau Prof. Bienstein Leiterin Institut f. Pflegewissenschaft UW/H
16.55-17.00	Die nächsten Arbeitsschritte des DZD	Frau Riesner, Herr Rüsing

2.2. Hans Braun

Grußwort des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales; NRW

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
Sie haben mit Ihrer ersten Vermutung auf jeden Fall recht: vor Ihnen steht nicht der im Programm angekündigte Herr Borosch als Vertreter des Ministeriums. Selbiger ist kurzfristig in andere Verantwortungen gesetzt worden, indem er den erkrankten Abteilungsleiter zu vertreten hat.

Der Vertreter für Herrn Borosch bin heute ich. Mein Name ist Hans Braun und ich bin zum Glück mir den hier heute behandelten Sachverhalten originär vertraut, weil ich mit einer Unterbrechung zwischen 1998 und 2002 – seit 1994 als Mitarbeiter des Referates Pflegepolitik mit diesen Themen befasst bin.

So sollte die Gefahr gebannt sein – und ich der Peinlichkeit enthoben –, dass ich als Vertreter von Ministerialrat Roland Borosch heute über Dinge sprechen muss, von denen ich kaum etwas verstehe.

Meine Damen und Herren,
unser Minister, Karl-Josef Laumann, erschreckt seine „fachpolitischen“ Zuhörer nicht selten mit zwei prononcierten Behauptungen.

Erste Aussage: „Ich habe oft den Eindruck, dass Standards in der Pflege von Leuten entwickelt werden, die sie dann aber nachher nicht selbst bezahlen müssen!“

Zweite Aussage, zumeist als Frage formuliert: „Kann mir mal einer sagen, warum die stationäre Pflege in NRW im Vergleich zu anderen Flächenländern der Bundesrepublik mit die teuerste ist?“ Sie können versichert sein, der Minister ist ein viel zu erfahrener Politiker, als dass er solche Sätze nur eben mal dahinreden würde.

Ganz im Gegenteil!

Er rührt mit diesen ja durchaus absichtsvollen Aussagen an einen wunden Punkt:

Wir haben seit 1994 durchaus unter dem Zwang der dann mit dem SGB XI eintretenden neuen Verhältnisse als Politik erst einmal abgearbeitet, was aufgrund gesetzlicher Vorgaben und an erforderlichen Maßnahmen abzuarbeiten war.

Das war richtig und das war wichtig.

Was dabei aber in mancherlei Hinsicht hat zurücktreten müssen, ist die Aufgabe, die mit SGB XI und Heimgesetz gesetzlich geregelte Welt der Pflege und Betreuung mit dem zu verknüpfen, was außerhalb dieses Regelsystems an Aufgaben in Pflege, Hilfe und Betreuung existierte – aber in vielerlei Hinsicht wenig bearbeitet, durchdrungen und nicht selten ungelöst geblieben ist.

Also heißen die rhetorischen Provokationen im Klartext: „Pflege nicht nur in dem Regelwerk bisheriger gesetzlicher Rahmensetzung wahrnehmen. Nicht da die Weiterentwicklung suchen, wo die Kostenfrage schon jetzt übermächtig entgegensteht. Sondern den Blick auf das richten, was wirklich noch defizitär ist – und wo schon geringer zusätzlicher Aufwand noch viel bewirken kann.

Meine Damen und Herren,

die Themenbereiche, um die es dabei geht, kennen Sie so gut wie ich – zwei von ihnen will ich ansprechen:

Es ist zum einen die **häusliche Versorgung**, die – zwar mit dem Pflegeversicherungsgesetz förmlich anerkannt - trotzdem nur mit Mühe den Blick von Politik und Wissenschaft hat auf sich ziehen können und erst in den letzten Jahren stärker in die Wahrnehmung getreten ist,

es ist zum anderen der Problemkreis der **Demenzerkrankungen**, der im Refinanzierungssystem des SGB XI, da haben wir keinen Anlass drumrum zu reden, bislang schlicht nicht angemessen berücksichtigt ist.

Es geht also jetzt nicht darum, das bereits im Kern Geregelte noch aufwendiger, noch besser und damit zumeist auch noch teurer zu regeln. Wichtiger ist es vielmehr, das noch nicht Geregelte in Angriff zu nehmen.

Meine Damen und Herren,

derzeit beschäftigt man sich in der Bundeshauptstadt mit großen Reformvorhaben.

Da ist für uns besonders wichtig die **Föderalismusreform**, die sich womöglich gravierend auf das **Heimgesetz** auswirken wird und der Landespolitik unter Umständen ganz neue Handlungsmöglichkeiten zuordnet.

Genauso wichtig ist jedoch die beabsichtigte **Reform des SGB XI**: Hier geht es um die langfristige Finanzierbarkeit, hier geht es auch um die Balance zwischen häuslicher Pflege und Pflege in stationären Einrichtungen, aber hier geht es auch um den **Pflegebegriff – Stichwort Demenz**.

Ob und inwieweit eine angemessene Refinanzierung für den Bereich der Demenzerkrankungen erreicht werden kann, lässt sich heute noch nicht abschätzen.

Klar ist und war uns jedoch, dass verantwortliche Landespolitik nicht auf bundeshauptstädtische „Wunder“ warten kann und darf – deshalb sind wir bereits vorab bewusst in dem Rahmen aktiv geworden, der landespolitisch ausgefüllt werden kann.

Unmittelbar nach der Novelle unseres Landespflegegesetzes Ende 2003 haben wir ein Projekt erarbeitet, das in Nordrhein-Westfalen inzwischen einen gewissen Bekanntheitsgrad erreicht hat und wie uns Rückmeldungen glauben lassen, auch lebhaft begrüßt wird.

Ich rede von der **Initiative Demenz-Service**.

Ich brauche das im Einzelnen in diesem Kreis von Fachleuten nicht auszuführen, nur einige Stichworte:

Aufbau von acht **Demenz-Servicezentren**,

über 500 **niedrigschwellige Angebote** auch mit der Zielrichtung Demenz,

Erarbeitung eines **Curriculums für die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI**

Und – das führt uns heute hier zusammen – **Aufbau des Dialogzentrums Demenz** – wo es um den Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis geht.

Meine Damen und Herren,

das Land fördert dieses Projekt und ist in der glücklichen Lage, mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke – zusammen mit dem IPW in Bielefeld und weiteren sehr namhaften Einrichtungen im Land selbst – auf ausgewiesenen Sachverstand zurückgreifen zu können.

Ich gehe jetzt nicht auf die Einzelheiten des Vorhabens ein. Das werden die damit täglich Befassten Ihnen in den kommenden Stunden besser und eindrücklicher darstellen, als ich es könnte.

Ich will vielmehr meiner Überzeugung Ausdruck geben, dass dieses Projekt in guten Händen liegt und wir seine Ergebnisse schon lieber heute als erst morgen hätten.

Denn auch Minister Laumann unterstützt das bereits vor seiner Amtszeit entwickelte Projekt intensiv und konstruktiv und sieht zu recht in der Verbesserung des Wissenstransfers einer jener Bereiche, wo mit geringen Mitteln, aber durchdachtem Handeln viel, viel erreicht werden kann.

Wie überhaupt das Thema Pflege für ihn einen hohen Stellenwert hat. Das ist z.B. daran abzulesen, dass er voraussichtlich im September des Jahres in einer Kette öffentlicher Veranstaltungen in allen Regionen Nordrhein-Westfalens die häusliche Pflege zum Thema machen wird und dann zum Thema den persönlichen Kontakt zu pflegenden Angehörigen suchen wird.

Aber nun erst einmal zu der Thematik von heute.

Ich bin sicher, dass auch ich heute hier hinzulernen kann und ich wünsche allen Gästen, dass sie nach Abschluss der Veranstaltung bereichert dem jeweiligen Zuhause zustreben können.

Ich danke für die freundliche Aufmerksamkeit.

Hans Braun

Die Bedeutung des Wissensbedarfes der Praxis für die Forschung

Dialogzentrum Demenz, 29. Mai 2006

PD Dr. Martin Butzlaff, MPH

Problem I

- 15-20 Jahre bis neue Erkenntnisse in der Praxis ankommen, *Antes et al. 2000 DMW*
- Viele kommen gar nicht an!
101 Therapieansätze
 - 27 klinische Studien
 - 19 mit positiven Resultaten
 - 5 mit ZulassungStärkster Prädiktor: Industriebeteiligung

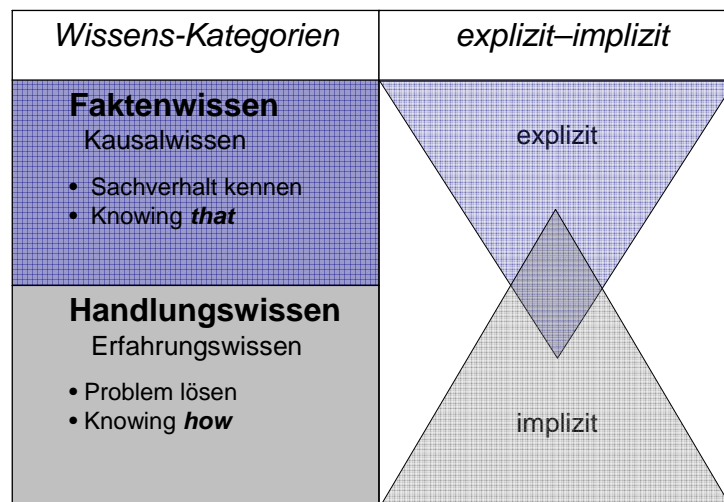
Contopoulos-Ioannidis et al. 2003, Am J Med

Problem II

- Demenz wird tabuisiert (auch bei Berufsgruppen im Gesundheitswesen)
- Fortbildungs-Curricula weisen deutliche Defizite auf:
 - praxisfern
 - nicht evidenzbasiert
 - überholte didaktische Konzepte

Abholz et al. ZfA 2004

Wissensformen



Wissen in der Medizin

Muir Gray, Institute of Health Sciences, University of Oxford, UK 2001

explizites Wissen	implizites Wissen
von Forschern und Wissenschaftlern entwickelt	von Praktikern, Pflegenden, Patienten, Managern generiert
in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert	selten aufgeschrieben, noch seltener publiziert
beschreibt, was zu tun ist	beschreibt, wie etwas zu tun ist
generalisierbar	stark personengebunden
traditionell sehr hoch wertgeschätzt	traditionell wenig wertgeschätzt

Evidence based Medicine – what it is and what it isn't

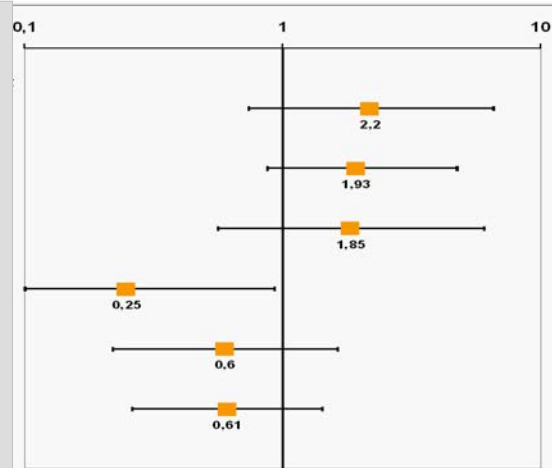
Sackett et al, BMJ 1995

„The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.“

Einfluss von Wissens-Eigenschaften auf Implementierung: Odds Ratios

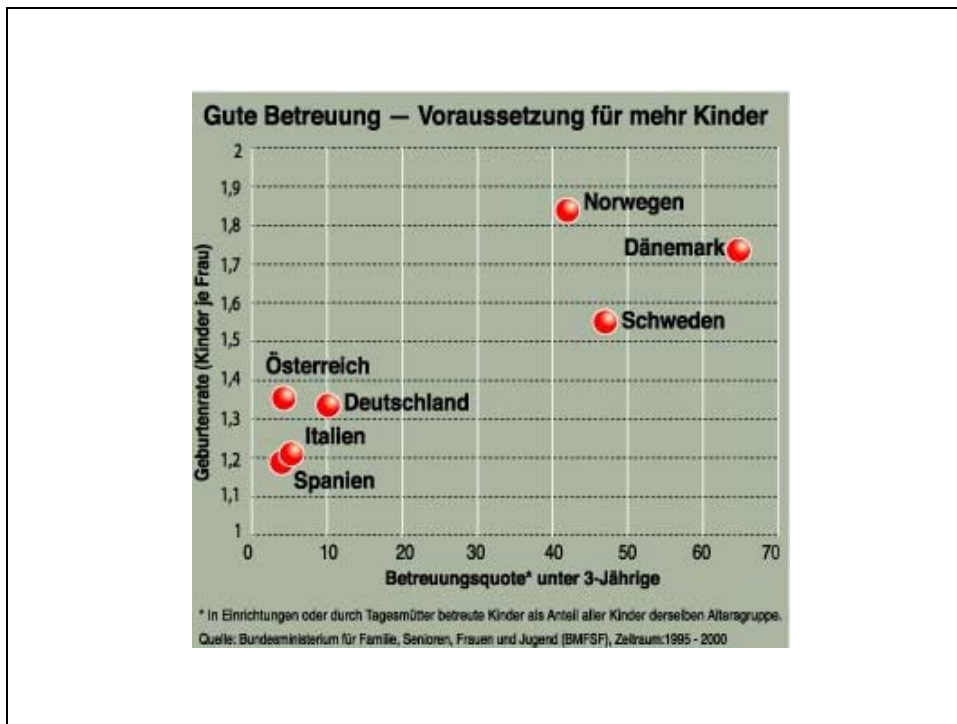
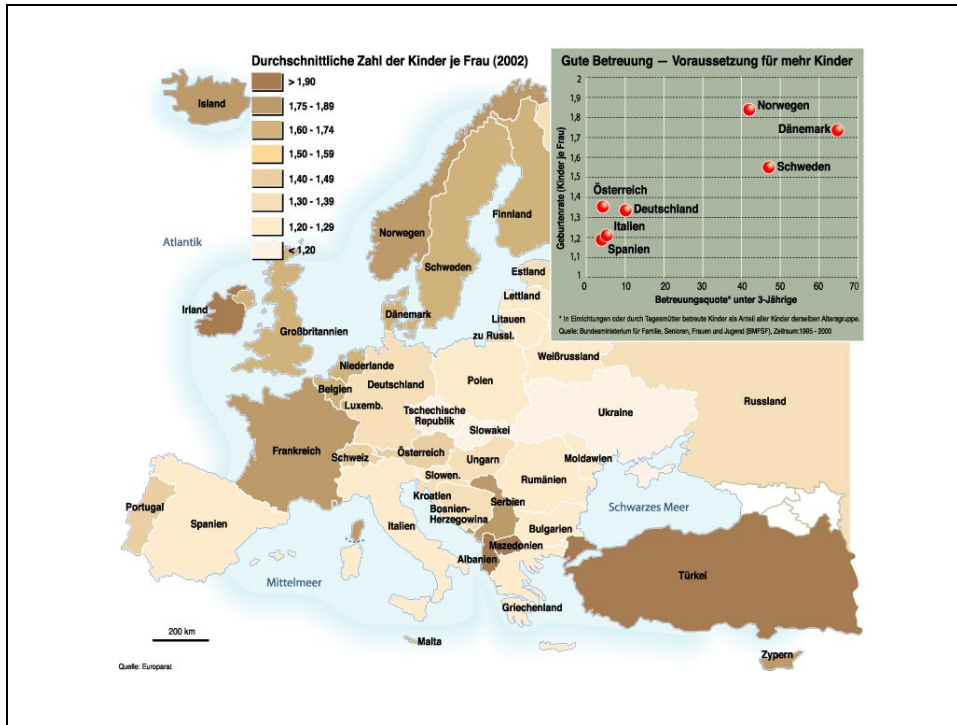
nach: Burgers JS, Grol RP et al Br J Gen Pract 2003

- + kompatibel mit bestehenden Werten und Normen
- + evidenzbasiert
- + leicht zu befolgen
- erfordert neue Fähigkeiten
- erfordert neues Wissen
- erfordert Änderungen täglicher Routinen



Irrtum 1: „Kinder kriegen die Leute immer“. Konrad Adenauer 1966





Verhältnis der Generationen

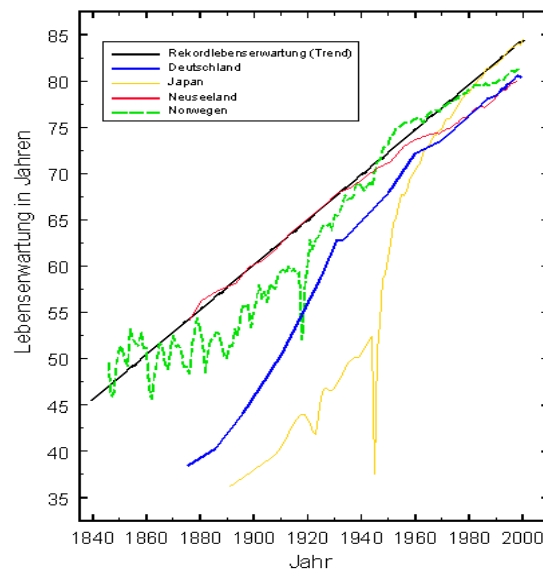
	1950	2000	2050
„Altenquotient“ = Verhältnis der Berufstätigen zu Rentnern + Pensionären Anzahl der Menschen über 60 Jahre zu je 100 Menschen im Alter von 20-60 Jahren	27	44	78

	1950	2000	2050
„Altenpflegequotient“ = Verhältnis der pot. Pflegebedürftigen zu den Pflegenden Anzahl der Menschen über 80 Jahre zu je 100 Menschen im Alter von 40-60 Jahren (typische Versorger)	< 6	12	55

Irrtum 2: „Älter können wir nicht mehr werden“

- Louis Dublin, 1928: *„Ultimate life expectancy 64,75 years.“*
- S.J. Olshansky, 1990: *„Life expectancy at age 50 should not exceed 35 years.“*
- J. Oeppen, J. Vaupel, 2002 (Science):
„Diese sogenannte Mortalitätsforschung steckt voller empirischer Fehler und bestätigt leider den Irrglauben, dass unsere Lebenserwartung nicht weiter steigen kann. Nichtsdestrotz hält dieser Irrglaube an, genährt von ex cathedra Verkündungen und gegenseitigem wissenschaftlichen Zitieren“

Irrtum 2: „Älter können wir nicht mehr werden“.



Grafik: Max-Planck-Institut für demografische Forschung

Complexity of Work and Risk of Alzheimer's Disease: A Population-Based Study of Swedish Twins

Ross Andel,¹ Michael Crowe,² Nancy L. Pedersen,^{3,7} James Mortimer,⁴
Eileen Crimmins,⁵ Boo Johansson,⁶ and Margaret Gatz^{3,7}

¹School of Aging Studies, University of South Florida, Tampa.

²Department of Psychology, University of Alabama at Birmingham.

³Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, The Karolinska Institute, Stockholm, Sweden.

⁴Department of Epidemiology and Biostatistics, University of South Florida, Tampa.

⁵Andrus Gerontology Center, University of Southern California, Los Angeles.

⁶Department of Psychology, Göteborg University, Sweden.

⁷Department of Psychology, University of Southern California, Los Angeles.

Journal of Gerontology, 2005

Swedish Twin Study

Andel et al., Journal of Gerontology 2005

- Zusammenhang zwischen der Komplexität beruflicher Tätigkeiten mit dem Auftreten einer Demenz im Alter?
- Schwedisches Zwillingsregister, seit 1961 geführt
- 10.300 Zwillinge über 65 J. einbezogen
- Fall-Kontroll-Studie: Vergleich Demenzkranker mit gesunden Zwillingen hinsichtlich beruflicher Tätigkeiten
- Drei Tätigkeitskategorien: komplexe Tätigkeiten mit **Dingen - Daten - Menschen**

Case-Control Analyses of Association Between Occupational Complexity and Risk of Dementia and Alzheimer's Disease (AD) Only

Variable	OR Adjusted for Education (95% CI)
Complexity with things	
all dementias	1.07 (1.00-1.14)
AD only	1.06 (0.98-1.15)
Complexity with data	
all dementias	1.00 (0.91-1.09)
AD only	0.98 (0.88-1.10)
Complexity with people	
all dementias	0.86 (0.76-0.98)
AD only	0.83 (0.70-0.98)

Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia among Persons 65 Years of Age and Older

Eric B. Larson, MD, MPH; Li Wang, MS; James D. Bowen, MD; Wayne C. McCormick, MD, MPH; Linda Teri, PhD; Paul Crane, MD, MPH; and Walter Kukull, PhD

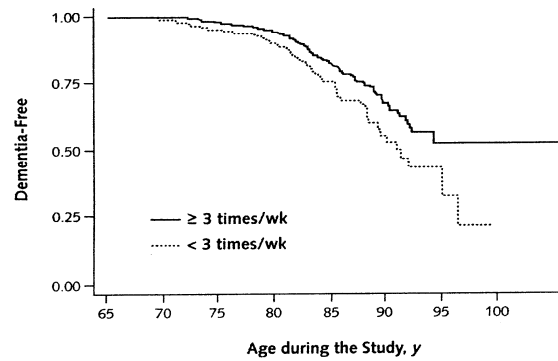
Exercise and reduced risk for incident dementia

Larson et al, Annals of Internal Medicine 2006

- Schützt regelmäßige körperliche Betätigung vor dem Auftreten einer Demenz?
- Prospektive Kohortenstudie, HMO Seattle
- 1740 Personen > 65 J., Beobachtungszeit 6,2 Jahre
- alle potenz. RF erfasst: RR, Rauchen, Cholesterin etc.
- Vergleich körperlicher Aktivität
 - > 3x wöchentlich
 - < 3x wöchentlich

Erkrankungswahrscheinlichkeit für Demenz um 32% reduziert

Figure 1. Kaplan-Meier survival estimates for the probabilities of being dementia-free.



Persons who exercised 3 or more times per week were more likely to be dementia-free than those who exercised fewer than 3 times per week.



Forschungswissen auf dem Weg in die Praxis – und zurück

- Transport von Wissen reicht nicht aus
- Erfolgreiche Implementierung von neuem Wissen beruht auf
 - sinnvollen Fragestellungen aus der Praxis und
 - einem *Dialog* in Augenhöhe
- *Explizites Wissen* benötigt das Element der *Erfahrung*, um aufgenommen, internalisiert und im Alltag umgesetzt zu werden.

2.4. Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik -

*Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei
Menschen mit Demenz*



**Rahmenempfehlungen zum Umgang
mit herausforderndem Verhalten bei
Menschen mit Demenz**

im Auftrag des
Bundesgesundheitsministeriums
Projektverbund
Laufzeit: 1.6.2004 bis 31.5.2006



Rahmenempfehlungen Pflege: Herausforderndes Verhalten bei Demenz



Qualitätsinstrument

Rahmenempfehlungen zur Anwendung:

- in der Pflege
- in stationären Einrichtungen

Wie andere Qualitätsinstrumente:

- Beruhend auf internationalen Forschungsergebnissen
- Ergebnis eines Diskurses und Konsenses einer Expertengruppe



Rahmenempfehlungen Pflege: Herausforderndes Verhalten bei Demenz

Qualitätsinitiativen

	Entwickelnde Disziplinen	Adressaten Disziplinen	Operationalisierungsgrad	Struktur
Rahmenempfehlungen	multi	mono	eher gering	Empfehlungs- aussagen, Rahmen
Experten- standards (DNQP)	mono (+ Vertreter der Betroffenen)	mono	eher hoch	Struktur, Prozess, Ergebniss
Qualitäts- niveau (BUKO QS)	multi	multi	unterschiedlich	Kernaussagen, Ziele, Matrix
Ärztliche Leitlinien	mono (multi)	mono	eher hoch	verschieden

Begriffe für Verhalten

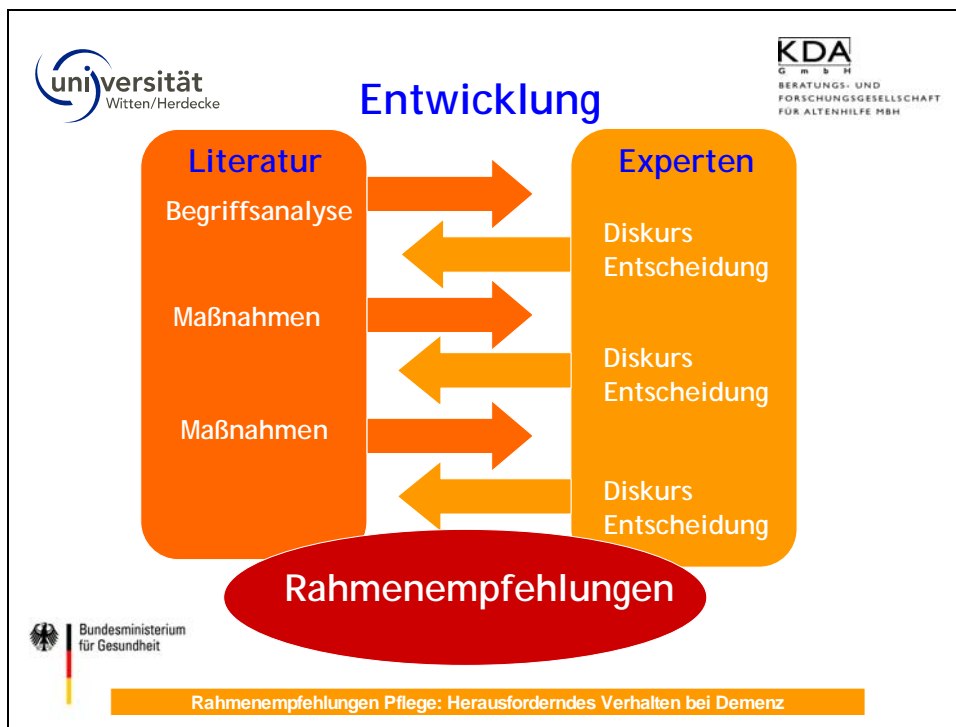
- auffälliges, störendes, selbst schädigendes Verhalten
- Wer definiert? Was ist „normal“?
- Wo liegen die Gründe?
- BPSD (behavioural and psychological symptoms of dementia)

Herausforderndes Verhalten

- fordert zum Umgang damit heraus
- dasselbe Verhalten kann herausfordernd und nicht herausfordernd sein
- Gründe/Anlässe im interpersonellen Kontext
- Ansetzen im interpersonellen Kontext: Beziehungsgestaltung

Verhaltensarten

- Herausforderndes Verhalten in stationären Pflegeeinrichtungen von 38 % bis 76 % (Schätzungen, Durchschnittszahlen)
- Schlechte Vergleichbarkeit der Studien
- Mehr Definitionen als Begriffe: Agitation, Aggressivität, Vokalisation, Apathie



- Pflegerische Maßnahmen**
- Verstehende Diagnostik + Einsatz von Assessmentinstrumenten
 - Validieren
 - Erinnerungspflege
 - Berührung, Basale Stimulation, Snoezelen
 - Bewegungsförderung
 - Pflegerisches Handeln bei akuten psychiatrischen Krisen
- Bundesministerium für Gesundheit
- Rahmenempfehlungen Pflege: Herausforderndes Verhalten bei Demenz

Verstehende Diagnostik

Jedes Verhalten hat Gründe!

- Perspektive des Demenzkranken im Mittelpunkt
- Verstehen des Verhaltens
- Strukturmodell verwenden
- Fallbesprechungen

NDB Modell

Need Driven Dementia Compromised Behaviour Model

Hintergrundfaktoren

- Neurologischer Status
- Demographische Variablen
- Psychosoziale Variablen

Proximale Faktoren

- Physiologische Bedürfnisse
- Psychosoziale Bedürfnisse
- Physikalische Umgebung
- Soziale Umgebung


Verhalten

Validieren

„Mode“, verschiedene Schulen, „therapeutischer“ Ansatz

- **Grundhaltung**
- **Einfühlungsvermögen, Akzeptanz der Demenz**
- **Verstehen von Beweggründen**

Grundlagen

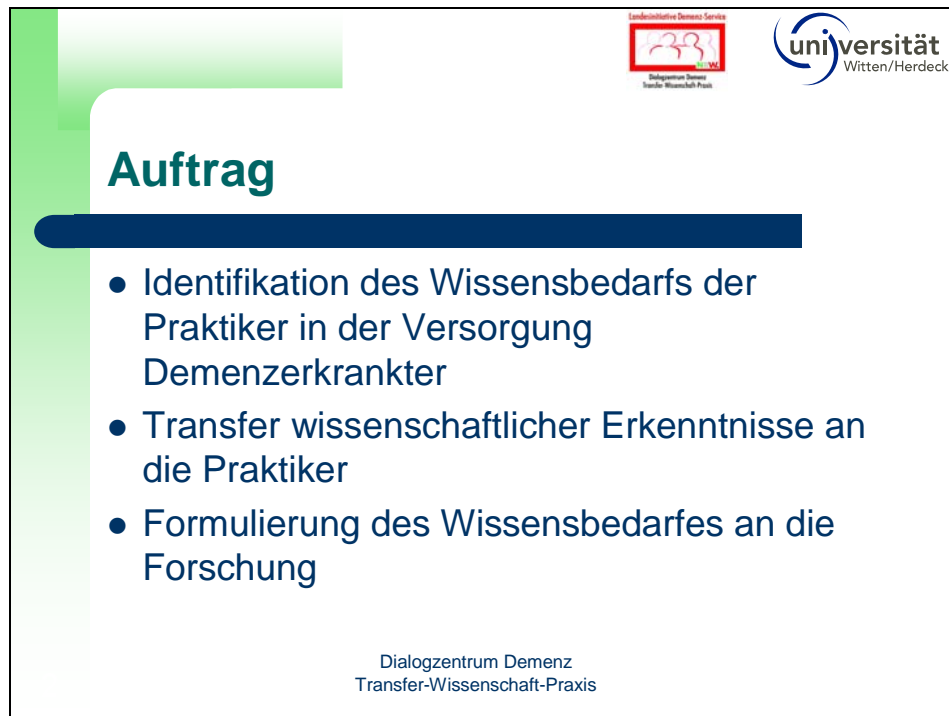
- **Pflegeverständnis**
- **Kernelement Beziehungsgestaltung**
- **Kenntnisreiche Unterstützung durch Management**
- **Organisation orientiert auf Menschen mit Demenz**

Nächste Schritte: Desiderata

1. Implementierungsprojekte mit Evaluation
2. Weitere Konkretisierung (z.B. durch Expertenstandards)
3. Grundlage für gute Forschung (in Deutschland)

2.5. Christine Riesner –

Auftrag und Ziele des Dialogzentrum Demenz (DZD)



Auftrag

- Identifikation des Wissensbedarfs der Praktiker in der Versorgung Demenzerkrankter
- Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse an die Praktiker
- Formulierung des Wissensbedarfes an die Forschung

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Der Auftrag des Dialogzentrums Demenz besteht darin, einen Theorie-Praxis-Transfer herzustellen. Das theoretische Wissen hat gerade in den letzten Jahren international deutlich zugenommen, auf vielfältigen Ebenen wurde beispielsweise zu Fragen der Versorgung von Menschen mit Demenz, zu Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige und zum Erleben von Menschen mit Demenz geforscht. Diese bestehenden Erkenntnisse müssen sich natürlich in der Praxis verbreiten, um hier letztlich die Qualität der Versorgung auf allen Ebenen zu verbessern. Aus Sicht der Praxis ist es jedoch nicht leicht, auf dieses Wissen zuzugreifen. Forschungsergebnisse werden häufig in einer Sprache verfasst, die für Praktiker schwer verständlich ist. Die überwiegende Anzahl von Forschungsberichten ist zudem in englischer Sprache zugänglich und damit nur für Praktiker lesbar, die diese Sprache ausreichend beherrschen. Eine weitere Problematik besteht in der inhaltlichen Beurteilung von Forschungsberichten. Um beurteilen zu können, ob ein Forschungsergebnis für die konkrete Praxissituation anwendbar ist, muss die Güte des Forschungsdesigns- also die Art und Weise der Durchführung beurteilt werden können. Ebenso muss eingeschätzt werden können, ob das Ergebnis dieser Forschung tatsächlich auf die eigene Praxis übertragen werden kann.

Zur Beurteilung dieser Fragen sind wissenschaftliche Kompetenzen notwendig, die in der Pflegepraxis bisher kaum vorhanden sind.

Ziele

- Vorbereitung und Erstellung eines dauerhaften Dialoges zwischen Praxis und Forschung

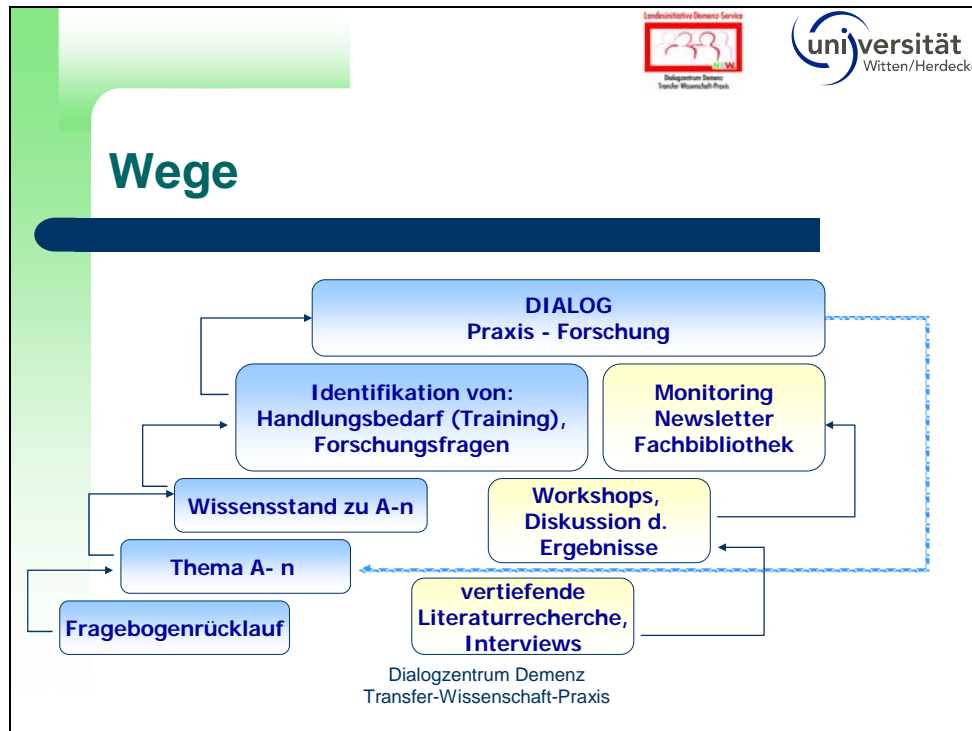
Wissenschaft für die Praxis

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Das Dialogzentrum Demenz versteht sich als Kommunikationsbrücke zwischen Wissenschaft und Praxis, um die beschriebenen Schwierigkeiten des Wissenstransfers abzubauen. Dabei soll zuerst der Wissensbedarf der Praktiker gesammelt werden. Anhand der Themen, zu denen Praktiker Wissen brauchen, wird in der wissenschaftlichen Literatur nach Antworten gesucht. Diese Antworten werden den Praktikern in verständlicher Weise zurückgegeben. Gleichzeitig werden Forschende der Versorgungsforschung im Bereich Demenz über den Wissensbedarf der Praktiker informiert, um den Wissenschafts- Praxis-Dialog zu unterstützen. Aus dem Wissensbedarf der Praktiker können sich Forschungsfragen ergeben. Diese Forschungsfragen sind für Forschende in der Versorgungsforschung wichtig, weil sich hier konkrete wissenschaftliche Aufgabenstellungen aus der Praxis stellen, die bearbeitet werden müssen.

Das Dialogzentrum Demenz hat seine Arbeit mit der Versendung eines Fragebogens an die Praktiker begonnen. Hier wurde ohne Vorgaben nach Themen gefragt, zu denen die Praktiker aus den verschiedenen Bereichen der pflegerischen Versorgung Wissen benötigen.

Nachdem die zurückgeschickten Fragebögen ausgewertet waren, ergaben sich vier Themenbereiche, die auf dieser Auftakttagung vorgestellt werden sollen. Ein fünfter Themenbereich befasst sich mit der Implementierung von Angeboten und wird zeitversetzt bearbeitet.



Mit der Vorstellung der vier Themenfelder soll den anwesenden Praktikern auch Gelegenheit gegeben werden, direkt in die Diskussion über die Ausrichtung und die Gewichtung von Aspekten jedes Themas gegeben werden. Die Diskussionen wurden in diesen Tagungsband aufgenommen.

Im nächsten Schritt werden die Themenfelder bearbeitet, indem das bestehende Wissen zusammengetragen wird. Die Ergebnisse dieser Recherche werden den Praktikern und Forschenden schriftlich zur Verfügung gestellt. Parallel findet zu jedem Thema ein Workshop statt, auf dem bearbeitet wird, ob dieses bestehende Wissen ausreicht, um den Bedarf der Praxis zu erfüllen oder ob sich noch nicht beantwortete Wissensbedarfe ergeben. An diesem Dialog werden Forschende beteiligt.

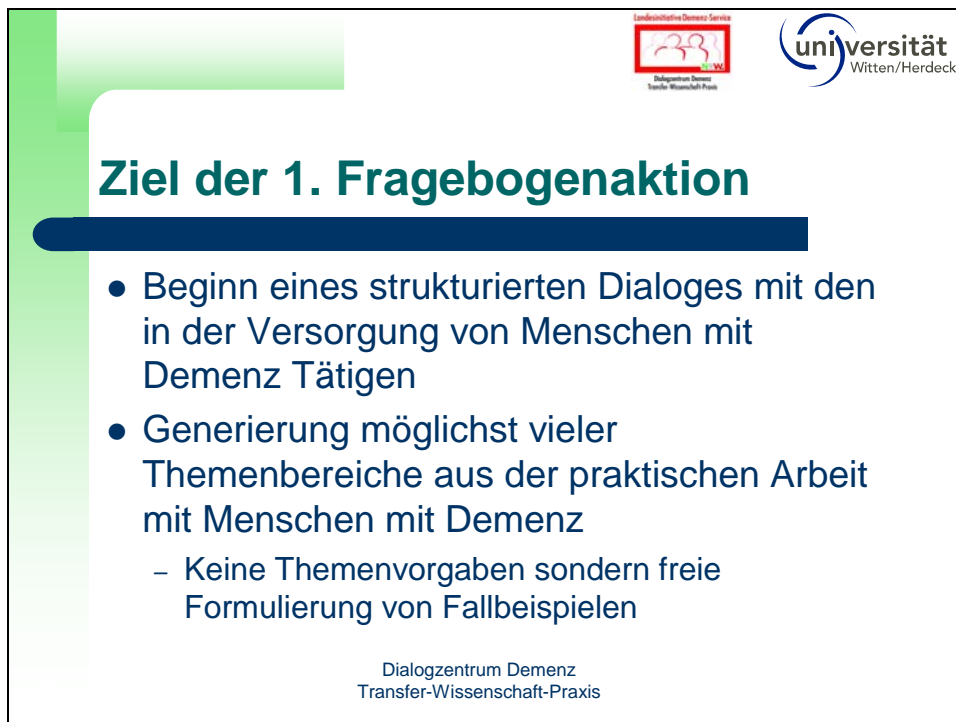
Da die beteiligten Praxisfelder in diesem Dialogprozess vermehrt aus den Feldern Beratung und niedrigschwellige Angebote bei Demenz bestanden, werden im nachfolgenden Dialogprozess vermehrt (teil)stationäre Praxisfelder einbezogen werden.

2.6. Charlotte Boes –

Ergebnisse der Befragung der Praktiker hinsichtlich des formulierten Wissensbedarfes

Die in diesem Vortrag vorgestellte Fragebogenaktion stellt die erste Phase des Dialogzentrums Demenz – Transfer Wissenschaft Praxis (DZD) dar. Sie soll den Dialog mit den Praktikern anregen und deren Problembereiche eruieren. Diese sollen in einem nächsten Schritt Eingang in die Forschung finden.

In dem Fragebogen waren die Teilnehmer aufgefordert worden, am Beispiel von Fällen aus ihrer Praxis Probleme im Arbeitsfeld Demenz aufzuzeigen. Es wurde bewusst auf die Vorgabe von Antworten im Sinne von Multiple Choice Fragen verzichtet. Dies sollte den Teilnehmern die Möglichkeit eröffnen, ihre Praxis in ihrer Sprache in den Mittelpunkt zu stellen.





Ziel der 1. Fragebogenaktion

- Beginn eines strukturierten Dialoges mit den in der Versorgung von Menschen mit Demenz Tätigen
- Generierung möglichst vieler Themenbereiche aus der praktischen Arbeit mit Menschen mit Demenz
 - Keine Themenvorgaben sondern freie Formulierung von Fallbeispielen

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Die ersten Fragebögen wurden im November 2005 versendet. Dabei sind im Wesentlichen geförderte Projekte der Landesinitiative Demenz Service NRW angeschrieben worden. Ein kleiner Teil der Fragebögen ging an Einrichtungen, die durch einen persönlichen Kontakt der Mitarbeiter entstanden sind.

Ende Februar 2006 wurde anhand der eingegangenen Fragebögen eine erste Themenauswahl getroffen. Alle nach diesem Datum eingegangenen Fragebögen sind weiter ausgewertet worden, damit sie bei der nächsten Themenfindung mit berücksichtigt werden können.





Versendung und Rücklauf der Fragebögen

- Versendung von insgesamt 136 Fragebögen im Zeitraum November/Dezember 05
 - Geringer Teil im Januar 06
- Mehrheitlich Versendung an kooperierende Institutionen der Landesinitiative Demenz Service NRW
- Rücklauf von 46 Fragebögen bis Ende Februar (entspricht ca. 34%)

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Die Antworten auf den Fragebogen waren sehr unterschiedlich. Einige Absender haben in Stichworten unterschiedliche, für sie interessante Themengebiete skizziert. Andere haben anhand von einem und zum Teil auch mehreren Fallbeispielen die Problembereiche aufgezeigt.





Auswertung der Fragebögen

- Zuordnung der Fragen/Themengebiete zu Oberbegriffen wie Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz, Öffentlichkeitsarbeit, Erreichbarkeit von potentiellen Klienten
- Unterscheidung nach den Hauptaufträgen der einzelnen Institutionen
 - Beratungsleistung
 - Niederschwellige Angebote
 - Stationäre Pflegeleistungen
- Aufzeichnung der Anzahl der Nennungen

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Zunächst wurden die beschriebenen Fragen und Probleme gesammelt und unterschiedlichen Oberbegriffen zugeordnet. Im Laufe der Auswertung kristallisierten sich die Schwerpunktthemen immer stärker heraus.. Weiterhin wurden die Anzahl der Nennungen aufgezeichnet und bei der Endauswahl der Themen gewichtet.

Im Laufe der Auswertung stellte sich heraus, dass es bei der Themennennung institutionell bedingte Unterschiede zwischen Beratungsinstitutionen, Anbietern von niederschweligen Angeboten und stationären Pflegeeinrichtungen gibt. Aus diesem Grund wurde bei der Auswertung nochmals unterschieden, aus welchem Bereich die Antworten stammten.



1. Ergebnis

- Probleme und Fragestellungen sind teilweise abhängig vom Auftrag der Institution
 - Fragen zu Verhalten von Menschen mit Demenz aus allen Bereichen
 - Fragen zu Beratungsprozess, Erreichbarkeit, Nützlichkeit von Entlastungsangeboten aus dem Bereich Beratung und niederschwellige Angebote
 - Fragen zu Implementierung und Umsetzung von Wohngruppen aus dem Bereich stationäre Pflege

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Hier ist ein Auswertungsschritt beispielhaft dargestellt




Beispiel für eine Auswertung

Thema	Integrierte Fragen	Nachfrage	Häufigkeit
Erreichbarkeit von Klienten	Warum werden Beratungsangebote aller Art nicht angenommen? Welche Hemmschwellen gibt es?	Anbieter von Beratungsleistungen und niederschweligen Angeboten	31
Umgang mit Verhaltensweisen	Umgang mit herausforderndem Verhalten Umgang mit verändertem Eßverhalten	Alle	22

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Aus den Fragebögen ließ sich die folgende Themenliste ableiten, wobei die ersten vier Themen nicht trennscharf voneinander abzugrenzen sind. Diese Auflistung ist die Grundlage für die Auswahl der Themen, die im nächsten Schritt von den Mitarbeitern des DZD bearbeitet werden sollen.

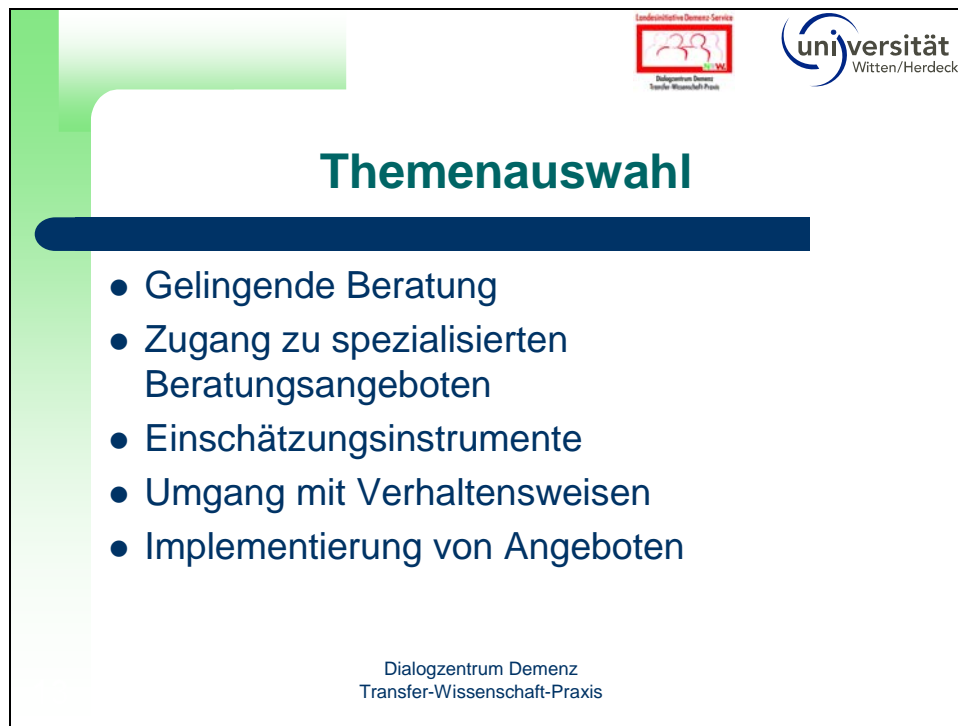



Themenliste

- Erreichbarkeit von Klienten
- Angebotsstruktur
- Angehörigenarbeit
- Beratungsprozess
- Einschätzungsinstrumente
- Umgang mit Verhaltensweisen
- Implementierung von Angeboten
- Diagnostik und Therapie
- Finanzierungsfragen

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Die Auswahl der Themen erfolgt auf der Basis der erarbeiteten Themenliste und ihrer Gewichtung anhand der Anzahl der Nennungen. Auf dieser Grundlage sind folgende Themengebiete zur Bearbeitung ausgewählt worden.



The slide features a green gradient bar on the left side. In the top right corner, there are two logos: the 'Landesinitiative Demenz Service' logo (a red square with white text and a stylized figure) and the 'Universität Witten/Herdecke' logo (a blue circle with the text 'uni versität Witten/Herdecke'). The main title 'Themenauswahl' is centered in a bold, dark green font. Below the title is a dark blue horizontal bar. Underneath this bar is a bulleted list of five items in dark blue text. At the bottom center, the text 'Dialogzentrum Demenz Transfer-Wissenschaft-Praxis' is displayed in a smaller, dark blue font.

Themenauswahl

- Gelingende Beratung
- Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten
- Einschätzungsinstrumente
- Umgang mit Verhaltensweisen
- Implementierung von Angeboten

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Die Problematik der Beratungsinstitutionen war bei dieser Fragebogenaktion ein eindeutiger Schwerpunkt. Dies ist der Struktur der Landesinitiative Demenz Service NRW geschuldet, die viele Projekte mit Beratungsauftrag fördert.

Für den nächsten Umlauf bedeutet dies, dass vermehrt Institutionen der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege berücksichtigt werden müssen, die meistens nicht unter dem Dach der Landesinitiative wirken.

Zusammenfassung und Ausblick

- $\frac{3}{4}$ der Fragebögen erhielten Institutionen mit einem Beratungsauftrag bzw. Anbieter von niederschweligen Angeboten
- Themenschwerpunkt: Beratung und deren Problematik
- Im nächsten Fragebogenzyklus sollen vermehrt ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen angeschrieben werden

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

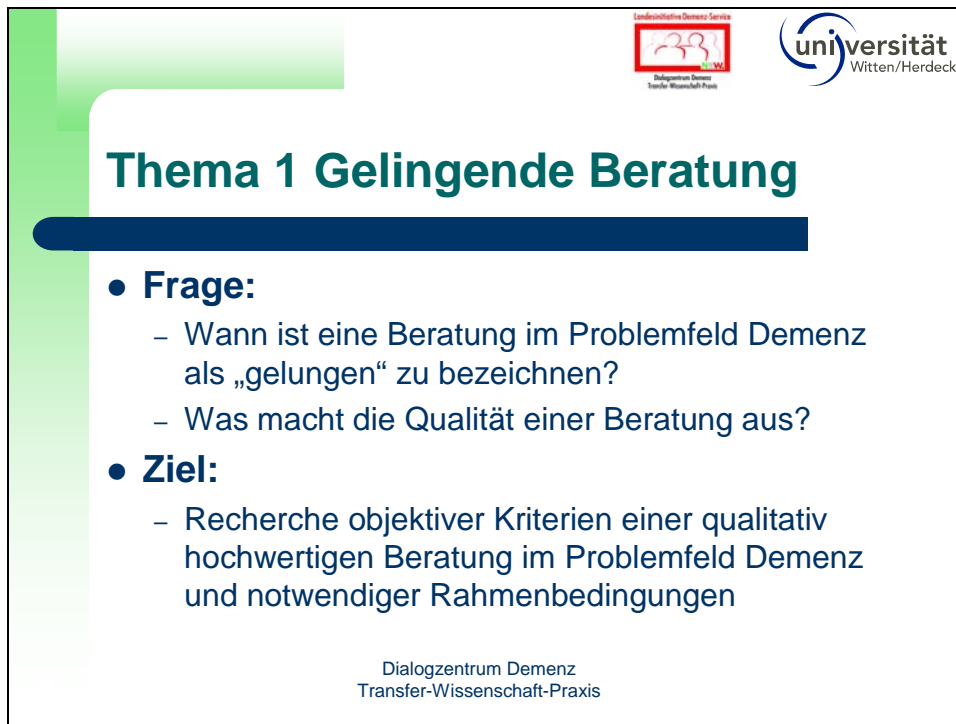
2.7. Detlef Rüsing –

Was macht eine gelingende Beratung aus?

Ein Themenschwerpunkt innerhalb des Beratungsschwerpunktes war die Frage nach der Güte (Qualität) von Beratung und möglicher Evaluationsweisen, um die Qualität der Beratung zu bestimmen. Viele Antworten aus der Befragung des DZD waren direkt oder indirekt mit dieser Thematik verbunden.

Fragestellung und Schwerpunkte

Eine erste Recherche zeigte deutlich, wie breit gefächert dieser Themenkomplex ist. Es gibt verschiedenste Aspekte, welche eine Rolle bei der Beantwortung der Frage nach den Kriterien einer gelungenen und/oder qualitativ hochwertigen Beratung im Feld Problemfeld Demenz spielen. Der Versuch der Beantwortung dieser aus der Beratungspraxis stammenden Frage mündet sicher in einer Bestimmung von Kriterien für eine objektiv hochwertige Beratung.



The slide features a green gradient background on the left side. In the top right corner, there are two logos: 'Landesinitiative Demenz Service' and 'universität Witten/Herdecke'. The main title 'Thema 1 Gelingende Beratung' is centered in a large, bold, dark blue font. Below the title, there are two bullet points: 'Frage:' and 'Ziel:'. The 'Frage:' section contains two sub-points: 'Wann ist eine Beratung im Problemfeld Demenz als „gelingen“ zu bezeichnen?' and 'Was macht die Qualität einer Beratung aus?'. The 'Ziel:' section contains one sub-point: 'Recherche objektiver Kriterien einer qualitativ hochwertigen Beratung im Problemfeld Demenz und notwendiger Rahmenbedingungen'. At the bottom center, the text 'Dialogzentrum Demenz Transfer-Wissenschaft-Praxis' is displayed.

Mögliche Kriterien betreffen verschiedene Bereiche. Hier sollen zunächst drei wesentliche Bereiche innerhalb des Gesamtkomplexes kurz inhaltlich angerissen und einzelne Aspekte vorgestellt werden. Diese Schwerpunkte sind:

- Die Rolle der Rahmenbedingungen von Beratung
- Wie zeigt sich Qualität von Beratung im Beratungsprozess
- und wie (und wer) bemisst (man) Effektivität und Nutzen von Beratung.

Schwerpunkte

- Rahmenbedingungen
- Beratungsprozess
- Effektivität/Nutzen

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Rahmenbedingungen

Bezüglich des ersten Aspektes stellt sich die Frage, welchen Einfluss die Rahmenbedingungen auf die Qualität und den Erfolg einer Beratung haben.

Rahmenbedingungen

- Kompetenzen der BeraterInnen (z.B. Haas-Unmüßig 2001)
 - Methoden-, Feld-, Selbst-, systemische Kompetenz
 - Rechtsverbindlichkeit („state of the art“)
- Einfluss des Beratungssettings
 - Beratung im Beisein der Betroffenen/ Beratung d. Betroffenen selbst, Beratung der Angehörigen
- Zeitkomponente
- Einzel- oder Gruppenberatung
- Materialien (audio, visuell, Broschüren u.s.w.)

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Dazu gehört selbstverständlich auch die Beratungskompetenz der Beratenden selbst. Haas-Unmüßig (2001) beschreibt verschiedene Kompetenzbereiche:

Diese sind:

- Methodenkompetenz
- Feldkompetenz
- Selbstkompetenz
- systemische Kompetenz

In diesem Zusammenhang sollte auch die „Rechtsverbindlichkeit“ von Beratung näher betrachtet werden. Kann man einen Berater als Angehöriger verklagen, wenn man von ihm Tipps zum Umgang mit den Angehörigen bekommt, die nicht dem „state of the art“ entsprechen? Dies ist so sicher zurzeit nicht möglich. Dies wiederum wirft die Frage auf – wenn es keine Rechtsverbindlichkeit gibt – ob Beratung von jedem durchgeführt werden kann; dies unabhängig von Ausbildung und persönlicher Eignung. Ist die Beratung im Themenfeld Demenz beliebig?

Ein weiterer Punkt ist das Beratungssetting. Unter welchen Umständen ist es besser, Angehörige oder Demenzkranke selbst in ihrer eigenen Häuslichkeit oder in einem Beratungsbüro zu beraten. Es gibt BeraterInnen, die sich explizit das Beratungsbüro als Standort für Beratung wünschen, damit sie mit Angehörigen in Ruhe – ohne die von Demenz betroffene Person – sprechen können. Auf der anderen Seite weiß man, dass auch das materielle Milieu großen Einfluss auf das Be-

finden und auch auf das Verhalten Demenzerkrankter hat. Insofern wäre es sinnvoll, vor Ort zu beraten. Für beispielsweise Wohnberatungen wäre eine Beratung ohne Ortsansicht nicht möglich. Allerdings ist hier auch der Wunsch des Kunden in erster Linie zu berücksichtigen. Manche Angehörige müssen erst Vertrauen bei einem Erstbesuch zur Beratungsinstanz aufbauen, bevor sie die Berater in die eigene Häuslichkeit einladen.

Eine weitere Frage ist, wie lang eine Beratungssitzung sein sollte, damit sie noch effektiv ist. Wer bestimmt die Länge einer Beratung? Handelt es sich um eine einzelne Sitzung oder sollte nach Möglichkeit über einen längeren Zeitraum begleitet werden (Case-Management)?

Des Weiteren gibt es die Möglichkeit einzeln oder in Gruppen zu beraten. Beides hat Vor- und Nachteile. Wäre vielleicht eine Kombination beider Settings die beste Wahl? Was bestimmt die Auswahl des Settings?

Zuletzt noch einige Anmerkungen zur Materialauswahl: Helfen den Betroffenen (Angehörige und Demenzerkrankte) Broschüren? Es gibt Forschungen zum Einsatz von Filmen im Bereich der Patientenedukation. Sollte in der Beratungssituation bereits auf der Basis von Materialien geschult werden.

Dies zusammengenommen sind nur einige Aspekte der Rahmenbedingungen, die aber eine hohe Relevanz für den Beratungsprozess haben

.

Der Beratungsprozess

Der Beratungsprozess ist von vielen Komponenten abhängig. Hier sollen zunächst nur einige Aspekte besprochen werden, die sicher in unterschiedlicher Weise und Stärke Einfluss haben.

Ein entscheidender Punkt ist der des Beratungskonzeptes. Sollte es ein Beratungskonzept geben? Muss es unterschiedliche Beratungskonzepte basierend auf den speziellen Wünschen der Klientel geben? Eine direkte Beratung von Demenzbetroffenen muss sicher anders strukturiert werden als bei Menschen mit anderen Krankheitsbildern oder Beratungssitzungen mit Angehörigen (Co-Betroffenen). Ist Offenheit gegenüber den Wünschen der Ratsuchenden oberste Maxime? Oder gibt es bestimmte Inhalte, die auch ungefragt unbedingt vermittelt werden sollten.

Beratungsprozess

- Beratungs- und Schulungskonzepte (Demenzproblematik)
- Assessments zur Ist-Situation
- Gestaltung des Erstkontaktes/Gestaltung eines langfristigen Beratungsprozesses
 - Häufigkeit der Beratung
 - Wechsel des Beratungssettings
- Existieren Beratungsstandards (für das Problemfeld Demenz)?
- Einsatz von Medien (DVD, Broschüren, Hörbücher u.s.w.)
- Möglicher Abbruch der Beratung (Klient/BeraterIn)
 - Wovon ist das abhängig?

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

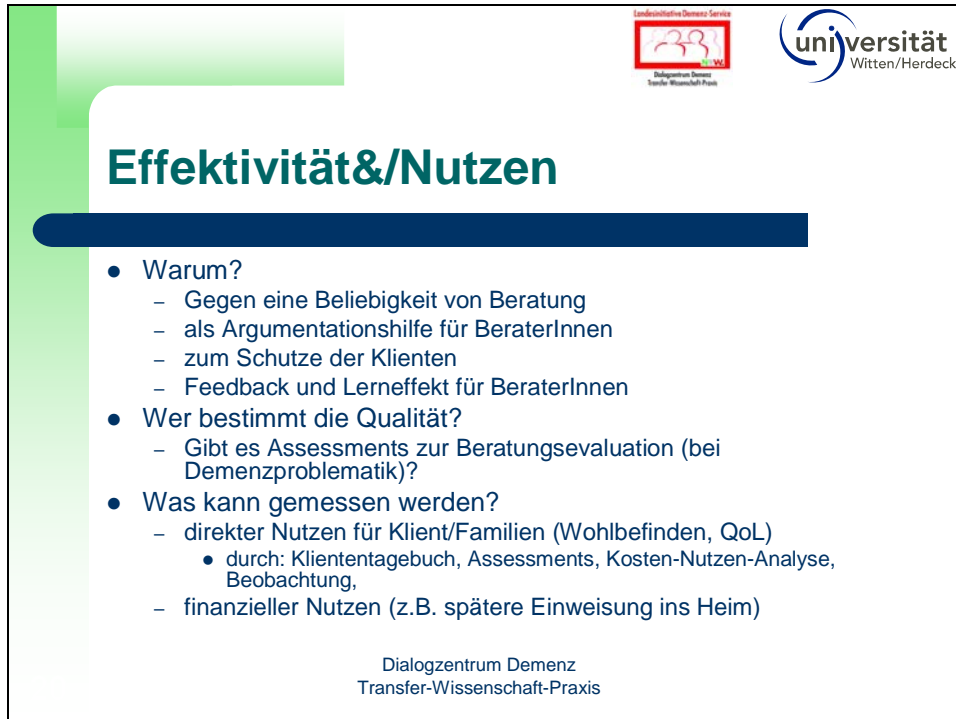
Wenn man ein Konzept der spezialisierten Beratung hat: Sollte mit strukturierten Erfassungsinstrumenten (Assessments) gearbeitet werden, um die Ist-Situation zu beschreiben? Würde nicht zuviel – ohne ein Assessment – verloren gehen, was für die Beratung wichtig wäre. Auf der anderen Seite nimmt ein Assessment bei einer einmaligen Beratung viel Raum ein. Würde durch das Assessment nicht zu viel Zeit für aktuelle Probleme und Wünsche der Ratsuchenden verloren gehen? Wie müsste ein praktikables Assessment aussehen, dass genügend Raum für Inhalte in einer einmaligen Beratungssituation lässt?

Bereits im vorherigen Abschnitt wurde angesprochen, dass sicher eine mehrmalige Beratung und Begleitung anderes aussehen müsste als eine einmalige Beratung. Auf der anderen Seite weiß der Berater (und oftmals auch der Ratsuchende) im Vorfeld nicht, ob es ein längerer Beratungsprozess wird. Eine mehrmalige Beratung allerdings wäre sicher konzeptuell anders aufgebaut als eine einmalige, möglicherweise Krisenintervention.

Eine weitere Frage könnte durch ausgiebige Recherche unter Umständen gelöst werden: Gibt es spezielle Beratungsstandards im Problemfeld Demenz. Wenn ja, inwieweit wurden diese evaluiert. Sehr interessant wäre es auch herauszufinden, ob es Studien zu Gründen des Abbruches von Beratungsprozessen seitens der Ratsuchenden und auch seitens der Beratenden selbst gibt. Hieraus könnten unter Umständen weitere wesentliche Rahmenbedingungen und auch Hinweise auf die Konzeption der Beratung abgeleitet werden

Warum eine Bemessung von Beratungsqualität

Wie effektiv und welchen Nutzen für wen eine spezialisierte Beratung im Feld Demenz hat, ist von sehr vielen Faktoren abhängig. Die Bemessung der Qualität der Beratung ist aber sicher unerlässlich. Trotzdem wäre die Ankündigung einer Qualitätsüberprüfung der Beratung nicht unproblematisch. Viele Beratungsinstitutionen verrichten diese Arbeit seit vielen Jahren und tun dies sehr gut (siehe Zahlen zunehmender Akzeptanz von Beratungsstellen) ohne ein ausgefeiltes Evaluationskonzept..



Effektivität&/Nutzen

- Warum?
 - Gegen eine Beliebigkeit von Beratung
 - als Argumentationshilfe für BeraterInnen
 - zum Schutze der Klienten
 - Feedback und Lerneffekt für BeraterInnen
- Wer bestimmt die Qualität?
 - Gibt es Assessments zur Beratungsevaluation (bei Demenzproblematik)?
- Was kann gemessen werden?
 - direkter Nutzen für Klient/Familien (Wohlbefinden, QoL)
 - durch: Kliententagebuch, Assessments, Kosten-Nutzen-Analyse, Beobachtung,
 - finanzieller Nutzen (z.B. spätere Einweisung ins Heim)

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Eine Beurteilung der Beratungsqualität anhand möglichst objektiver Kriterien hätte sicher für viele Beratende „Kontrollcharakter“ und würde zunächst auf Abwehr stoßen. Viele Beratungsstellen betreiben eine selbst entwickelte Evaluation ihrer Tätigkeit mit selbst entwickelten Kriterien. Eine Einigung auf „Standards“ der Beratung kann nur in Absprache mit den verschiedenen Institutionen vorangetrieben werden. Zu dieser Kriterienentwicklung ist das Know-how der beratenden Personen unbedingt von Nöten. Trotzdem wären Widerstände gegen eine Standardisierung von Qualitätskriterien aus genannten Gründen vorhersehbar.

Welche Argumente sprechen für die Entwicklung von Qualitätskriterien und eine Überprüfung der Beratungsqualität?

Eine solche – wohl überlegte – Evaluation wäre ein Schritt gegen eine Beliebigkeit von Beratung. Zurzeit kann quasi jede Person eine Beratungsstelle für Angehörige von Demenzkranken eröff-

nen. Natürlich würde eine solche Stelle nicht von offizieller Seite unterstützt und deren Leistungen wären zunächst nicht abrechenbar, allerdings weiß dies nicht immer der Ratsuchende.

Gut ausgebildete BeraterInnen mit entsprechenden Kompetenzen könnten sich aber von Anderen abgrenzen. Auf diese Weise würden BeraterInnen und Klienten geschützt. Eine Evaluation – sofern nicht schon vorhanden – würde zur Verbesserung der Beratung führen. Aus Fehlern und vor allem aus erfolgreichen Beratungssituationen könnte fallähnlich gelernt werden.

Wer und was bestimmt die Qualität? Wie misst man Qualität?

Die entscheidende Frage ist, wer und was die Qualität bestimmt. Was sollen die Outcomekriterien einer Qualitätsüberprüfung sein? Bestimmt ausschließlich die Zufriedenheit der Klienten die Güte der Beratung? Macht man dazu Befragungen der Klienten hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Beratung? Ist es möglich, die Praktikabilität von Vorschlägen zum Umgang mit den demenzbetroffenen Angehörigen zu bemessen? Müssen zur Befragung Assessments entwickelt werden, die auf der Basis von zuvor entwickelten Kriterien zur Qualität fußen? In welchen Bereichen gibt es ähnliche Instrumente, die vielleicht hinsichtlich der speziellen Beratungssituation im Problemfeld Demenz angepasst werden können und müssen? Welchen Sinn hätten Dokumentationsanalysen von Patienten/Angehörigentagebüchern während des Beratungsprozesses?

Wenn es gelänge, entsprechende Kriterien, darauf basierende Assessments (welcher Art auch immer) und wesentliche Outcomekriterien zu entwickeln, wären BeraterInnen in der Lage Güte, Notwendigkeit und Nutzen ihrer Tätigkeit zu beschreiben. Es könnte unter Umständen eine Kosten-Nutzen-Analyse spezialisierter Beratung bei Demenz vorgenommen werden, welche die Notwendigkeit des Angebotes objektiv untermauern und bestätigen würde und eventuell einen ersten Schritt zu einer Regelfinanzierung (durch Bund, Land; Kommune oder auch Pflegekassen) darstellen könnte.

Egal wie man vorgeht. Das Leitziel von Beratung wurde (zwar sehr allgemein) von der British Association of Counselling beispielhaft formuliert:

„Das übergeordnete Ziel der Beratung ist es, dem Klienten eine befriedigendere und erfülltere Lebensweise zu ermöglichen.“



British Association of Counselling: Leitziel der Beratung (Emmrich et al. 2006)

„ Das übergeordnete Ziel der Beratung ist es,
dem Klienten eine befriedigendere und erfülltere
Lebensweise zu ermöglichen.“

**British Association of Counselling,
The code of ethics and practice for counsellors 1993**

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Thema 2



Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten: Ziele

Ausgangsfrage:
Warum werden Beratungsangebote aller Art nicht angenommen? Welche Hemmschwellen gibt es ?

Ziel:
Kenntnisse über die Entscheidungen der Familie zur Nutzung eines Beratungsangebotes erhalten.

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Das zweite Thema des Dialogzentrums Demenz beschäftigt sich mit dem Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten.

Hier wurden in den Fragebögen die Fragen gestellt:

- „Warum werden Beratungsangebote aller Art nicht angenommen?“
- Welche Hemmschwellen und Ängste gibt es?“

Diese Fragen wurden vermehrt von Projektmitarbeitern beratender und niedrigschwelliger Angebote, sowie der Wohnraumberatungsstellen gestellt. Zum Thema Zugang wurden weiter Fragen nach vernetzten Strukturen von Angeboten und Fragen nach geeigneter Öffentlichkeitsarbeit gestellt. Insgesamt war dieser Themenkomplex mit 31 Nennungen der Bereich des größten Interesses der befragten Mitarbeiter.

Der erfragte Themenbereich des Zugangs zu Beratungsangeboten wurde bereits in den Fragebögen von zwei Seiten angesprochen. Einerseits fehlt Wissen über die Familienkonstellationen und über den Umgang mit bestehenden Angeboten.

Vermutet wird, dass Hemmschwellen und Ängste in Familien mit Demenz bestehen, die den Zugang zu Angeboten erschweren. Andererseits fehlt Wissen über geeignete Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, um bestehende Angebote publik zu machen sowie über geeignete Methoden zum Aufbau einer nachhaltigen Vernetzung der Angebote.

Das Ziel der Recherche des Dialogzentrums Demenz zum Thema „Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten“ ist, Kenntnisse über die Entscheidungen der Familie zur Nutzung eines Beratungsangebotes zu erhalten.

Aus Forschungsberichten und Fachbüchern wird Wissen über verschiedene Aspekte dieses Themas zusammengetragen, um folgende Fragen beantworten zu können:

Thema 2
Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten: Fragenspektrum

- Die Klienten
 - Wer nutzt Beratungsangebote, wer nicht?
 - Wer braucht Beratungsangebote, wer nicht?
 - In welchen Situationen suchen Klienten Beratung auf?
- Das Beratungsangebot
 - Welche Faktoren erleichtern den Zugang, welche erschweren ihn?
 - Werden die Erwartungen der Klienten erfüllt?

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis



- Welche Familienkonstellationen bewirken einen schnellen Zugang zu Angeboten und welche Konstellationen erschweren den Zugang? In der Literatur werden hier Merkmale wie Schichtzugehörigkeit, Bildungsstand und finanzielle Situation als Einflussfaktoren für die Annahme von Angeboten genannt. Weiter wird das individuelle Familiensystem verbunden mit der Rollenverteilung in der Familie und die persönlichen Einstellungen als Einflussfaktoren benannt. Ein dritter Aspekt ist der kulturspezifische Umgang mit der Demenz und damit verbunden die kulturspezifische Nutzung bzw. Abwehr von Angeboten zur Demenz.

- Welche Familienkonstellationen bewirken, dass die familiäre Situation auch mit den speziellen Anforderungen der Demenz stabil bleibt bzw. welche Familienkonstellationen führen frühzeitig zu einer Dekompensation?
- Welche Auslöser bewirken in der Familie, dass die Entscheidung für ein Angebot gefällt wird? Auch hier sind Unterschiede erwartbar, die mit den vorgenannten Fragen zusammenhängen.

Aus der Sammlung von Wissen zu den bisher genannten Themenkomplexen entstehen Erkenntnisse über die Art und Weise, wie Familien Angebote annehmen bzw. es werden Gründe sichtbar, warum Familien Angebote nicht annehmen. Dieses Wissen unterstützt dabei, dass Mitarbeiter in der konkreten Situation angemessen agieren können, weil die Handlungsweise der Familie besser bekannt ist. Die Frage „warum kommen Sie jetzt erst“ muss dann nicht mehr gestellt werden, weil das Wissen um Entscheidungsfindungen in der Familie bekannt ist. Mit dieser Frage wird der Familie zudem unterstellt, dass sie sich eher für ein Angebot hätte entscheiden sollen und dass etwas falsch gemacht wurde. Diese Zuweisung ist aus Sicht der Familie wenig hilfreich. Weiter entstehen gleichzeitig Erkenntnisse über geeignete Zugangswege zu Familien und über Erwartungen an ein Angebot, die mit dem bestehenden Angebot bisher nicht erreicht wurden. Angebote und die Art der Öffentlichkeitsarbeit können auf bestimmte Zielgruppen besser ausgerichtet werden.

Thema 2

Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten: einige Zahlen

Prävalenz

- **Durchschnittlich 1 Million erkrankte Menschen ab 65 Jahre** (Robert Koch Institut, 2005)
- **Geschätzte 25.000 erkrankte Menschen zwischen 30 und 64 Jahre** (Robert Koch Institut, 2005)
- **Geschätzte 20% der erkrankten Menschen leben allein** (Mitchell, Krout, 1998), **10% davon leben ohne Unterstützung von außen** (Office of Technology Assessment, 1987) in (The Dementias, 2003)
- **26% haben kein ausreichendes Familiennetzwerk** (Budgetprojekt FIFAS, n=195)

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Bisher wurde beim Thema „Zugang zu Beratungsangeboten“ auf die Familie eingegangen. In der Regel findet sich in einer Familie eine Person, die als Hauptpflegeperson anzusehen ist. Über die Geschlechter- und Altersverteilung der Hauptpflegeperson ist hinreichend Wissen gesammelt worden. Auch andere Familienmitglieder sind vom Geschehen bei Demenz betroffen bzw. sind beteiligt. Hier besteht beispielsweise Wissen aus der Forschung innerhalb der Familienpflege. Der Hauptanteil der bestehenden Angebote ist bisher auf die Unterstützung und Entlastung der Hauptpflegeperson ausgerichtet, weil deren Belastung bekannt ist. Hier soll erreicht werden, dass Unterstützungs- und Entlastungsangebote dazu führen, dass die familiäre Pflege länger stabil bleiben kann und die Lebensqualität in der Familie verbessert wird.

Wie gestaltet sich jedoch die Unterstützung, wenn keine Angehörigen am Geschehen beteiligt sind? Über allein lebende Menschen mit Demenz gibt es in Deutschland bisher keine verlässlichen Zahlen. Eine Schätzung aus den USA geht davon aus, dass 20% der demenzkranken Menschen allein leben. Die Hälfte dieser Gruppe lebt ohne Unterstützung durch Dienste des Gesundheitswesens. Diese Angaben liefern für die deutsche Situation kaum Anhaltswerte, weil sie auf Schätzungen beruhen und die Situation der USA kaum übertragbar ist. Sie liefern jedoch eine Tendenz, denn es ist wahrscheinlich, dass Menschen mit Demenz in Deutschland auch allein leben. In einer großen Studie zum Pflegebudget hatten von 195 Studienteilnehmern 26% kein ausreichendes Familiennetzwerk zur Verfügung, wobei hier nicht nach dem Vorliegen einer Demenz differenziert wurde. Diese Ausgangslage deutet darauf hin, dass Forschungsbedarf zu allein lebenden Menschen mit Demenz in Deutschland und möglichen Unterstützungsarten dringlich ist.

Die von einer Demenz betroffenen Personen bleiben bei den bestehenden Angeboten als Zielgruppe weitgehend unberücksichtigt, auch wenn sie von Familienmitgliedern gepflegt werden. Hier ist die Frage, welche Angebote für Menschen mit Demenz entwickelt werden können, um diese zu unterstützen und zu entlasten. Um diese Angebote entwickeln zu können, muss der Blick auf die Personengruppen mit Demenz gerichtet werden. Die Angaben zur demografischen Entwicklung der Demenz beziehen sich vornehmlich auf Menschen ab dem fünfundsiebzigsten Lebensjahr, die die weitaus größte Gruppe der an Demenz erkrankten Menschen ausmachen (ca. 1 Mio). Für Menschen, die weitaus früher (30 bis 65 Jahre) an einer Demenz erkranken, bestehen Schätzungen (25.000). Dass diese Gruppen sich unterscheiden, liegt allein schon im Krankheitsbeginn begründet. Darüber hinaus ist die Demenzerkrankung generell ein heterogenes Geschehen, welches sich nicht nur durch die Art der demenziellen Erkrankung, sondern sich auch durch die persönliche Lebenssituation differenziert darstellt.

Die Frage nach Angeboten für früh demenzerkrankte Menschen wurde in den Fragebogen gestellt.

Aus Forschungsberichten und Fachbüchern wird durch das Dialogzentrum Demenz Wissen über verschiedene Aspekte dieses Themas zusammengetragen, um folgende Fragen beantworten zu können:

- Welcher Zugang zu allein lebenden Menschen mit Demenz hat sich als erfolgreich erwiesen? Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Erfahrungen aus anderen Ländern aufgrund der unterschiedlichen Strukturen des Gesundheitswesens nicht direkt übertragbar sind. Dieses Wissen kann dennoch hilfreich sein, um mögliche Lücken im deutschen Gesundheitssystem zu identifizieren und zu schließen.
- Wie gestaltet sich die Situation für früh erkrankte Menschen mit Demenz? Welche Angebote sind hier hilfreich? Auch bei dieser Frage ist Wissen aus anderen Ländern vorhanden, welches wegweisend für den Aufbau einer Angebotspalette sein kann.
- Welche Angebote unterstützen Menschen mit Demenz? Hier soll Wissen zusammengetragen werden, welches die Möglichkeiten und Grenzen von gemeindenahen Angeboten über bestehende Angebote der Tagespflege hinaus aufzeigt.

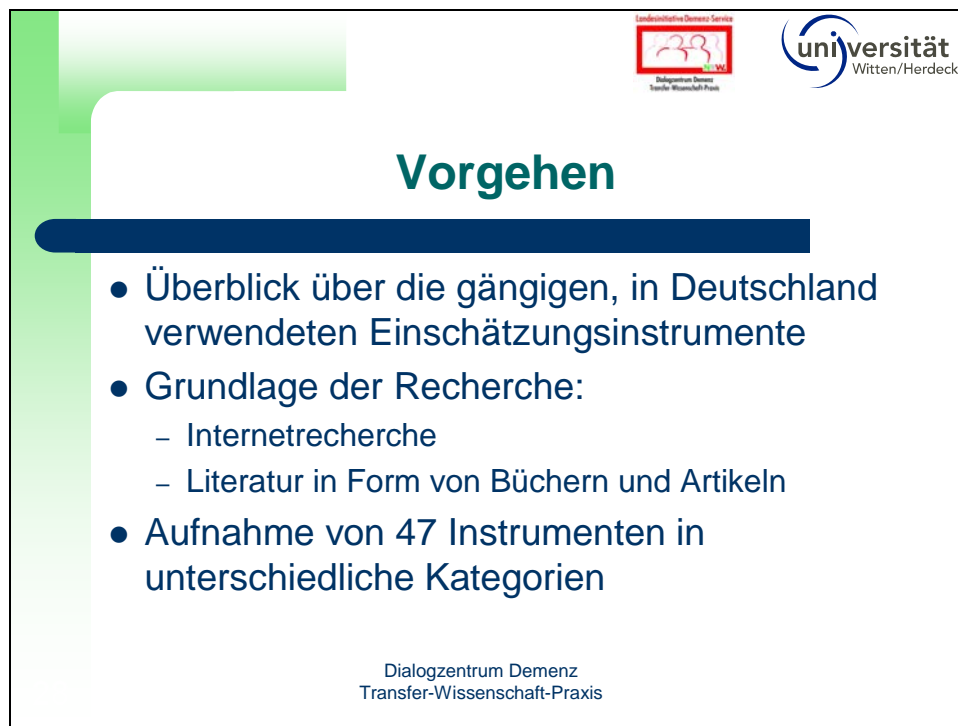
2.9 Charlotte Boes

Assessments und Verhalten bei Demenz

Die Verwendung von Einschätzungsinstrumenten in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist ein viel diskutiertes Themen. Dieses stellte sich auch in dieser Fragebogenaktion heraus.

Auf Grundlage dieser Auswertungsergebnisse sollen in einem ersten Schritt die gängigsten Einschätzungsinstrumente dargestellt werden.

Die so analysierten Instrumente sind nicht ausschließlich welche, die speziell für Menschen mit Demenz entwickelt worden sind. Alle Instrumente werden in diesem Bereich jedoch angewendet.



Vorgehen

- Überblick über die gängigen, in Deutschland verwendeten Einschätzungsinstrumente
- Grundlage der Recherche:
 - Internetrecherche
 - Literatur in Form von Büchern und Artikeln
- Aufnahme von 47 Instrumenten in unterschiedliche Kategorien

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

In der Literatur werden unterschiedliche Kategorien von Einschätzungsinstrumenten im Bereich Demenz beschrieben. Diese werden hier übernommen.

Kategorien der Einschätzungsinstrumente

- Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit
 - Überprüfung von abstraktem, logischem Denken, Wortflüssigkeit, Merkfähigkeit u.ä.
- Instrumente zur Einschätzung nicht kognitiver Symptome
 - Einschätzung von Verhaltensweisen wie Aggressivität
- Instrumente zur Einschätzung von Lebensaktivitäten
 - Einschätzung von Abhängigkeit im Bereich der sog. ADLs
- Instrumente zur Einschätzung der häuslichen oder stationären Betreuungs- und Pflegesituation
 - Einschätzung von Wohlbefinden, Belastungsgrad von Angehörigen bei der Betreuung

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis



Innerhalb dieser Kategorien wurden unterschiedliche Instrumente aufgelistet. Folgende Informationen können demnächst über die Homepage der Landesinitiative Demenz Service NRW abgerufen werden.

Informationen zum Instrument

- Name des Instrumentes
- Indikationsstellung
- Art der Datenerfassung
- Kurzbeschreibung des Instrumentes
- Auswertung
- Anwendungsmaterial
- Klientengruppe
- Voraussetzung beim Untersucher
- Sonstiges
- Bezugsquelle

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Die weitere Bearbeitung dieses Themenbereiches hängt nun von der Rückmeldung auf diese Veröffentlichung ab. Gibt es noch weiteren Informationsbedarf zu diesem Thema und welcher ist dies? Diese und ihre weiteren Fragen zu diesem Thema können und sollen sie uns stellen.

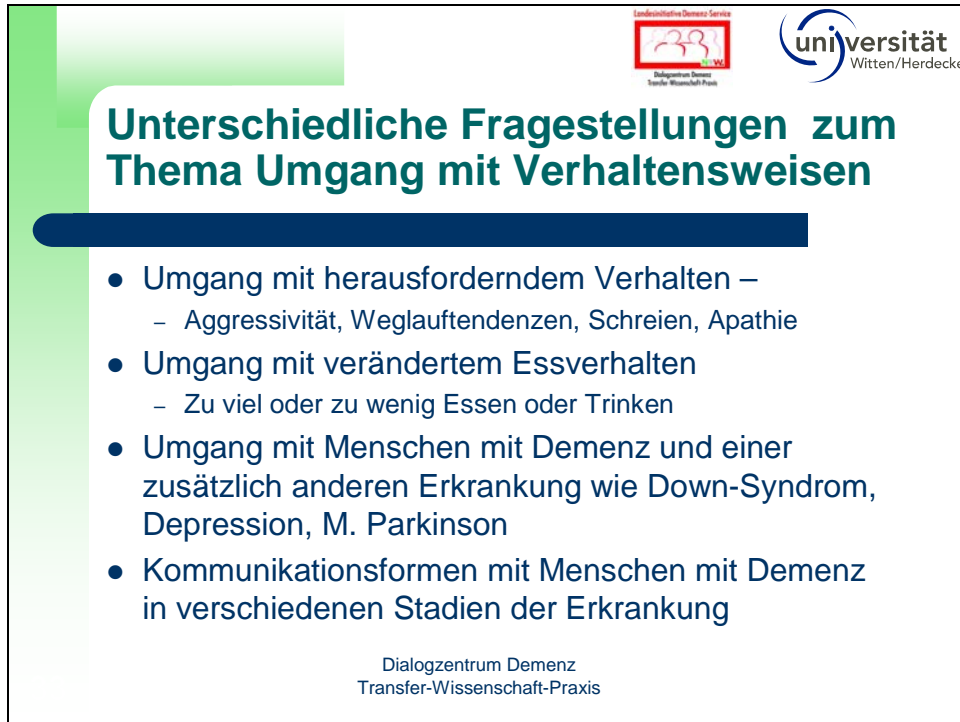


Weiteres Vorgehen

- Veröffentlichung der Ergebnisse unter:
 - www.demenz-service-nrw.de (Homepage der Landesinitiative Demenz Service NRW)
- Welche weiteren Informationen benötigen Sie zu diesem Thema?

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Ein weiteres viel genanntes Thema war der Umgang mit unterschiedlichen Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz. Hier waren die Fragestellungen sehr unterschiedlich.



Unterschiedliche Fragestellungen zum Thema Umgang mit Verhaltensweisen

- Umgang mit herausforderndem Verhalten –
 - Aggressivität, Weglauftendenzen, Schreien, Apathie
- Umgang mit verändertem Essverhalten
 - Zu viel oder zu wenig Essen oder Trinken
- Umgang mit Menschen mit Demenz und einer zusätzlich anderen Erkrankung wie Down-Syndrom, Depression, M. Parkinson
- Kommunikationsformen mit Menschen mit Demenz in verschiedenen Stadien der Erkrankung

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz wird es demnächst eine Rahmenempfehlung geben (siehe dazu Präsentation Bartholomeyczik in diesem Tagungsband).

Deutlich wird, dass eine Annäherung an dieses Thema und an diese Menschen in erster Linie über das Verstehen dieses Verhaltens geht. Handlungsmaximen gibt es in der Regel nicht. Der Umgang mit diesen Menschen ist immer wieder von neuem eine Fall zu Fall Entscheidung.

Erste Ergebnisse der Literaturrecherche

- Herausfordernde Verhaltensweisen werden im wesentlichen mit agitiertem, aggressiven Verhalten – verbal oder körperlich – verbunden
 - Konzeptanalysen, Klassifizierung von Verhaltensweisen, mögliche Einschätzungsinstrumente, Wirkung von bestimmten Interventionen wie Snoezelen, Aromatherapie
- Apathie, Rückzugstendenzen werden seltener mit herausforderndem Verhalten in Verbindung gebracht
- Kaum konkrete Handlungsanweisungen, mehr Erklärungen für Verhalten und Werbung für Verständnis
- Beschreibung möglicher Annährungsversuche anhand von Fallbeispielen

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Ein erster Zugangsweg für das DZD stellt die Sichtung vorhandener Literatur zu diesem Thema dar. Diese soll aufgearbeitet und die praxisrelevanten Ergebnisse auf der Homepage der Landesinitiative Demenz Service NRW veröffentlicht werden. Auch eine weitere Vertiefung im Rahmen von Tagungen und Workshops ist möglich.

Nächster Schritt

- Vorhandene und neu erscheinende Literatur für die Praxis nutzbar machen:
 - Beispiel: Literaturanalyse „Verstehen und Handeln“ zu den Rahmenempfehlungen
- Aufarbeitung und Veröffentlichung auf der Homepage der Landesinitiative Demenz Service NRW sowie Workshops, Tagungen


Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

*2.10. Prof. Christel Bienstein –
Die Einbettung des Dialogzentrum Demenz (DZD) in die
Pflegerwissenschaft*



Dialog Zentrum Demenz

Prof. Christel Bienstein
Universität Witten/Herdecke
Institut f. Pflegewissenschaft



Pflegebedürftige in der BRD

- 3 – 4 Mill. Menschen bedürfen der kontinuierlichen Pflege (4 – 5% der Bevölkerung)
- 16,5 Mill. Menschen bedürften der Pflege in Krankenhäusern (2004)
- 2,1 Mill. Menschen beziehen Leistungen der Pflegeversicherung
– davon werden 1,45 Mill. zu Hause gepflegt

Prof. Christel Bienstein,
Universität
Witten/Herdecke

Prof. Christel Bienstein
Universotät Witten/Herdecke

Pflegende in der BRD

- Pflegende Angehörige
 - ca 2,5 Mill. Menschen
- Beruflich Pflegende
 - 1,1 Mill. Pflegende
 - davon 800.000 mit 3jähriger Pflegeausbildung
 - (entspricht 1% der Bevölkerung)

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Pflegewissenschaft und das Dialog Zentrum Demenz

- Ermittlung der vorhandenen epidemiologischen Daten
- Erfassen der Fragestellungen
- Sichtung vorhandener Assessmentinstrumente
- Begleitung neuer Versorgungsansätze (MOBILE, ect.)
- Initiierung neuer Wohnformen (ambulant betreute Wohngemeinschaften)

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Professionalisierung

- Berufsständische Vertretung
- Datenerfassung der Berufsangehörigen
- Wissensgenerierung
- Bildungsplanung
- Feststellung des beruflichen Niveaus
- Wissenstransfer
- Ethikkodex
- Verantwortungsübernahme

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistung

- **Pflege begleitet die Zeit vor der Geburt bis nach dem Tod**
- **Sie ist fördernd, präventiv, kurativ, rehabilitativ, begleitend, palliativ**
- **Sie bezieht sich auf die Ebenen**
 - Individuum (65%)
 - Familie (15%)
 - Gemeinde (10%)
 - Gesamtheit (7%)
 - Politik (3%)

(Bienstein, nach M. Hirschfeld 1998)

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Qualifikationsstufen der Ausbildung

-
- Pflegefachperson III
Universität
 - Pflegefachperson II
a) Berufsfachschule
b) Hochschule
 - Pflegefachperson I
- Masterabschluß
 - 4jährige berufsbildende
Pflegeausbildung
Bachelorabschluß
 - 2jährige berufsbildende
Pflegeausbildung

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Nationale Expertenstandards für die Pflege

- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| • Dekubitusprophylaxe | 2000 (UWH) , akt. 2003 |
| • Entlassungsmanagement | 2002 (EFH Darmstadt) |
| • Schmerzmanagement | 2003 (UWH) |
| • Sturzprophylaxe | 2004 (KDA) |
| • Kontinenzförderung | 2005 (UWH) |
| • Proph. Mangelernährung | 2006 (UWH) |
| • Rahmenempfehlungen
Demenz | 2006 (UWH) |
| • Management chronische
Wunden | 2007 (FH Frankfurt) |
| • Management chronischer
Schmerzen | 2008 (UWH) |

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Neue Entwicklungen

- Neuen Berufszuschnitte (OTA, PTA,CTA, Physio.ect.)
- Veränderung der Ausbildung der Mediziner
- Veränderung der Pflegeausbildung
- Netzwerkarbeit
- Erweiterung des Berufsfeldes Pflege, z.B.
 - Casemanagement
 - Familien- und Gesundheitspflege
 - Pflegeexperten
 - Genesungshotels
 - Tandempraxen
 - Niedergelassene Erstkonsultationsstellen
 - Pflegeberatung im Quartier

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Fort- und Weiterbildung

- Bremen/ Niedersachsen verfügen über Fortbildungsverpflichtung
- Weiterbildungen werden zusehends modularisiert
- Grundkompetenzen bilden Basisqualifikationen
- Spezialqualifikationen werden dringend benötigt

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Adressen

Neues aus der Pflegewissenschaft	www.uni-wh.de/pflege
Enquetebericht	www.landtag.nrw.de
Charta	www.dza.de
Expertenstandards	www.dnqp.de
Stiftung Pflege	www.stiftung-pflege.de
Registrierung	www.freiwillige-registrierung.de

Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Vielen Dank



Prof. Christel Bienstein Universität
Witten/Herdecke

Kapitel 3 : Anhang

3.1. Konzeption Dialogzentrum Demenz

Konzeption des Dialogzentrums Demenz, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke im Rahmen der Landesinitiative Demenz Service NRW

1 Auftrag

- Wissenschaftliche Erkenntnisse zu identifizieren und der Praxis, insbesondere der Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen
- Wissensbedarf der Pflegepraktiker zu identifizieren und diesen Bedarf als Forderung an die Wissenschaft (Versorgungsforschung, Pflegewissenschaft) zu formulieren
- Übergreifend: Dialogzentrum zwischen Praxis und Forschung aufzubauen

1.1. Titel des Dialogzentrums Demenz

Der ursprüngliche Titel „Wissenschaftszentrum Demenz“ wurde in „Dialogzentrum Demenz“ umbenannt. Die Bezeichnung Wissenschaftszentrum führte schon vor Beginn des Zentrums zu Missverständnissen, da angenommen wurde, das Zentrum würde Demenzforschung betreiben. Der originäre Auftrag des Zentrums besteht jedoch in der dauerhaften Herstellung von Dialogebenen verschiedener Akteure. Die Umbenennung in „Dialogzentrum Demenz (DZD)“ erfolgte daher mit dem Ziel, den Auftrag unmissverständlich zu benennen.

1.2. Projektlaufzeit

Der Beginn der Tätigkeit des Dialogzentrums Demenz hat sich vom 01.05.05 auf den 15.07.05 verschoben. Daher wird beantragt, die vorgesehene Projektlaufzeit vom ursprünglich vorgesehenen Ende (30.04.08) auf den 30.06.08 zu verlängern.

2 Selbstverständnis

Zu den Grundlagen der Strukturierung des DZD zählt die Erarbeitung des eigenen Profils inklusive Vision und Mission. Erste Ergebnisse liegen hier in der Bestimmung der Vision bereits vor.

Das DZD will einen dauerhaften Dialog zwischen Praktikern und Forschenden in NRW herstellen. Dazu müssen vernetzte Strukturen der beteiligten Akteure geschaffen werden, die erreichen,

dass dieser Dialog einen alltagspraktischen Wert erhält. Da das DZD Teil der Landesinitiative und zugleich in die Struktur der Universität Witten-Herdecke eingebunden ist, können die Ressourcen der Universität und des Institutes für Pflegewissenschaften unmittelbar genutzt und der Kontakt zur Praxis gesichert werden. Das DZD versteht sich als Dienstleister sowohl der Praktiker (Evidenzbasierung von Praxis) sowie als Dienstleister der Versorgungsforschung NRW im Feld Demenz (Praxisbasierung der Evidenz).

3 Dialogebenen

Das Dialogzentrum Demenz entwickelt die Dialoge zu und zwischen Praktikern und Forschenden in Phasen, die sich im Jahresrhythmus zyklisch wiederholen.

3.1. Arbeitsstruktur in Zyklen, Phasen und Schritten

In der *ersten Phase* wird ein strukturierter Dialog mit den PraktikerInnen in vier Schritten durchgeführt:

1. Schritt: Die PraktikerInnen erhalten Fragebögen, die anschließend vom DZD bezüglich zentraler Themen und Problemstellungen bearbeitet werden.

Das DZD recherchiert zu den genannten Themen den Stand des Wissens (state of the art) und gibt den Praktikern eine erste Rückmeldung, welche die praxisrelevanten Resultate der Forschung besonders herausarbeitet und nach Möglichkeit erste Beispiele für „best practice“ in NRW identifiziert. Dabei ist besonders auf einen der Praxis angepassten Umfang und einer angemessenen Sprache zu achten.

2. Schritt: Das DZD nimmt an, dass in der Regel drei Themen generiert werden. Zu diesen Themen werden mit einzelnen PraktikerInnen vertiefende Interviews geführt mit dem Ziel, die genauen Dimensionen des Themen- und Problemfeldes zu konturieren: hierbei können Interventionen, der Interventionsrahmen (Personal, Milieu, Ausstattung), die Implementierungsprozesse (Schulung, Begleitung) sowie die Optimierung der Organisation (wann, mit welcher Priorität, in Abstimmung mit wem?) im Mittelpunkt stehen.

3. Schritt: Alle Beteiligten werden zu themenspezifischen Workshops geladen, in dem die Ergebnisse der Literaturrecherche und die damit verbundenen Praxisempfehlungen vertieft werden. Die aus der Literaturrecherche sich ergebenden Forschungsfragen werden ergänzt bzw. präzisiert

durch die konkreten Anliegen der PraktikerInnen, welche sich im Rahmen der konkreten beruflichen Situation in NRW ergeben. (Forschungsfragen aus Praktikersicht)

4. Schritt: Die sich aus den Praxisempfehlungen ergebenden Bedarfe an Schulung, Training, Praxisbegleitung, Personal- und Organisationsentwicklung werden mit den Demenz-Servicezentren kommuniziert. Gemeinsam wird überlegt, ob und wie die Demenz-Servicezentren die definierten Bedarfe wahrnehmen können.

Der Dialog mit der Versorgungsforschung im Feld Demenz schließt sich an den Abschluss eines Zyklus an und bildet die **2. Phase** des Zyklus. Auch hier erfolgt der Dialog in mehreren Schritten:

1. Schritt: Forschende im Feld der Versorgungsforschung Demenz in NRW werden von MitarbeiterInnen des DZD angeschrieben, aufgesucht und zu laufenden, geplanten, wünschenswerten Forschungsprojekten interviewt.

2. Schritt: Forschende werden nach Abschluss eines Zyklus zu einem Workshop eingeladen. Ziel ist die Kommunikation und Beratung (Beforschbarkeit) der praxisbasierten Forschungsthemen. Empfehlungen einer geplanten Pflegeforschungskommission können dazu beitragen, für neu generierte, praxisbasierte Themen Mittel zu akquirieren.

Die **3. Phase** und zugleich der Abschluss des Gesamtzyklus bestehen in einer gemeinsamen Veranstaltung von PraktikerInnen und ForscherInnen mit dem Ziel, einen offenen Dialog zu den zentralen Themen durchzuführen.

Die Zyklen folgen im Jahresrhythmus aufeinander. Dabei baut der 2. Gesamtzyklus auf dem ersten auf. Die sich wiederholenden Zyklen wirken auf eine Verstärkung und Verdichtung des Dialogs hin, so dass sich der Austausch zwischen Praktikern und Forschenden zu einem dauerhaft gewinnbringenden Ansatz entwickelt. Das Ziel des themenspezifischen Dialogs ist, eine Plattform für den themenbezogenen fachlichen Austausch zwischen Praktikern / Forschenden herzustellen. Dieser Dialog soll neue Erkenntnisse für die Praktiker produzieren, die diese in ihren Alltag einbringen. Ebenso soll der Dialog zwischen Praktikern und Forschenden hergestellt werden, um zu erreichen, dass praxisrelevante Forschung gefördert wird.

3.2. Reflektierende Praktiker

Der Begriff des reflektierenden Praktikers kennzeichnet Personen, die im Feld der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz beschäftigt sind und an der Reflektion und Weiterentwicklung ihrer Arbeit interessiert sind.

Reflektierende Praktiker werden in den bestehenden Gruppen der Landesinitiative Demenz, der Stiftung Wohlfahrtspflege, den Wohnberatungsstellen und den Projekten des Versorgungsamtes identifiziert. Durch kontinuierliche Recherche werden auch reflektierende Praktiker einbezogen, die außerhalb dieser Strukturen in NRW in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz beschäftigt sind.

3.3. Forschende der Versorgungsforschung Demenz

Wir wenden uns an alle Disziplinen, die mit Pflege- und Versorgungsforschung im Feld Demenz beschäftigt sind (vornehmlich NRW). Zu diesem Zweck wird auch der Pflegeforschungsverbund NRW eingebunden.

Im Kern bieten wir den Forschenden drei Arbeitsebenen an:

- Eine Plattform, sich über die jeweiligen Forschungsprojekte auszutauschen, Anknüpfungspunkte zu finden gerade im Bereich nicht-medizinischer Forschung zur Demenz.
- Sich den Themen, die mit reflektierenden Praktikern generiert wurden, zu öffnen und durch eine Pflegeforschungskommission bzw. durch Möglichkeiten der Förderung durch die Robert Bosch Stiftung die Relevanz ihrer Forschung zu erhöhen bzw. gefördert zu bekommen.
- Einen Austausch mit den reflektierenden Praktikern herzustellen.

Der erste Kontakt entstand bereits durch eine Wissenschaftstagung, die im Rahmen der Landesinitiative Demenz NRW am 06.12.2004 an der Universität Witten/Herdecke stattfand. Hier wurden erste Strukturen des Austauschs gelegt, die weiter ausgebaut werden.

Durch weitere Recherche wird erreicht, dass noch nicht involvierte Forschende in die Kontaktdatenbank aufgenommen werden.

Um fundierte Kenntnisse über die bisherigen Erfahrungen der Forschenden bezogen auf den Theorie-Praxis Komplex und bezogen auf gewünschte Formen der Dialogebenen mit dem DZD

zu erhalten, werden qualitative Interviews mit Forschenden geführt, die sich an Leitfragen entwickeln sollen.

Durch die Auswertung der Interviews werden Erkenntnisse generiert, die genaueren Einblick in Erfahrungen, Einschätzungen und thematische Schwerpunktthemen der Forschenden ermöglichen. Anhand dieser Ergebnisse wird entschieden, welche Forschenden zu themenspezifischen Workshops der reflektierenden Praktiker eingeladen werden und welche Dialogebenen zwischen den Forschenden sinnvoll erscheinen.

4. Sachkosten

4.1. Bibliothek

Die Monitoring-Aufgabe in der ersten Phase, 2. Schritt erfordert den Zugriff auf spezifische Fachzeitschriften, Bücher und andere Publikationen. Diese Materialien sollen auch anderen Interessenten der Landesinitiative im Rahmen einer Präsenzbibliothek zugänglich sein. Dabei gilt es, eben jene Periodica auszuwählen, die an vorderster Front der Versorgungsforschung stehen und Artikelübersichten über sonstige Publikationen vorhalten. Dies sind (in Ergänzung zum vorgehaltenen Bestand):

- International Journal of Geriatric Psychiatry
- Dementia: The international Journal of psychosocial research
- Aging and Mental Health
- The Gerontologist
- The American Journal of Alzheimer`s disease
- Ageing and Society

4.2. Kongresse

Zur Einschätzung der Entwicklung von Forschung, Versorgung, Ausbildung und institutioneller Veränderungen bedarf es der Teilnahme, Mitwirkung oder des Besuchs von ausgewählten Messen und Kongressen in und außerhalb von NRW. Die Besuche können der Akquise weiterer Praktiker dienen, der Vernetzung mit Fort- und Weiterbildung sowie dem Kennenlernen praxistauglicher Lösungen.

Wesentliche Anregungen zum Projekt des DZD stammen vom DSDC Stirling (Dementia Services Development Centre). Alle europäischen Zentren (England, Schottland, Irland, Niederlande, Norwegen, Schweden, Finnland, Litauen, Frankreich, Schweiz, Dänemark) kommen jährlich zur „North Sea Dementia Group“ zusammen. Da der Austausch über europäische Erfahrungen im Theorie-Praxis Transfer im Arbeitsfeld Demenz ein Schlüsselfaktor für die Weiterentwicklung

des DZD darstellt, ist eine jährliche Reise zum DSDC Stirling (Schottland) vorgesehen. Das Treffen dient u.a. der Entwicklung und Beratung europäischer Projekte, der Akquise von Mitteln der EG sowie der Bestandsaufnahme in den Parallelen und Unterschieden in den Versorgungssystemen in der Europäischen Gemeinschaft.

4.3. Expertise weiterer Personen

Frau Prof. Bienstein wird sich um die Vernetzung unserer Arbeit mit anderen, verwandten Aktivitäten in anderen Projekten des Instituts für Pflegewissenschaften und anderen Fakultäten der Universität kümmern und zudem Kontakte zu Projekten vermitteln, die in anderen Praxisfeldern vergleichbare Aufgaben wahrnehmen. (Wohnungsbau, Autonomia, Personalbedarfsermittlung etc.).

Frau Dr. Zegelin nimmt Expertenaufträge wahr an der Schnittstelle von somatischer und psychosozialer Pflege und Betreuung. Dies gilt für die Felder Demenz und Inkontinenz, Bettlägerigkeit, Schmerz und Sturz. Die Aufgabe besteht darin, das DZD in den Zusammenhängen psychosozialer und somatischer Pflegeprobleme im Demenzkontext zu beraten. Dies gilt besonders für den Bereich der häuslichen Pflege.

Herr Mayer wird das DZD beraten und unterstützen in der statistischen Aufbereitung gesammelter Daten. Frau de Jong hat die Aufgabe, das DZD auf dem Hintergrund der von ihr getätigten Projekte im Bereich der Theorie-Praxis Vernetzung zu beraten, so dass das DZD mit den Ergebnissen internationaler und nationaler Forschungen zum Theorie-Praxis Thema verbunden bleibt. Für erste Literaturrecherchen wird das DZD die Dienste der Hotline Pflegewissenschaft in Anspruch nehmen, um auf diesen Ergebnissen aufbauend weiter zu recherchieren. Dadurch erhofft sich das DZD eine Effizienzsteigerung seiner Arbeit.

4.4. Reisekosten

Die Mitglieder des DZD werden Forschende und Praktiker aufsuchend interviewen, an Kongressen und Messen teilnehmen sowie Kontakt zu den Kooperationspartnern halten. Um die Reisekosten zu reduzieren, verwenden DZD Mitglieder die Bahncard (50%).

5. Pflegeforschungskommission

5.1. Zusammenfassung

Um nachhaltig auf die Entwicklung einer stärker an der Praxis orientierten Versorgungsforschung Demenzerkrankter hinzuwirken, plant das Dialogzentrum Demenz die Schaffung einer Pflegeforschungskommission. Diese Kommission hat in erster Linie die Aufgabe, vorgestellte Forschungsvorhaben auf ihre Praxisrelevanz zu überprüfen.

5.2. Tätigkeiten

Im Wesentlichen wäre die Tätigkeit einer solchen Pflegeforschungskommission in zwei unterschiedlichen Settings denkbar.

- a. In einem ersten Setting träte die Kommission als selbstständiges Organ auf, bei welchem Interessenten Forschungsvorhaben in Form von Proposals einreichen können. Die Kommission analysiert die von den Wissenschaftlern vorgelegten Problembeschreibungen auf ihre Praxisrelevanz. Dies bedeutet, dass sie Rücksprache mit reflektierenden Praktikern aus dem Forschungsfeld hält und mit Hilfe dieser und der Experten der Kommission eine Beurteilung der Praxisrelevanz des Forschungsvorhabens abgibt.
- b. Des Weiteren wäre die Tätigkeit der Kommission in Form einer Auftragsarbeit für Stiftungen, Ministerien oder Konzerne denkbar. Voraussetzung dazu wäre, dass die Kriterien der Vergabe von Fördergeldern der Grundidee der Förderung praxisrelevanter Versorgungsforschung entsprächen. In diesem Falle könnte die Kommission das Auswahlverfahren für die Förderungsgeber durchführen und entsprechende Empfehlungen zur Förderungsvergabe aussprechen.
- c. Ein weiteres Tätigkeitsfeld, welches sowohl selbstständig oder aber auch als Modul ergänzend zu den beiden erst genannten Bereichen angeboten werden kann, besteht in der Mithilfe der Verbreitung von Forschungsergebnissen in die Praxis. Hierzu gehören Empfehlungen zur Verbreitung von Wissen in pflegerischen Fachzeitschriften, „Übersetzungsdienste“ in Form von praxisnaher Formulierung wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Praxis oder Ausrichtung fachpflegerischer Tagungen oder Workshops vor dem Hintergrund neu gewonnener wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Vermittlung in die Praxis.
- d. Außerdem ist auch direkte Mithilfe bei Forschungen möglich, indem die Kommission Hilfestellung bei für empirische Forschung notwendigem Feldzugang leistet.

5.3. Zusammensetzung der Pflegeforschungskommission

Die Pflegeforschungskommission setzt sich aus Mitgliedern unterschiedlicher Professionen aus der Wissenschaft und der Praxis in der Versorgung Demenzerkrankter zusammen. Die Mehrzahl der Mitglieder kommt aus dem Bereich der Pflegepraxis oder Pflegewissenschaft. Zudem wird es einige feste Mitglieder aus den Disziplinen Pflegepädagogik, Medizin, Psychologie und Soziologie geben. Außerdem können jederzeit nach Forschungsschwerpunkt Mitglieder temporär zugelassen werden, die über eine besondere Expertise verfügen. Zudem gibt es bei Tätigkeiten im Rahmen von Kommissionen (b) zwei feste Sitze, die seitens der Fördergesellschaft besetzt werden. Den Vorsitz haben Mitarbeiter des Dialogzentrums Demenz.

6. **Kooperationen und Arbeitsgremien**

Das DZD baut einen kontinuierlichen Kontakt zu relevanten Gruppen der Landesinitiative Demenz NRW auf, um den Informationstransfer und die Zusammenarbeit zu gewährleisten. Kooperationen werden zum

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
- Institut für Sozial- und Kulturforschung (ISK)
- Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung GmbH (INWIS)

aufgebaut. Zu diesem Zweck sind Kooperationsgespräche im Zeitraum geplant. Gemäß den Ergebnissen dieser Gespräche wird eine gemeinsame Tagung anvisiert, in der sich das DZD mit seinen Inhalten und Zielen vorstellt und Ebenen der Kooperation diskutiert werden.

Eine Kooperation mit dem Demenz Support in Stuttgart ist in Vorbereitung. Die Kooperation bezieht sich auf die gemeinsame Erstellung einer regelmäßigen Publikation zu Themen der Demenz aus pflegewissenschaftlicher Sicht.

Weiterhin wird eine Kooperation zur „Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung“ (DED) angestrebt, die wichtige Handreichungen für das Praxisfeld erstellt hat und innerhalb derer wichtige Personen aus der Praxis ihren Dialog wahrnehmen.

Des Weiteren streben wir eine Zusammenarbeit mit der Initiative der Robert-Bosch-Stiftung „Gemeinsam für ein besseres Leben von Menschen mit Demenz“ an. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen münden in praxisrelevanten Einzelprojekten, die sich u.U. mit den Ergebnissen der

Praxisfundierung von Forschungsthemen überschneiden. In diesem Zusammenhang ergeben sich zusätzliche Möglichkeiten für die Akquirierung von Mitteln für Forschungsvorhaben.

Es ist geplant, einmal im Jahr die Kooperationspartner einzuladen zu einem Austausch über Aktivitäten und gemeinsamen Strategien. Ziel ist es, konvergierend zu denken, um Aktivitäten anschlussfähig zu halten und die Förderbarkeit von Projekten zu erhöhen.

7. Außendarstellung

Die Darstellung des DZD nimmt eine gestalterische Form an, die sich optisch in den Rahmen der Landesinitiative Demenz Service NRW einfügt. Die Außendarstellung wird durch die Homepage der Landesinitiative erfolgen: www.demenz-service-nrw.de/dialogzentrum. Diese Homepage wird bis Ende September 2005 in ihrer Grundstruktur zugänglich sein. Im Kontakt zum KDA wird das Layout der Homepage abgestimmt.

Kapitel 4 : Das Team des DZD

Christian Müller-Hergl (Leitung)



Christine Riesner (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)



Detlef Rüsing (Wissenschaftlicher Mitarbeiter)



Sabine Möller (Sekretariat)



Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut f. Pflegewissenschaft, Dialogzentrum Demenz

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Email: dialogzentrum@uni-wh.de Telefon +49 (2303) 926306 • Fax +49 (2302) 926310

<http://www.dialogzentrum-demenz.de> oder <http://www.demenz-service-nrw.de/dialogzentrum>

Tagungsband

© Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut f. Pflegewissenschaft, Dialogzentrum Demenz

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2303) 926306 • Fax +49 (2302) 926310