

Bewegung verbindet



Das **PECAN** Konzept

Teilhabe und Aktivität
durch kontraktursensible
Pflege fördern



Das PECAN-Konzept

Teilhabe und Aktivität durch
kontraktursensible Pflege fördern

Ein Praxishandbuch



Das **PECAN** Konzept

Teilhabe und Aktivität
durch kontraktursensible
Pflege fördern

Ein Praxishandbuch

Impressum

Herausgeber*innen, Redaktion und inhaltliche Verantwortung



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Katrin Beutner, Natalie Nguyen und Prof. Dr. Gabriele Meyer
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU)
Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Str. 8
06112 Halle (Saale)

Technische
Hochschule
Rosenheim 

Regina Thalhammer, Stefanie Skudlik und Prof. Dr. Martin Müller
Technische Hochschule Rosenheim
Fakultät für Angewandte Gesundheits- und Sozialwissenschaften
Campus Rosenheim
Hochschulstr. 1
83024 Rosenheim

Kontakt unter www.bewegung-verbindet.de
Gestaltung Juliane Sieber, Kunst & Grafik, www.julianesieber.de
Druck SAXOPRINT GmbH, www.saxoprint.de

Bildnachweis Titel: olly – adobe stock // S. 2: toa555 – adobe stock // S. 5 links: Technische Hochschule Rosenheim // S. 5 rechts: Deutscher Ethikrat / Foto: Reiner Zensen // S. 10/11, v. l. n. r.: Wolfgang Eckert – Pixabay, StockSnap – Pixabay, congerdesign – Pixabay, cottonbro – Pexels, Anna Shvets – Pexels // S. 23, S. 58 links: Halfpoint – adobe stock // S. 25: japolia – adobe stock // S. 29: Vera Kuttelvaserova – adobe stock // S. 32/33, S. 79: rawpixel.com – adobe stock // S. 43, S.53 rechts: Anthojo – St. Bartholomä Samerberg GmbH // S. 52, S. 53 links: BRK Altenheim Geisenhausen // S. 56/57: Seniorenzentrum Delitzsch // S. 58 rechts, S. 59: Residenz Ambiente // S. 62: auremar – adobe stock // S. 65: Wokandapix – Pixabay, StockSnap – Pixabay, 5598375 – Pixabay, Anemone123 – Pixabay // Infografiken: Juliane Sieber, Kunst & Grafik

Zitierhinweis: Beutner K, Nguyen N, Thalhammer R, Skudlik S, Meyer G, Müller M (2021). *Das PECAN-Konzept. Teilhabe und Aktivität durch kontraktursensible Pflege fördern. Ein Praxishandbuch.* 1. Auflage. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg & Technische Hochschule Rosenheim.

1. Auflage
Halle (Saale), 2021

Dieses Praxishandbuch entstand im Rahmen des Forschungsprojekts *JointConEval: Wirksamkeit einer komplexen Intervention zur Verbesserung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe von Pflegeheimbewohnern mit Gelenkkontrakturen*, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber*innen

ISBN 978-3-00-069991-7



Vorwort der Projektleitung

Alltagsanforderungen selbst erledigen, gemeinsam oder mit anderen, den Interessen nachgehen, alleine oder in der Gruppe: Das sind zweifelsohne wesentliche Aspekte für die Entwicklung eines Gefühls von Lebensqualität. Wenn bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen körperliche Einschränkungen zunehmen, sind es häufig Alltagsaktivitäten und Aspekte der Teilhabe, die in geringer werdendem Ausmaß oder passiv wahrgenommen werden. Die Mechanismen sind vielschichtig. Vielleicht trauen sich die Betroffenen nicht genug zu, vielleicht werden sie nicht ausreichend unterstützt oder vielleicht nur zu wenig ermutigt.

In mehreren wissenschaftlichen Projekten, die wir mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Frühjahr 2012 begannen und im Sommer 2020 abschlossen, befassten wir uns mit der Frage, welche Aktivitäten und Aspekte der Teilhabe bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit spezifischen körperlichen Einschränkungen – Gelenkkontrakturen – beeinträchtigt sind und was Pflegeheime und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unternehmen können, um Aktivitäten und Teilhabe fördern können. Die Ergebnisse dieser Projekte münden in diesem

Handbuch. Es soll Verantwortlichen in Pflegeheimen und professionell Pflegenden Anregung bieten, die für Bewohnerinnen und Bewohner so wichtigen Fragen der Aktivitäten im Alltag und dem Gemeinschaftserleben zu fördern und insgesamt in den Mittelpunkt zu rücken. Ein wichtiges Motiv in dem zugrundeliegenden Projekt war es, Maßnahmen zu entwickeln, die einfach und ohne viel Zusatzaufwand in den Alltag der Einrichtungen zu integrieren sind, damit diese auch wirklich umgesetzt werden können.

Unser besonderer Dank gilt, neben der kontinuierlichen Unterstützung durch den Fördermittelgeber Bundesministerium für Bildung und Forschung den Bewohnerinnen und Bewohnern, sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflegeheime, die es ermöglicht haben, Interventionen zu entwickeln, die passgenau und im Alltag umsetzbar sind. Auch gilt unser besonderer Dank den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Study Nurses unserer Standorte und den vielen studentischen Hilfskräften, die mit außergewöhnlichem Engagement das Projekt vorangetrieben haben.

Rosenheim und Halle (Saale),
Martin Müller und Gabriele Meyer

Inhalt

Vorwort der Projektleitung	5
Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	9
Einleitung	10
Ziel des Handbuchs	11
Zielgruppe des Handbuchs	11
Inhalte und Verwendung des Handbuchs	11
Entwicklung und Testung des PECAN-Konzeptes	12
Wissen zu Gelenkkontrakturen	14
Relevanz von Kontrakturen	14
Entstehung und Einflussfaktoren	14
Einschränkungen durch Gelenkkontrakturen	16
Teufelskreis Kontraktur	17
Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie von Kontrakturen	18
Das bio-psycho-soziale Modell der ICF als Grundlage für die Situationsanalyse	21
Begriffsklärung	21
Wechselwirkung der einzelnen ICF-Komponenten	24
Alterstheorien und Altersbilder	29
Kognitive Persönlichkeitstheorie (Thomae, 1970)	29
Kompetenzmodell des Alterns (Olbrich, 1987)	30
Kontinuitätstheorie (Atchley, 1971)	30
SOK-Modell (Baltes & Baltes, 1989)	30
Das PECAN-Konzept – Strategien teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege	34
Ziele teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege	34
Der Pflegeprozess und das PECAN-Konzept	35

Entwicklung von Maßnahmen nach dem PECAN-Konzept	35
Maßnahmenentwicklung auf Individualebene	36
Informationen sammeln	36
Probleme und Ressourcen ermitteln	37
Maßnahmen planen	41
Fallbeispiele aus dem Projekt – Best Practice	46
Maßnahmenentwicklung auf Organisationsebene	50
Vorgehensweise	50
Maßnahmen planen	50
Veränderungen auf Organisationsebene – Keine einfache Angelegenheit!	54
Fallbeispiele aus dem Projekt – Best Practice	57
Evaluation der Maßnahmen	60
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	61
Zusammenarbeit im Pflegeheim	61
Therapie- und Hilfsmittelkonferenz	62
Zusammenfassung	64
Implementierung in die Praxis	66
Empfehlungen zur Einführung und Umsetzung von PECAN	66
Multiplikator*innenkonzept	66
Zusammenarbeit & Unterstützung	67
Förderfaktoren und Barrieren für die Implementierung und Umsetzung	69
Fazit	78
Danksagung	80
Kooperationspartner*innen	80
Projektmitarbeiter*innen und Unterstützer*innen	80
Literaturverzeichnis	81

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Hypothetische Entstehung von Kontrakturen	15
Abb. 2	Verschiedene Bedingungen von Gelenkkontrakturen	15
Abb. 3	Teufelskreis Kontraktur	17
Abb. 4	Wirksamkeit von Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe und -therapie	18
Abb. 5	Beurteilung von Aktivität und sozialer Teilhabe nach der ICF	22
Abb. 6	Komponenten der Gesundheit nach der ICF	23
Abb. 7	Bio-psycho-soziales Modell der ICF	23
Abb. 8	ICF-Modell mit Wechselwirkungen der Komponenten	24
Abb. 9	Exemplarische Interviewaussagen von Pflegeheimbewohner*innen aus der JCFS-Studie zu hindernden Umweltfaktoren	25
Abb. 10	Pflegeprozess nach Fiechter & Meier, 1998	35
Abb. 11	Maßnahmeneinteilung nach dem PECAN-Konzept	35
Abb. 12	Definition persönlicher Teilhabe- und Aktivitätsziele	37
Abb. 13	SMART-Methode zur Zielformulierung	38
Abb. 14	Zielformulierung – Teilhabe- und Aktivitätsziele	39
Abb. 15	Bewohner*innenkarte zur Dokumentation von Teilhabezielen aus dem JCE-Projekt	40
Abb. 16	Personbezogene & Umweltfaktoren als Aspekte der Maßnahmenplanung	41
Abb. 17	Algorithmus der Maßnahmenzahl	45
Abb. 18	Phasen individueller & organisatorischer Veränderungsprozesse nach Streich	54
Abb. 19	Phasenmodell nach Krüger	57
Abb. 20	Weltreise, Residenz Ambiente in Leipzig: Jahresprogramm	59
Abb. 21	Dokumentationsmöglichkeit der Evaluation durchgeführter Maßnahmen	60
Abb. 22	Veranschaulichung interdisziplinärer Zusammenarbeit	61
Abb. 23	4 Schritte – Was braucht es, um Bewohner*innen zu bewegen?	64
Abb. 24	Philosophie des PECAN-Konzepts	65
Abb. 25	Beteiligte und Interessensgruppen bei der Umsetzung von PECAN	66

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Beeinträchtigungen der Teilhabe bei Bewohner*innen der JCE-Studie	17
Tab. 2	ICF-Kategorien der Umweltfaktoren und Beispiele	26
Tab. 3	Checkliste Absicht und Methoden teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege	34
Tab. 4	Phasenablauf von Veränderungsprozessen sowie Gestaltungsmöglichkeiten	56

Abkürzungsverzeichnis

DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.
EKON	Expertin bzw. Experte für kontraktursensible Pflege
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
JCE	JointConEval (drittes Kontrakturprojekt)
JCFS	JointConFunctionSet (erstes Kontrakturprojekt)
JCI	JointConImprove (zweites Kontrakturprojekt)
M. a.	Maßnahme auf
MRC Framework	Rahmenwerk des Medical Research Councils
PECAN	Participation Enabling Care in Nursing (teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege)
SOP	Standard Operating Procedure
TÜV	Technischer Überwachungsverein
WHO	Weltgesundheitsorganisation



Einleitung

Dieses Handbuch wendet sich an Sie und alle, die daran interessiert sind, Bewohner*innen im Alten- und Pflegeheim mit Bewegungseinschränkungen in den Gelenken in ihrer Aktivität und sozialen Teilhabe zu unterstützen. Es gibt nahezu keinen Lebensbereich, der nicht mit Bewegung verbunden ist – Bewegung ermöglicht Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit. Bewegungseinschränkungen in den Gelenken (Gelenkkontrakturen) sind ein häufig auftretendes Problem im Alter. Solche Gelenkkontrakturen entstehen beispielsweise infolge von Inaktivität, Verletzungen, Rheuma oder schmerzbedingten Schonhaltungen. Die damit einhergehenden Bewegungseinschränkungen führen bei den Betroffenen oft zu Beeinträchtigungen der Aktivitäten im Alltag, dem Verlust der Selbstständigkeit bis hin zur Bettlägerigkeit und zu Einschränkungen in der sozialen Teilhabe. Menschen mit Gelenkkontrakturen sind so in vielerlei Hinsicht beeinträchtigt – sei es beim täglichen Mittagessen mit dem Zimmernachbarn oder bei einem Ausflug mit den Liebsten.

Das PECAN-Konzept (Participation Enabling CARE in Nursing) will es Menschen mit Gelenkkontrakturen ermöglichen, nach ihren individuellen Vorstellungen am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben. Wie indi-

viduell Wünsche nach Teilhabe sein können, verdeutlichen die obenstehenden Bilder.

Beim PECAN-Konzept handelt es sich um pflegerische Entscheidungs- und Handlungsstrategien für Menschen mit Kontrakturen, welche das Ziel haben, die soziale Teilhabe und Aktivität zu verbessern und Einschränkungen zu reduzieren. Dabei ist eine ressourcenorientierte Bewegungsförderung ein wesentlicher Faktor für die Teilhabe am sozialen Leben der betroffenen Bewohner*innen.

Das PECAN-Konzept wurde in zwei wissenschaftlichen Studien (JointConFunctionSet und JointConImprove; siehe Kapitel „*Entwicklung und Testung des PECAN-Konzeptes*“ ab S. 12) von uns als pflegewissenschaftlichem Team von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Technischen Hochschule Rosenheim entwickelt. Grundlage für die Entwicklung des Konzeptes war dabei die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (kurz ICF) (DIMDI, 2005). Die ICF beschreibt verschiedene Komponenten der Gesundheit und deren Einflussmöglichkeiten auf den aktuellen Gesundheitszustand einer Person. Zentraler Ansatzpunkt ist dabei die Partizipation (soziale Teilhabe), da wir Menschen meist nicht durch unser ei-

gentliches Krankheitsproblem an sozialer Teilhabe gehindert werden, sondern viel mehr durch die Gesellschaft und die Umstände in denen wir leben.

Teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege soll es Menschen mit **Kontrakturen** ermöglichen, nach ihren **individuellen** Vorstellungen am **Leben in der Gemeinschaft** teilzuhaben.

Die ICF definiert Partizipation dabei als das Einbezogensein in eine Lebenssituation oder in einen Lebensbereich. Dieses „Einbezogensein“ fokussiert zwei wichtige Aspekte der Teilhabe: den Zugang zu Lebensbereichen sowie die subjektive Zufriedenheit mit Art und Umfang dieses Zugangs.

Ziel des Handbuchs

Dieses Handbuchs soll Ihnen, der Leserin und dem Leser, das Konzept der teilhabefördernden, kontraktursensiblen Pflege (PECAN-Konzept) näher bringen und Ihnen Wissen und Fertigkeiten für die Förderung von Aktivität und Teilhabe unter Berücksich-

tigung von Kontrakturrisiken an die Hand geben. Dabei wollen wir auch auf unsere Erfahrungen im Rahmen der Überprüfung des PECAN-Konzeptes mit 35 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege eingehen. Sie als Leserin bzw. Leser sollen befähigt werden, das PECAN-Konzept in den Phasen des Pflegeprozesses in Ihrer Einrichtung anzuwenden.

Zielgruppe des Handbuchs

Dieses Handbuch richtet sich an alle Interessierten (bspw. Pflegende, Therapeut*innen, Betreuungskräfte, Führungskräfte), die in ihrem Alltag Menschen mit Kontrakturen oder Kontrakturrisiko in Alten- und Pflegeheimen versorgen und diese in ihrer Aktivität und sozialen Teilhabe unterstützen wollen.

Inhalte und Verwendung des Handbuchs

Wir möchten Sie über das aktuelle Wissen zum Thema Gelenkkontrakturen informieren. Außerdem erhalten Sie in diesem Handbuch Anregungen wie Sie in Ihrem täglichen beruflichen Alltag kontrakturbedingten Ein-

schränkungen in den Bereichen Aktivität und Teilhabe bei betroffenen Bewohner*innen entgegenwirken können. Anhand von Beispielen aus der Praxis werden Ihnen Kenntnisse zu den Auswirkungen eingeschränkter sozialer Teilhabe und Aktivität nähergebracht. Im Anschluss werden Maßnahmen der ressourcenorientierten Aktivitätsförderung beschrieben sowie Maßnahmen, die trotz Funktions- und/oder Aktivitätseinschränkungen Teilhabe ermöglichen. Da ein wichtiger Aspekt bei der Förderung von Aktivität und Teilhabe in Alten- und Pflegeheimen die richtige Hilfsmittelversorgung ist, werden auch Aspekte beschrieben, die im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu beachten sind sowie Anzeichen einer Unter-, Über- und Fehlversorgung.

An einigen Stellen verwenden wir Piktogramme, die dabei helfen sollen, die Inhalte des Handbuchs schneller zu erfassen:

 **Kapitelzusammenfassung** mit den jeweils wichtigsten Aussagen zum Thema

 **Internetlinks und Tipps** für weiterführende Informationen

 **Download-Hinweise** für ergänzende Materialien

Entwicklung und Testung des PECAN-Konzeptes

Die Entwicklung und Testung des PECAN-Konzeptes orientierte sich am MRC-Framework (Medical Research Council). Dabei handelt es sich um ein in Großbritannien ent-

wickeltes Vier-Phasen-Modell für die wissenschaftliche Entwicklung und Überprüfung von komplexen Maßnahmen (Interventionen) (Campbell et al., 2000). Die Entwicklung (Phase 1), Erprobung (Phase 2), Evaluierung (Phase 3) und langfristige Einführung (Phase 4) einer komplexen Intervention kann ein langwieriger Prozess sein, wobei jede Phase für ein gutes Endergebnis wichtig ist (Craig et al., 2008). Damit eine Intervention gut evaluiert werden kann und die Umsetzung in der Praxis mit hoher Wahrscheinlichkeit möglich ist, sollte ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung und Testung geworfen werden (ebd.). Dies haben wir in zwei ersten Forschungsprojekten zum Thema umgesetzt, während sich das letzte Projekt der Evaluierung des PECAN-Konzeptes widmete. Nachfolgend wollen wir Ihnen unsere drei Forschungsprojekte zur Entwicklung und Testung des PECAN-Konzeptes kurz vorstellen.

Bevor eine (komplexe) Intervention wie unser PECAN-Konzept entwickelt werden kann, muss zunächst geprüft werden, was bereits zum Thema bekannt ist und welche wissenschaftlichen Erkenntnisse bereits vorliegen. Im ersten Projekt „JointConFunction-Set“ (kurz JCFS) haben wir dies gemacht und daher zunächst erfasst:

- die Sichtweisen und Erfahrungen **betroffener Pflegeheimbewohner*innen** mit Kontrakturen
- die Sichtweisen und Erfahrungen **beteiligter Berufsgruppen**
- bereits vorliegende **wissenschaftliche Erkenntnisse** zum Thema Gelenkkontrakturen in Alten-/Pflegeheimen

Anhand dieser Ergebnisse wurde in einem aufwendigen, standardisierten Verfahren unter Beteiligung eines Expertengremiums eine Liste mit relevanten Alltagseinschränkungen erstellt, welche häufig bei Betrof-

fenen mit Gelenkkontrakturen vorzufinden sind. Auf Basis dieser Liste wurde dann ein Fragebogen entwickelt und validiert – die PaArticular-Skala (Müller et al., 2016) –, um die Auswirkungen von Gelenkkontrakturen auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit sowie die soziale Teilhabe älterer Menschen zu erfassen.

Das Ziel des zweiten Forschungsprojektes „JointConImprove“ (kurz JCI) war die Entwicklung des Konzeptes der teilhabefördernden, kontraktursensiblen Pflege (PECAN) im Sinne einer komplexen Intervention. Laut dem oben dargestellten MRC-Framework soll eine neu entwickelte Intervention zunächst auf ihre Akzeptanz und Machbarkeit/Durchführbarkeit getestet (Pilotierung) werden. Dies erfolgte im letzten Studienabschnitt der JCI-Studie. Das PECAN-Konzept wurde in sieben Pflegeheimen in zwei Regionen Deutschlands (Halle und München) hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit im Alltag überprüft. Die Ergebnisse wiesen das Konzept als machbar und in Pflegeheimen umsetzbar aus. Ermittelte Förderfaktoren und Barrieren hinsichtlich der Umsetzung des Konzeptes in den Einrichtungen führten zunächst zu einer Anpassung des PECAN-Konzeptes und der Strategien zur Einführung des Konzeptes in Pflegeheime.

In der dritten und bisher letzten Studie „JointConEval“ (kurz JCE) zum Thema erfolgte dann die Überprüfung der Wirksamkeit

(Evaluation) des PECAN-Konzeptes an zwei Standorten in Deutschland. Das heißt, wir haben geprüft, ob mit dem Konzept tatsächlich eine Verbesserung der Aktivität und Teilhabe von Pflegeheimbewohner*innen mit Kontrakturen erreicht werden kann. Als Messinstrument für das Ausmaß der Aktivität und Teilhabe der Bewohner*innen wurde die PaArticular-Skala genutzt, die im ersten Forschungsprojekt von uns entwickelt wurde.

 Nähere Informationen zu unseren Forschungsprojekten, zum methodischen Vorgehen und den jeweiligen Ergebnissen, finden Sie auch auf unserer Homepage www.bewegung-verbindet.de

 Das Konzept der **teilhabefördernden, kontraktursensiblen Pflege (PECAN)** wurde in drei wissenschaftlichen Studien systematisch entwickelt und hinsichtlich seiner Machbarkeit und Wirksamkeit getestet. PECAN zielt darauf ab, Menschen mit Gelenkkontrakturen die **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** nach ihren individuellen Vorstellungen zu ermöglichen.

Wissen zu Gelenkkontrakturen

Relevanz von Kontrakturen

Wie wichtig das Thema Gelenkkontrakturen ist, erleben Sie täglich bei Ihrer Arbeit, bspw. bei Bewohner*innen, die immer schlechter laufen können oder beim Waschen immer unselbstständiger werden. Aber was genau sind Gelenkkontrakturen und ab wann wird davon gesprochen? Die allgemeingültige Definition von Gelenkkontrakturen gibt es nicht. Stattdessen existiert in der Literatur eine Vielzahl an Definitionen. Grundsätzlich gilt, dass Gelenkkontrakturen Einschränkungen des vollen Bewegungsausmaßes eines Gelenkes darstellen. Um dem Phänomen der Gelenkkontraktur die Aufmerksamkeit zu widmen, die es braucht, plädieren wir für folgende Definition (Bartoszek, Meyer & Thiesemann, 2014):

Eine Gelenkkontraktur ist jegliche Bewegungseinschränkung eines Gelenks, die über das altersphysiologische Maß hinausgeht.

Folglich sind Gelenkkontrakturen ein häufig auftretendes Problem im Alter. Die Entstehungsmechanismen für Gelenkkontrakturen sind vielfältig. Sie entstehen bspw. infolge von Inaktivität, Verletzungen, Rheuma oder schmerzbedingten Schonhaltungen. Deshalb ist es wichtig, bei der Diagnose von Kontrakturen auch deren Ursachen zu berücksichtigen. Darauf gehen wir in diesem Kapitel näher ein. Unabhängig von ihren zugrundeliegenden Entstehungsmechanismen wirken sich Gelenkkontrakturen negativ auf die Lebensqualität, die Funktionsfähigkeit und die Selbstständigkeit der Be-

wohner*innen in Alten- und Pflegeheimen aus. Je nach Schweregrad und Lokalisation können Kontrakturen auch zu Immobilität und zu Komplikationen wie Dekubitus und Stürzen beitragen.

In den vergangenen Jahren wurde dem Phänomen „Gelenkkontraktur“ eine vermehrte Aufmerksamkeit zu Teil, da bspw. der Medizinische Dienst eine Risikoeinschätzung für Kontrakturen sowie kontrakturpräventive Maßnahmen als Qualitätsindikatoren in der Langzeitpflege definierte, obwohl zu diesem Zeitpunkt weder ausreichend Evidenz (wissenschaftlich nachgewiesene Wirksamkeit) für kontrakturpräventive Maßnahmen noch ein geeignetes patientenzentriertes Assessment verfügbar waren. Dies führte zu einem steigenden Assessment- und Dokumentationsaufwand sowie zum vermehrten Einsatz kontrakturpräventiver Maßnahmen, deren Wirksamkeit nicht belegt ist. Als Konsequenz verschwanden Kontrakturen wieder aus den sogenannten Transparenzkriterien. Die Diskussion um die Qualität der Versorgung von Menschen mit Kontrakturen in der Pflege besteht aber weiterhin, denn Kontrakturen lassen sich nicht in jedem Fall vermeiden. Umso wichtiger ist ein reflektierter und gut überlegter Umgang mit solchen Einschränkungen (Bartoszek & Meyer, 2015).

Entstehung und Einflussfaktoren

Kontrakturen und deren Komplikationen können besser vermieden werden, wenn deren Entstehungsmechanismen bekannt sind. Die hypothetische Annahme zur Entstehung einer Kontraktur lässt sich nach Schomacher (2005) wie folgt aufzeigen:

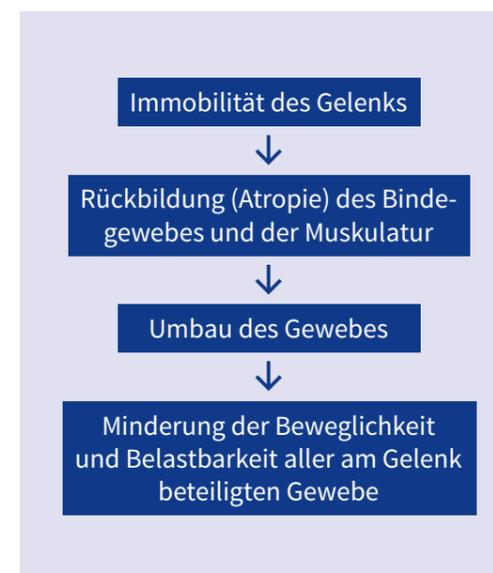


Abb. 1: Hypothetische Entstehung von Kontrakturen

Durch eine Immobilität des Gelenks oder mehrerer Gelenke bilden sich das Bindegewebe und die Muskulatur zurück (Atrophie). Dabei kann die Ursache für die Im-

mobilität sehr vielfältig sein, z. B. aufgrund eines vermehrten Verbleibes der Bewohner*innen im Bett auch tagsüber. Der Abbau von Bindegewebe und Muskulatur führt zu einem Umbau des Gewebes. Damit ist ein vermehrtes Wachstum der Synovialmembran (Innenschicht der Gelenkkapsel) gemeint, was zu einer Anhaftung der Synovialmembran am Gelenknorpel führt. Entzündliche Prozesse und die Veränderung der Bindegewebszusammensetzung sind die Folge. Es kommt zur Bildung von Querverbindungen, welche die Längsdehnung des Gewebes vermindern und zu einer Steifheit der Gelenkkapsel sowie zu einem Knorpelumbau führen. Dies wiederum mindert die Beweglichkeit und Belastbarkeit aller am Gelenk beteiligten Gewebe. Bereits nach etwa zwei Wochen Immobilität eines Gelenkes führen diese Umbauprozesse zu Gelenkkontrakturen (Schomacher, 2005).



Abb. 2: Verschiedene Bedingungen von Gelenkkontrakturen

Einschränkungen durch Gelenkkontrakturen

Ganz allgemein kann man sagen:

Menschen mit Gelenkkontrakturen in Heimen sind deutlich häufiger in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt als Bewohner*innen ohne Gelenkkontrakturen.

Yip, 1996

In der Studie „JointConFunctionSet“ wurden Betroffene befragt, in welchen Lebensbereichen sie durch die Kontrakturen eingeschränkt sind (Fischer et al., 2014). Dabei ergaben sich drei Hauptbereiche, in denen kontrakturbedingte Einschränkungen auftreten:

- **Selbstversorgung:** Einschränkungen in Bereichen wie Körperpflege, Anziehen, Essen & Trinken
- **Mobilität:** Einschränkungen insbesondere beim Positionswechsel (z. B. vom Sitzen zum Stehen), beim Stehen und/oder Gehen bzw. sich anderweitig fortbewegen

- **Teilhabe:** Einschränkungen bei Aspekten wie Zusammensein mit Familie/ Nachbarschaft und Freunden, Freizeit- und geselligen Aktivitäten.

Während Einschränkungen im Bereich der Mobilität und der Selbstversorgung schnell offenbar werden, stehen teilhabebezogene Einschränkungen meist nicht im Fokus der Beteiligten.

In der Tabelle 1 sehen Sie, wie zahlreich die Einschränkungen im Bereich der Teilhabe für ältere Menschen mit Kontrakturen, die in Pflegeheimen wohnen, sind. Sie zeigt Befragungsergebnisse der Bewohner*innen aus der Studie „JointConEval“ zu deren Beeinträchtigungen im Bereich der sozialen Teilhabe. Die Lebensbereiche sind dabei absteigend nach erlebten Schwierigkeiten sortiert, d. h. ganz oben für „Sport“ wurde am häufigsten eine Einschränkung angegeben, die zu 80 % durch Kontrakturen hervorgerufen wurde. In den Bereichen „Anderen helfen“, „Kunsthandwerk“, „Geselligkeit“, „Hobbys“ sowie „Kunst und Kultur“ wurden ebenfalls Einschränkungen angegeben, die mit über 70 % auf Kontrakturen zurückzuführen sind. Der Anteil der Befragten wird in den Zeilen und Spalten in gerundeten Prozentwerten dargestellt.

Lebensbereich	Schwierigkeiten		Ausmaß der Schwierigkeiten			durch Kontraktur hervorgerufen
	nein	ja	leichte	erhebliche	nicht möglich	
Sport	22	78	26	33	19	80
Anderen helfen	28	72	18	15	39	71
Kunsthandwerk	30	70	11	22	37	74
Geselligkeit	36	64	21	34	9	77
Hobbys	37	63	15	20	27	77
Kunst und Kultur	38	62	16	26	20	77
soziale Beziehungen	41	59	20	18	21	66
Spiel	43	57	16	21	20	66
Gemeinschaftsleben	44	56	21	29	6	74

Lebensbereich	Schwierigkeiten		Ausmaß der Schwierigkeiten			durch Kontraktur hervorgerufen
	nein	ja	leichte	erhebliche	nicht möglich	
Körperlicher Kontakt	53	47	22	14	10	85
Religion/Spiritualität	71	29	11	14	4	93

Tab. 1: Beeinträchtigungen der Teilhabe bei Bewohner*innen der JCE-Studie ■ über 20% ■ über 30% der Befragten

Die Ergebnisse verdeutlichen zudem, dass Kontrakturen für die Betroffenen einen Verlust der Autonomie und Einschnitte in die Lebensqualität bedeuten. Sie können je nach Schweregrad und Lokalisation zur weiteren Verschärfung des Risikos für Immobilität, aber auch zu Komplikationen wie Dekubitus und Stürzen beitragen.

Die Wichtigkeit dieses Thema wird ebenfalls in der **Charta der Rechte der Pflegebedürftigen** (Pflege-Charta) betont. Hier heißt es im Artikel 6:

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Pflege-Charta hat das Ziel, die Rolle und die Rechtsstellung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu stärken und legt dar, wie sich diese Rechte im Alltag hilfe- und pflegebedürftiger Menschen widerspiegeln sollen. Damit zeigt sie Qualitätsmerkmale einer würdevollen Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen auf und stellt somit eine Leitlinie für alle dar, die Verantwortung in der Pflege, Betreuung und Behandlung übernehmen.

Die Pflege-Charta ist unter www-pflege-charta.de verfügbar.

Teufelskreis Kontraktur

Ohne Maßnahmen zur Kontrakturvermeidung durch die Betroffenen, das Pflegepersonal, durch Therapeut*innen und Ärzt*innen können Gelenkkontrakturen zu einer negativen Abwärtsspirale führen – einem Teufelskreis. Dies hat langfristig Einschränkungen für die Betroffenen im Hinblick auf Mobilität, Selbstversorgung und Teilhabe zur Folge, was sich auf die Lebensqualität auswirkt.

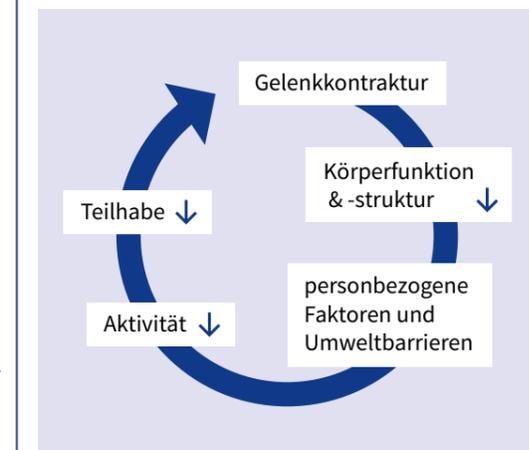


Abb. 3: Teufelskreis Kontraktur

Betrachtet man bspw. Gelenkkontrakturen der unteren Extremitäten, wird die Negativspirale der Folgen besonders deutlich: Eine Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit (Gelenkkontraktur) gerade am Knie oder in der Hüfte verändert sehr schnell das Gangbild. Die Schritte werden kleiner, der Gang unsicherer und man geht nach vornübergebogen (Reduktion der Körperfunktionen und -strukturen). Gegebenheiten in der un-

mittelbaren Umgebung, wie die Entfernung oder Stufen zum Speisesaal oder die Bodenbeschaffenheit im Außenbereich führen zusätzlich dazu, dass Betroffene sich beim Gehen noch unsicherer fühlen (personbezogene Faktoren und Umweltbarrieren). Deshalb werden solche Wege bzw. Aktivitäten zumeist vermieden, aus Angst zu stürzen oder aufgrund der Beschwerlichkeit

des Gehens, das nur mit Unterstützung von Anderen möglich ist (Reduktion der Aktivität). Als Konsequenz schränkt es die Möglichkeiten der Bewohner*innen ein, am sozialen Leben in der Einrichtung teilzuhaben (Reduktion der Teilhabe). Darüber hinaus entsteht durch die fortschreitende Immobilität ein zunehmendes Kontrakturnisiko auch für andere Gelenke.

Das PECAN-Konzept versucht diesen Teufelskreis zu durchbrechen, indem es durch Berücksichtigung der personbezogenen Faktoren und Umgebungsfaktoren darauf abzielt, Aktivität und Teilhabe trotz bestehender Einschränkungen (bspw. in Form von Kontrakturen) zu fördern.

Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie von Kontrakturen

Bei der Entwicklung des PECAN-Konzeptes haben wir uns auch damit beschäftigt, welche Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe und -therapie bereits existieren und

wie wirksam diese sind, d. h. ob sie den gewünschten Effekt erzielen. Im nachfolgenden Kapitel wollen wir kurz auf den aktuellen Stand der klinischen Forschung zur Wirksamkeit dieser Maßnahmen eingehen (siehe Abb. 4) und welche Bedeutung dies für Ihren Alltag hat.

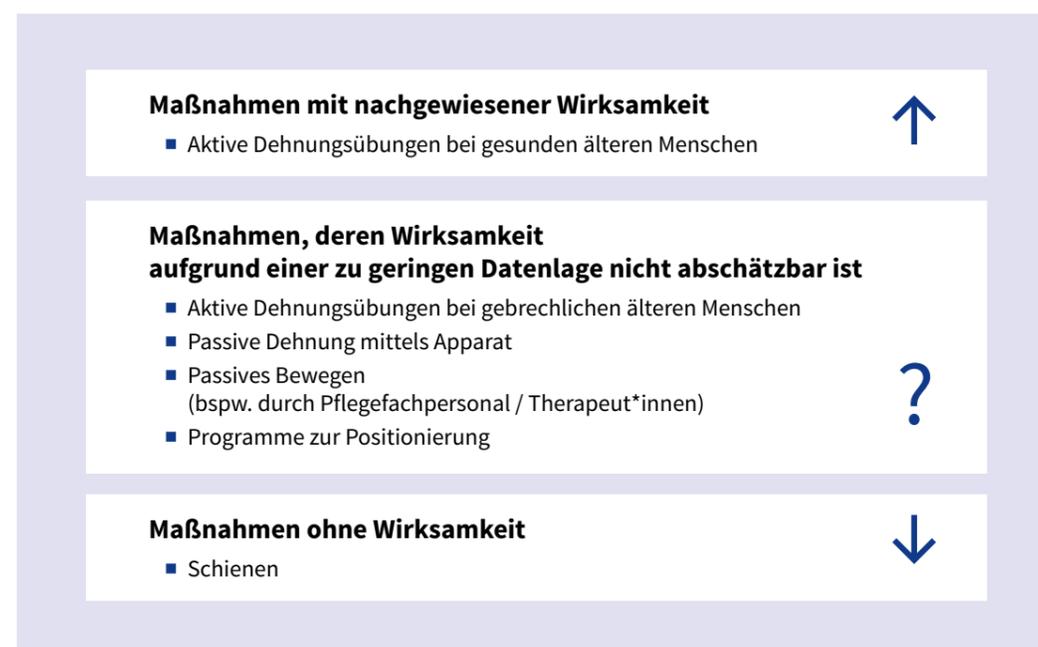


Abb. 4: Wirksamkeit von Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe und -therapie

Auf der Grundlage bisheriger wissenschaftlicher Ergebnisse können die folgenden Empfehlungen zur Kontrakturprophylaxe und -therapie gegeben werden:

Empfehlenswert sind **aktive Dehnungsübungen** für ältere, **gesunde Bewohner*innen**. Dabei ist aber zu beachten, dass die erstmalige Durchführung durch Physio- oder Ergotherapeut*innen angeleitet werden sollte. Erst nach einer physiotherapeutischen Einweisung sollten Pflegefachpersonen Bewohner*innen zu den Dehnübungen anleiten. Zu beachten sind mögliche Grunderkrankungen, die sich negativ auf die Durchführung auswirken können. Außerdem darf nicht in den Schmerz hineingearbeitet werden. Die Dehnung sollte mindestens 45 Sekunden am Bewegungsende gehalten werden.

Unklar ist, welchen Effekt aktive Dehnübungen bei gebrechlichen Älteren haben. Hier konnten Untersuchungen bisher keine einheitlichen Ergebnisse erzielen – häufig, weil die Teilnehmer*innen die vorgesehenen Dehnpositionen nicht immer einnehmen konnten. Es ist daher anzunehmen, dass auch bei gebrechlichen älteren Menschen aktive Dehnübungen sinnvolle Maßnahmen der Kontrakturprophylaxe und -therapie darstellen können, allerdings müssen die Ausgangsstellungen für die Dehnübungen und auch deren Durchführungsweise an die körperlichen Kapazitäten angepasst werden.

Die Verwendung von Schienen hat sich als **nicht** wirksam erwiesen und sollte daher zur Kontrakturprophylaxe und -therapie nicht eingesetzt werden.

Bei einer Reihe von Maßnahmen, die zur täglichen Pflegepraxis gehören, weiß man nicht, ob sie den erwünschten Effekt erzielen. Hierzu gehören bspw. passives Dehnen und Bewegen sowie Positionswechsel. Dies bedeutet für Ihre tägliche Arbeit nicht, dass diese Maßnahmen nicht durchgeführt werden dürfen. Jedoch ist stets ein

reflektierter Umgang mit den geplanten und durchgeführten Maßnahmen angezeigt. Wichtig für Ihre tägliche (pflegerische) Arbeit sind dabei drei Aspekte:

- **Begründungsverpflichtung** – Geplante Maßnahmen müssen begründet werden, dies betrifft auch die bewusste Entscheidung gegen eine Maßnahme! Entscheidungen für oder gegen eine Maßnahme basieren auf der Expertise der Pflegenden sowie der von Kontrakturen betroffenen/bedrohten Person.
- **Überprüfung der Maßnahmen** – Durchgeführte Maßnahmen müssen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit als auch unerwünschter Wirkungen regelmäßig überprüft werden!
- **Dokumentation** – Entscheidungen für oder gegen Maßnahmen sowie Ergebnisse der regelmäßigen Überprüfung müssen ausreichend dokumentiert werden! Bei unzureichender Dokumentation greift die Beweislastumkehr! D. h. Pflegenden müssen aufzeigen, dass alle notwendigen Maßnahmen durchgeführt wurden und eine Kontraktur nicht vermeidbar war.

Wo es an wissenschaftlichen Grundlagen mangelt, muss eine erfahrungsbegründete Entscheidungsfindung zu geeigneten Maßnahmen erfolgen, basierend auf der Expertise der Pflegenden und den Präferenzen der Betroffenen.

Behrens & Langer, 2010

Alle bisher in Studien überprüften Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe und -therapie setzten ausschließlich darauf, bestimmte Körperfunktionen und -struktur der Betroffenen zu verbessern, wie bspw. Kraft, Gleich-

gewicht oder Beweglichkeit. Keine Maßnahme versucht die Umweltbedingungen oder Einflussfaktoren auf Seiten des betroffenen Individuums zu verändern und dadurch einen positiven Einfluss auf Aktivitäten oder Teilhabe zu nehmen.

Genau an dieser Stelle setzen wir mit dem PECAN-Konzept an, wenn wir von ressourcenorientierter Bewegungsförderung zur Verbesserung von Aktivität und Teilhabe sprechen. Es geht darum, förderliche Ein-

flussfaktoren aus der Umwelt oder förderliche Eigenschaften der Person zu nutzen und hinderliche zu reduzieren oder gar zu beseitigen, um soziale Teilhabe nach den individuellen Vorstellungen der Bewohner*innen möglich zu machen. Zur Identifikation von förderlichen und hinderlichen Einflussfaktoren kann die ICF mit ihrem bio-psycho-sozialen Modell herangezogen werden. Dies wollen wir Ihnen im nächsten Kapitel vorstellen.

 Gelenkkontrakturen sind Bewegungseinschränkungen der Gelenke, die über das altersphysiologische Maß hinausgehen. Sie sind ein häufiges Phänomen im Alter, insbesondere bei Pflegeheimbewohner*innen.

Bereits nach zwei Wochen führen Umbauprozesse im Gewebe infolge von Immobilität zur Entstehung von Kontrakturen. Dabei sind die Ursachen für die Immobilität sehr vielfältig und müssen bei der Planung der Versorgung berücksichtigt werden. Gelenkkontrakturen führen häufig zu Einschränkungen im Bereich der Mobilität, der Selbstversorgung und der Teilhabe.

Die Wirksamkeit von häufig eingesetzten Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Kontrakturen konnte bisher nur für aktive Dehnübungen bei gesunden Personen nachgewiesen werden. Für viele Maßnahmen ist fraglich, ob sie tatsächlich geeignet sind, Kontrakturen vorzubeugen und/oder zu verbessern. Daher ist ein reflektierter Umgang mit geplanten und durchgeführten Maßnahmen unerlässlich.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF als Grundlage für die Situationsanalyse

Handlungsleitend für die Pflege und Versorgung von Menschen mit (chronischen) Erkrankungen ist die Sichtweise, durch die man das Krankheitsgeschehen betrachtet. Ein weit verbreitetes theoretisches Modell zur Betrachtung der Auswirkungen einer Erkrankung ist das bio-psycho-soziale Modell aus der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (kurz ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001; deutsche Version: DIMDI, 2005).

 Die deutschsprachige Übersetzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, Stand 2005) finden Sie unter www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf.

 ICF-Praxisleitfäden der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sind unter www.bar-frankfurt.de/service/publikationen/reha-grundlagen verfügbar.

Begriffsklärung

Die ICF dient der Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Sie stellt damit eine Konzeption zum besseren Verständnis der verschiedenen Komponenten der Gesundheit und des

Zusammenhangs zwischen diesen Komponenten dar.

In einer weitverbreiteten Definition der WHO (1946), wird Gesundheit definiert als

... ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Konsequenterweise benennt die ICF mehrere **Komponenten der Gesundheit** (siehe Abb. 6, S. 23), die wir Ihnen nachfolgend vorstellen wollen:

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. **Körperfunktionen** umfassen alle physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschließlich der psychologischen Funktionen. In der ICF werden die zu beurteilenden Körperstrukturen und -funktionen in insgesamt acht Kapiteln (Bereiche) aufgelistet.

Beispiele für häufig eingeschränkte Körperstrukturen und -funktionen bei Pflegeheimbewohner*innen sind Veränderungen der Struktur Ohr und eine eingeschränkte Hörfunktion, Veränderungen der Struktur Auge und eine eingeschränkte Sehfunktion, Veränderungen des kardiovaskulären und Atemsystems die Herz-Kreislauf-Beschwerden verursachen können, oder auch Veränderungen von Strukturen wie Knochen, Muskeln, Sehnen und Bänder, die mit verminderter Kraft, Beweglichkeit und Balance einhergehen.

Eine **Aktivität** ist die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen. **Soziale Teilhabe** (Partizipa-

tion) beschreibt das Einbezogensein eines Menschen in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Da es oft schwierig ist, zwischen individueller (Aktivitäten) und sozialer Perspektive (Teilhabe) zu unterschei-

den, stellt die ICF eine gemeinsame Liste an Lebensbereichen zur Verfügung, anhand derer die Beurteilung der Aktivitäten und der sozialen Teilhabe erfolgen kann. Diese neun Lebensbereiche sind:

Lernen und Wissensanwendung	Mobilität	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Selbstversorgung	Bedeutende Lebensbereiche
Kommunikation	Häusliches Lernen	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Abb. 5: Beurteilung von Aktivität und sozialer Teilhabe nach der ICF

Sie spiegeln wichtige Bereiche potenziellen oder tatsächlichen Handelns (Aktivitäten) und menschlicher Daseinsentfaltung (Teilhabe) wider. Das **Partizipationskonzept** ist der zentrale Ansatzpunkt der ICF, da man damit nachhaltig anerkennen will, dass die erschwerte Partizipation am Leben der Gesellschaft die eigentliche Behinderung darstellt und zum zentralen Anknüpfungspunkt für Hilfen werden muss. Der Mensch ist meist nicht durch sein Krankheitsproblem an der Teilhabe gehindert, sondern durch die Gesellschaft. Daher richtet die ICF ihr Augenmerk auf die Beurteilung der o. g. vier Komponenten vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren, da sie diesen im bio-psycho-sozialen Modell eine aktive Rolle zuspricht.

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und werden in Umwelt- und personbezogene Faktoren unterteilt. Sie beinhalten mögliche Einflussfaktoren, die sich auf die Komponenten Körperfunktion/-struktur, Aktivität und Teilhabe positiv oder negativ auswirken

können. D. h. sie können für eine betroffene Person in einer bestimmten Situation einen Förderfaktor oder eine Barriere darstellen.

Personbezogene Faktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute). Sie umfassen spezielle Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind (z. B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstrategien, Hobbys, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen und Ereignisse, allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, Motivation).

Die **Umweltfaktoren** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Mit anderen Worten: Umweltfaktoren sind „äußere“ Einflüsse darauf, wie gut Bewohner*innen mit Kontrakturen Aktivitäten ausführen und am sozialen Leben teilhaben können.

Die ICF beschreibt somit die Situation einer Person bezüglich ihrer Funktionsfähigkeit und ihrer Beeinträchtigung mittels verschiedener Gesundheitsaspekte, die den genannten Komponenten zu zuordnen sind.

Damit wird eine dreidimensionale Sicht auf den Gesundheitszustand einer Person ermöglicht: auf biologischer (Körperstruktur/-funktion), individueller (Aktivität) und sozialer Ebene (Teilhabe).



Abb. 6: Komponenten der Gesundheit nach der ICF

Das **bio-psycho-soziale Modell** bringt die genannten Komponenten in einen Zusammenhang:

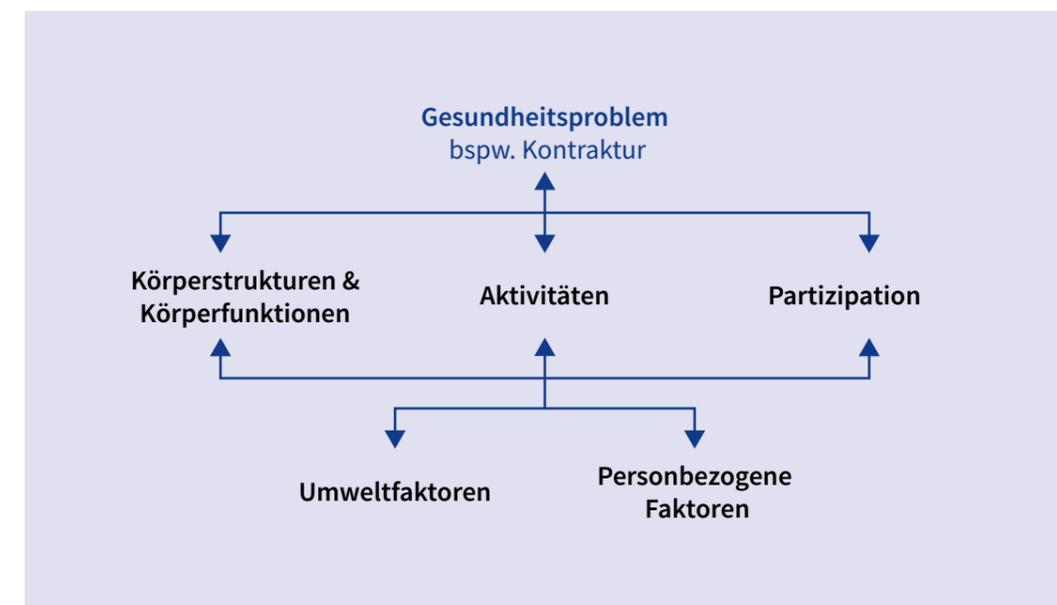


Abb. 7: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (eigene Darstellung in Anlehnung an WHO, 2001, S. 18)

Wechselwirkung der einzelnen ICF-Komponenten

Die Doppelpfeile in der vorherigen Abbildung zum bio-psycho-sozialen Modell sollen verdeutlichen, dass sich die einzelnen ICF-Komponenten gegenseitig bedingen. Es besteht eine **dynamische Wechselwirkung**. Daher können Änderungen bezüglich einer Komponente (Verbesserung/Verschlechterung) Veränderungen in einer oder mehreren anderen Komponenten hervorrufen. Die Richtung der Einwirkung ist dabei nicht vorgegeben, jede Komponente kann von jeder anderen beeinflusst werden und umgekehrt.

Diese Wechselwirkungen möchten wir Ihnen in unserer Ergänzung zum originalen

Modell der WHO in Abbildung 8 illustrieren. Der Grad der Funktionsfähigkeit einer Person (Gesundheitszustand) ergibt sich aus den Beeinträchtigungen in den Komponenten Körperfunktion/-struktur, Aktivität und Teilhabe (weißes Kästchen in Abb. 8) und ist abhängig vom Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren (blaues Kästchen). Denn: Einschränkungen in den genannten Komponenten (hervorgehoben durch Krankheit oder andere Gesundheitsprobleme) können durch persönliche und Umweltfaktoren ausgeglichen oder verstärkt werden. Das heißt, die individuellen Kontextfaktoren einer Person können als Barriere oder als Förderfaktor wirken.

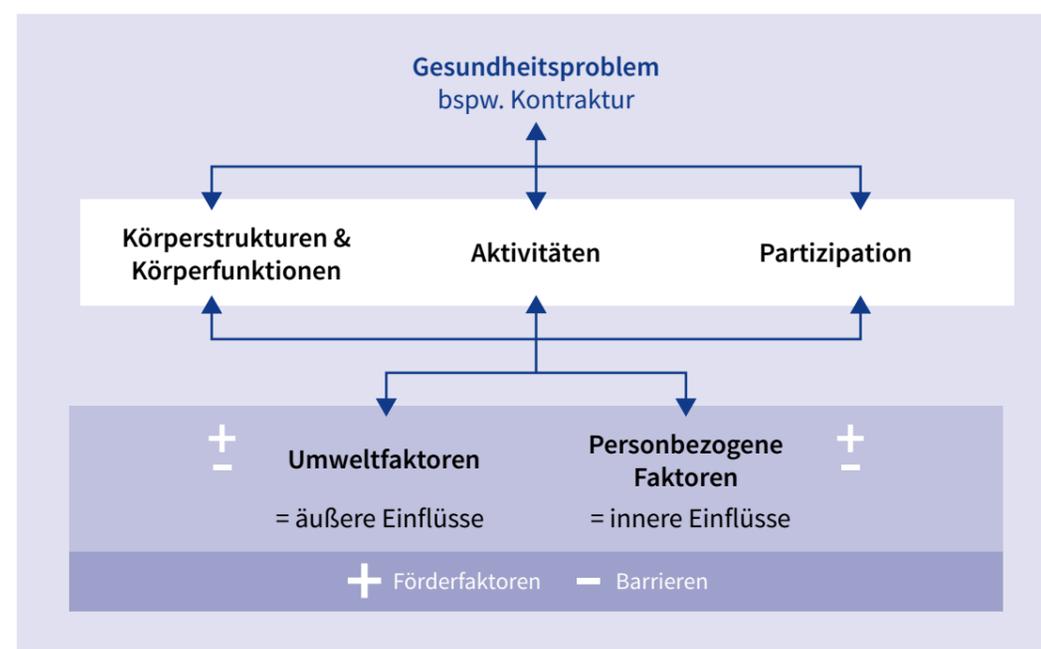


Abb. 8: ICF-Modell mit Wechselwirkungen der Komponenten (eigene Darstellung)

Zwei Beispiele zum besseren Verständnis:

Beispiel 1: Alterskurzsichtigkeit (eingeschränkte Körperfunktion und -struktur) führt dazu, dass ein Bewohner nicht mehr so gut lesen kann (eingeschränkte Aktivität) und dadurch nicht mehr seinem Hobby „Kriminalromane lesen“ nachgehen kann.

Eine Brille (Hilfsmittel, Umweltfaktor) gleicht die Fehlsichtigkeit aus und der Bewohner kann wieder lesen, seinem Hobby nachgehen und somit teilhaben. Die Brille wirkt sich positiv auf seine Funktionsfähigkeit aus und ist somit als *Förderfaktor* anzusehen.

Beispiel 2: Eine im Gehen stark eingeschränkte Bewohnerin will auf der Post ein

Paket aufgeben. Da die Einschränkung im Gehen durch einen Rollstuhl kompensiert wird (Hilfsmittel, Umweltfaktor, Förderfaktor), könnte sie dies auch. Da aber die Schalterhalle zur Post nur über eine Treppe erreichbar ist (Umweltfaktor, bauliche Gegebenheiten, Barriere) und es keinen Aufzug gibt (Umweltfaktor, Barriere) wird sie in

ihrer Teilhabe gehindert und kann das Paket nicht aufgeben. Der nicht barrierefreie Zugang zur Schalterhalle wirkt sich als negativer Kontextfaktor (*Barriere*) aus.

Aber wie können **Umweltfaktoren** in Alten-/Pflegeheimen Aktivität und Teilhabe genau beeinflussen? Was sagen Bewohner*innen dazu?



Abb. 9: Exemplarische Interviewaussagen von Pflegeheimbewohner*innen aus der JCFS-Studie zu hindernden Umweltfaktoren

Umweltfaktoren werden in der ICF in die folgenden fünf Kategorien eingeteilt:

Kategorie	Beispiele
Produkte und Technologien	Lebensmittel, Medikamente, Hilfsmittel, Vermögenswerte
natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt	demografischer Wandel, Pflanzen, Tiere, Klima, Geräusche, Luftqualität
Unterstützung und Beziehungen	Unterstützung durch und Beziehungen zu Familie, Freunde, Vorgesetzte, Hilfs- und Pflegepersonen, Fachleute der Gesundheitsberufe, Fremde, Haustiere
Einstellungen	Bräuche, Werte, Normen und individuelle Einstellungen von Familie, Freunden, Gesundheitsdienstleistern, Gesellschaft
Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze	der Wirtschaft, Rechtspflege und Politik, des Wohnungs-, Transport-, Versorgungs- und Gesundheitswesens: u. a. Verordnungsbudget für Therapien, Personalschlüssel in Einrichtungen

Tab. 2: ICF-Kategorien der Umweltfaktoren und Beispiele

Sie erkennen hier wichtige Bereiche, die auch im Setting Alten-/Pflegeheim mit Blick auf Kontrakturprophylaxe und -therapie sowie Aktivitäts- und Teilhabeförderung relevant sind. So können **Hilfsmittel** wie Rollatoren oder angepasste Rollstühle ganz entscheidend zur Förderung der Mobilität beitragen. Alltagshilfen wie Brillen, Hörgeräte, Anziehhilfen, Griffverdickungen, Schraubhilfen etc. fördern die Selbstständigkeit der Betroffenen und geben so ein Stück Lebensqualität zurück.

Auch die **Einstellung** der an der Versorgung beteiligten Personen selbst, wie bspw. von Pflegenden oder Ärzt*innen, ist ein ganz entscheidender Faktor, wenn es um Teilhabeförderung von Bewohner*innen geht. Pflegende zum Beispiel haben in vielen Alltagssituationen einen großen Einfluss darauf, wie Bewohner*innen aktiviert werden und in welchem Ausmaß sie am Leben teilhaben können. Es macht einen großen Unterschied, ob Pflegende in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigte

Bewohner*innen bspw. in ihrer Selbstpflege oder bei der Mobilität aktivierend unterstützen, oder ob diese Bewohner*innen aufgrund zeitlich knapper Ressourcen oder um dem „Servicegedanken“ gerecht zu werden, passiv gewaschen oder im Rollstuhl geschoben werden. Beides konnten wir während unserer letzten beiden Projekte in den Pflegeeinrichtungen beobachten.

Somit stellen auch die **Personalkapazitäten** in Pflegeeinrichtungen oder auch **ärztliche Budgets** für Heilmittel und der Wille der zuständigen Ärzt*innen zur Verordnung entscheidende Förderfaktoren oder auch Barrieren dar.

Aber auch **personbezogene Faktoren** der Bewohner*innen wie Lebensstil, Gewohnheiten, Bildung, Einstellung zum Alter oder der Charakter einer Person können Aktivität und Teilhabe beeinflussen. So macht es bspw. einen Unterschied, ob jemand viel Wert auf Selbstständigkeit und Autonomie legt, oder sich lieber vom Pflegepersonal „bedienen“ lässt.

Gelingt der Ausgleich vorhandener Einschränkungen durch Veränderung der personbezogenen oder Umweltfaktoren nicht, bleiben diese bestehen und wirken sich negativ auf den Alltag und den Gesundheitszustand der Person aus.

Dies wiederum bedeutet, dass Maßnahmen der Betreuung, Pflege, Medizin und/oder Therapie darauf abzielen müssen, vorhandene Einschränkungen abzumildern oder sogar zu beseitigen, um Aktivität und Teilhabe – trotz Kontraktur – zu ermöglichen. Dies sollte vorrangig durch **Veränderungen bei den Kontextfaktoren** im Sinne eines Abbaus von Barrieren und der Nutzung vorhandener Förderfaktoren/Ressourcen geschehen.

■ Ebene der Teilhabe

Teilhabe wird vor allem durch Umweltfaktoren aus allen fünf Kategorien beeinträchtigt oder unterstützt (siehe Tab. 2).

■ Ebene der Aktivitäten

Kontextfaktoren mit zweifacher Rolle: Umweltfaktoren sind einerseits oft integraler Bestandteil von Aktivitäten (z. B. als Produkt oder Technologie) ohne die die Aktivität nicht durchführbar ist (bspw. schreiben, rätseln, handarbeiten oder basteln) und können andererseits die Durchführung einer Aktivität fördern oder behindern (Helikopter zum Schreiben, Hilfsmittel zum Gehen). Darüber hinaus sind personbezogene Faktoren wie bspw. Wille, Konstitution oder Erfahrung notwendig zur Umsetzung.

■ Kontextfaktoren können Körperfunktionen und -strukturen im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren beeinflussen

(z. B. Zugang zu gesundem Essen, verfügbare Präventionsprogramme, Wille, Motivation, Bildung, Erziehung).

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF ermöglicht eine Analyse der aktuellen Gesundheitssituation der Bewohner*innen unter systematischer Berücksichtigung all dieser Komponenten und erlaubt es, relevante Förderfaktoren und Barrieren zu erkennen.

Dabei überlässt die ICF die Ermittlung der Wirkrichtung bestimmter Gegebenheiten bewusst den Anwender*innen und gibt keine Wirkrichtung vor. Das heißt, dass bei der Analyse der Einschränkungen in den ICF-Komponenten immer auch der Grund für die Einschränkung herausgefunden werden muss, da nur so später die richtige Maßnahme gefunden wird.

Führt eine Person eine Handlung (z. B. Teilnahme an Sportgruppe) nicht aus, so kann dies drei Ursachen haben:

- Ihr fehlt die **Leistungsfähigkeit** – die Person kann nicht Sport machen, da ihr bspw. die notwendige Körperkraft (Konstitution) fehlt.
- Ihr fehlt die **Gegebenheit** – es gibt keine Sportgruppe.
- Ihr fehlt die **Handlungsbereitschaft** – die Person will gar keinen Sport machen.

Die Wahl der richtigen Maßnahme orientiert sich daran, welche der drei Ursachen ausschlaggebend für das Nichthandeln ist:

- Fehlen die **äußeren Gegebenheiten**, sollten diese geschaffen werden – in unserem Beispiel die Einrichtung einer regelmäßigen Sportgruppe.

- Fehlt es an **Leistungsfähigkeit**, sollten Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, die die notwendige Leistungsfähigkeit schaffen – in unserem Beispiel das Schaffen einer Grundkondition (Kraft/Ausdauer), damit die Teilnahme an der Sportgruppe möglich wird.
- Bei fehlender **Handlungsbereitschaft** ist immer die Frage nach dem *Warum* wichtig, um die richtige Maßnahme ergreifen zu können. So könnte es sein, dass der Person die Übungen für die Arme schwerfallen bzw. nicht möglich sind. Da sie während solcher Übungen pausieren muss, macht ihr der Sport

keinen Spaß und sie will nicht mehr teilnehmen. In einem solchen Fall wäre eine Anpassung der Übungen an die Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden eine denkbare Lösung. Sportangebote sollten zielgruppenspezifisch erfolgen, da es nie gelingt, allen Leistungsstufen in einem Angebot gerecht zu werden. Ist fehlendes Interesse an sportlichen Angeboten der Grund für mangelnde Handlungsbereitschaft – bspw. weil jemand schon immer ein Sportmuffel war – dann könnte man nach anderen Interessen suchen, die zu mehr Aktivität verhelfen.

 Das bio-psycho-soziale Modell der ICF hilft bei der **systematischen Betrachtung** von Gesundheitszuständen einer Person. Es ermöglicht eine **drei-dimensionale Sicht** auf den Gesundheitszustand: auf biologischer, individueller und sozialer Ebene.

Der Gesundheitszustand einer Person ergibt sich aus den Beeinträchtigungen in den ICF-Komponenten Körperfunktion/-struktur, Aktivität und Teilhabe sowie den Wechselwirkungen zwischen der Person (mit diesen Beeinträchtigungen) und ihren Kontextfaktoren. Denn: die individuellen Kontextfaktoren einer Person können deren Beeinträchtigungen positiv (Förderfaktor) oder negativ (Barriere) beeinflussen.

Maßnahmen der Pflege, Betreuung, Medizin und/oder Therapie sollen vorhandene Einschränkungen abmildern oder beseitigen, um Aktivität und Teilhabe – trotz Kontraktur – zu ermöglichen. Dabei liegt der Fokus auf Veränderungen bei den Kontextfaktoren: Abbau von Barrieren und Nutzung vorhandener Ressourcen.

Nur wenn bestehende Einschränkungen identifiziert und die jeweiligen Wechselwirkungen erkannt werden, können auch die richtigen Maßnahmen initiiert werden.

Alterstheorien und Altersbilder



Um ältere Menschen in ihrem Verhalten zu verstehen und sie aktivieren zu können, sollten Sie ein Verständnis dafür haben, wie der alte Mensch das Altsein und Altwerden wahrnimmt und bewertet.

Es gibt zahlreiche Theorien über das Alter und das Altwerden, da dies ein sehr individueller Prozess und eine sehr individuelle Lebensphase ist, die von verschiedenen Einflüssen geprägt ist. Somit gilt nicht eine Theorie oder ein Altersbild für alle Menschen gleichermaßen. In diesem Kapitel bringen wir Ihnen vier wichtige Theorien zum Alter ein wenig näher (Ekert & Ekert, 2010).

Kognitive Persönlichkeitstheorie (Thomae, 1970)

Wohlbefinden im Alter entsteht durch das Gleichgewicht zwischen Bedürfnissen und subjektivem Erleben der eigenen Situation. Dieses Gleichgewicht wird erreicht durch:

- Veränderung von Bedürfnissen, Interessen und Einstellungen oder
- Veränderung der äußeren Gegebenheiten

Fällt das Gehen schwer, können Gehstock, Rollator oder Rollstuhl hilfreich sein, um subjektives Erleben zu verbessern. Bei Heimweh kann die Gestaltung der näheren Umgebung mit persönlichen Gegenständen hilfreich sein. Bei Einsamkeit kann die Zimmerbelegung oder die Freizeitgestaltung verändert werden. Manchmal muss man sich auch von früheren Hobbys verabschieden (bspw. stricken) und neue Interessen finden (Karten spielen). Entscheidend für erfolgreiches Altern ist das subjektive Erleben der eigenen Situation.

Pflege nach der kognitiven Persönlichkeitstheorie bedeutet, die Situation mit den Augen der betroffenen Person zu sehen: Wie erlebt sie die Situation und wie kann ihr Erleben so verändert werden, dass Wohlbefinden entsteht?

Kompetenzmodell des Alterns (Olbrich, 1987)

Auch ein alter Mensch wird als relativ kompetente Person erachtet, die über viele Fähigkeiten verfügt und mit Verlusten umgehen kann. Ressourcen sowie Lern- und Veränderungsfähigkeit bleiben bis ins hohe Alter erhalten, ebenso wie das Recht auf Mitbestimmung. Ziel muss es sein, die Erhaltung der Selbstständigkeit zu fördern.

Für die *Pflege nach dem Kompetenzmodell* bedeutet dies, dass auch pflegebedürftigen Menschen etwas zutraut werden muss. Sie haben ein Recht auf Mitbestimmung und sollen und dürfen eigene Entscheidungen treffen. Hilfreich ist alles, was die Erhaltung der Selbstständigkeit unterstützt.

Kontinuitätstheorie (Atchley, 1971)

Zufriedenes Altern ist dann möglich, wenn der Lebensstil des mittleren Erwachsenenalters beibehalten werden kann. Dabei werden zwei Aspekte unterschieden: Die innere und die äußere Kontinuität.

- **Innere Kontinuität** bedeutet, dass es gelingt, die eigenen Werte, Interessen und Einstellungen im Alter beizubehalten.
- **Äußere Kontinuität** bedeutet, dass die gewohnte Umgebung im Alter beibehalten werden kann (z. B. Verbleib in eigener Wohnung, Beibehalten sozialer Kontakte, Erhalt von Geld und Eigentum).

Dies kann im Alten- und Pflegeheim gezielt gefördert werden. *Pflege nach der Kontinuitätstheorie* bedeutet, Menschen zu ermöglichen, dass ihre Werte, Einstellungen, Interessen, Gewohnheiten und ihre Umgebung, soweit es geht, bestehen bleiben. Eine solche Pflege ist sehr individuell und fordert gute biografische Kenntnisse.

SOK-Modell (Baltes & Baltes, 1989)

Im Alter gibt es Gewinne, Stabilität und Verluste. Erfolgreiches Altern wird als Möglichkeit effektiver Bewältigung altersbedingter Defizite beschrieben. Das Konzept beschreibt Adaptionsprozesse, die grundsätzlich in allen Lebensphasen zu finden sind, aber sich im Alter verstärken.

- **Selektion (S)** meint, sich die eigenen Stärken und Schwächen bewusst zu machen und aus vorhandenen Lebensmöglichkeiten gezielt diese auswählen, die verwirklicht werden sollen.
- **Optimierung (O)** meint, gefundene Stärken durch Übung zu optimieren und dafür geeignete Mittel suchen und anwenden.
- **Kompensation (K)** meint, den Wegfall von Fähigkeiten und Mitteln durch neue Wege zu ersetzen, um gesetzte Ziele zu erreichen, wie bspw. durch die Nutzung von Hilfsmitteln oder die Veränderung von Interessen.

Für die *Pflege nach dem SOK-Modell* heißt dies, die Menschen dabei zu unterstützen, ihre persönlichen Ziele zu finden, Ressourcen zu stärken und Defizite mit geeigneten Mitteln zu kompensieren.

Wie Sie bereits anhand dieser vier ausgewählten Alterstheorien sehen, kann die Sicht auf das Alter und das Altwerden sehr individuell und verschieden sein. Die Lebensphase Alter ist seit einigen Jahren durch eine zeitliche Ausweitung und zunehmende Differenzierung aufgrund sich verändernder ökonomischer und sozialer Lebensbedingungen gekennzeichnet. Dadurch weisen ältere Menschen bereits jetzt eine hohe Heterogenität bezüglich ihrer Probleme, Ressourcen und auch Bewältigungsstile auf (Tesch-Römer, 2020; DGGG, 2011).

Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey zeigen, dass in den letzten Jahren auch in den älteren Altersgruppen immer häufiger eine gewinnorientierte Sichtweise auf

das eigene Älterwerden angegeben wird (Beyer et al., 2017). Negative und pauschalisierende Aussagen über das Alter und ältere Menschen – wie man sie leider nur allzu oft hört – vermitteln auch negative gesellschaftliche Altersbilder und können so eine Altersdiskriminierung sowie eine Abwendung von älteren Menschen bedingen (Spuling et al., 2020).

Darüber hinaus beeinflussen solche negativen gesellschaftlichen Altersbilder auch das Erleben und (Gesundheits-)Verhalten älterer Menschen sowie deren Altersselbstbilder negativ. Vermeiden Sie daher eine pauschalisierte Sicht auf ältere Bewohner*innen und das Altwerden und seien Sie stattdessen offen für die individuelle Perspektive der Bewohner*innen auf sich und das Altwerden.



Die Lebensphase Alter stellt einen sehr individuellen Prozess dar, der von zahlreichen Einflüssen geprägt ist, da ältere Menschen sehr verschieden hinsichtlich ihrer Probleme, Ressourcen und Bewältigungsstile sind.

Eine pauschalisierte Sicht auf ältere Bewohner*innen und das Altwerden sollte daher vermieden werden. Versuchen Sie stattdessen mit ehrlichem Interesse die individuelle Perspektive der Bewohner*innen auf sich und ihr Altwerden herauszufinden.

Das **PECAN**
Konzept

Participation
Enabling
Care in
Nursing



Das PECAN-Konzept – Strategien teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege

Ziele teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege

Die teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege (PECAN-Konzept) will den Teufelskreis der Kontraktur durchbrechen! PECAN soll es Menschen mit Kontrakturen ermöglichen, nach ihren individuellen Vorstellungen am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben.

Ressourcen, die sich bei den Betroffenen selbst und in deren Umfeld zeigen. Beim PECAN-Konzept geht es darum, in der täglichen Pflege kontrakturbezogene Belange zu berücksichtigen und Ideen zu entwickeln, wie Sie diese Maßnahmen mit anderen, z. B. im Rahmen der Dekubitus- und Sturzprophylaxe, kombinieren können. Der Schlüsselaspekt zur Verbesserung der Aktivität und Teilhabe durch das PECAN-Konzept ist die ressourcenorientierte Bewegungsförderung. „Bewegung fördern“ und „in Bewegung bleiben“ leisten einen großen Beitrag zur sozialen Teilhabe und Aktivität.

Von Kontrakturen betroffenen Bewohner*innen soll ein größtmögliches Ausmaß an Aktivität und Teilhabe ermöglicht werden, dies unter Berücksichtigung von Barrieren und

Anhand der folgenden Checkliste lässt sich die Absicht und Methode teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege mit wenigen Worten beschreiben:

Was?	Pflegerische Entscheidungs- und Handlungsstrategien, orientiert am Ziel der Verbesserung der sozialen Teilhabe und Aktivität
Für wen?	Menschen mit bereits bestehenden Kontrakturen
Wozu?	Um Einschränkungen von Aktivität und sozialer Teilhabe bei bestehenden Gelenkkontrakturen zu vermeiden oder zu reduzieren
Wie?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilisierung hinsichtlich der Risikofaktoren für Teilhabe Einschränkungen bei Gelenkkontrakturen ■ Besondere Berücksichtigung von umwelt- und personbezogenen Faktoren auf Bewohner- und Organisationsebene ■ Kenntniserwerb, welche Maßnahmen zur Verfügung stehen, wirksam sind und wie diese anzuwenden sind

Tab. 3: Checkliste Absicht und Methoden teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege

Der Pflegeprozess und das PECAN-Konzept



Abb. 10: Pflegeprozess nach Fiechter & Meier, 1998

Das PECAN-Konzept folgt den sechs Phasen des Pflegeprozesses (Fiechter & Meier, 1998). In jede dieser sechs Phasen soll die Perspektive der ICF integriert werden. Wir möchten Ihnen zeigen, wie die Versorgung

und Pflege Ihrer Bewohner*innen dadurch teilhabefördernd und kontraktursensibel gestaltet werden kann. In den nachfolgenden Kapiteln beschreiben wir Ihnen, wie in jeder Phase des Pflegeprozesses die Integration des ICF-Modells erfolgen kann und geben Ihnen Anregungen für Ihr eigenes (pflegerisches) Handeln.

Entwicklung von Maßnahmen nach dem PECAN-Konzept

Beim PECAN-Konzept wird das Augenmerk insbesondere auf die Aspekte der Teilhabe- und Aktivitätsförderung gelegt. Daraus ergibt sich eine Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten. Diese Maßnahmen wollen wir Ihnen nahebringen. Zum einen setzen die Maßnahmen direkt bei den Bewohner*innen an (Individualebene) und zum anderen fokussieren sie Aspekte auf Ebene der Organisation (siehe Abb. 11).

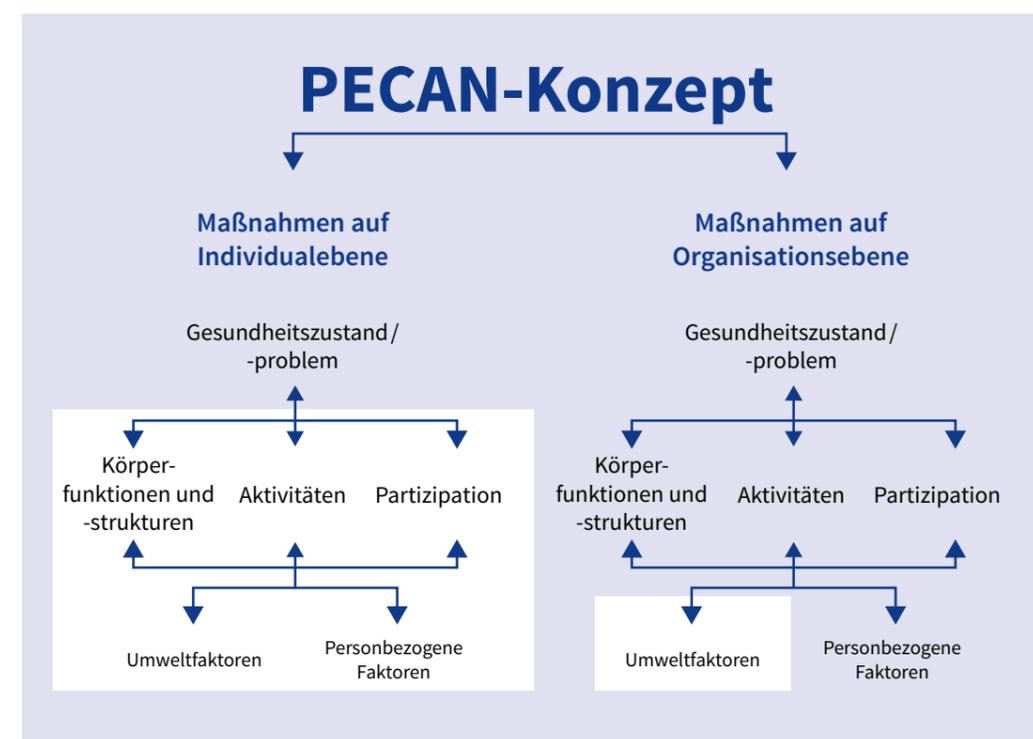


Abb. 11: Manahmeneinteilung nach dem PECAN-Konzept

Zunächst soll es um Maßnahmen auf der Individualebene gehen, also um Maßnahmen, die direkt bei der betroffenen Bewohnerin bzw. beim betroffenen Bewohner ansetzen und alle Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells in den Blick nehmen. Ab S. 50 wird näher auf Maßnahmen auf der Organisationsebene eingegangen, welche sich nur auf die Umweltfaktoren beziehen.

Maßnahmenentwicklung auf Individualebene

Wichtig: Sehen Sie jede Bewohnerin/jeden Bewohner in Ihrer Einrichtung als individuelle Person – mit persönlichen Wünschen und Einstellungen!

Informationen sammeln

Neben den üblichen Informationen zur Kranken- und Pflegegeschichte ist es im Rahmen des PECAN-Konzeptes wichtig, dass Sie die personbezogenen Faktoren der Bewohner*innen herausfinden.

Personbezogene Faktoren sind zentrale Elemente zur Bewegungsmotivation und Steigerung der Teilhabe. Unter dem Motto „Lebensgeschichte trifft Lebensplanung“ sollten diese daher Teil Ihrer Informationssammlung sein.

Fragen Sie sich:

- Was bewegt die*den Bewohner*in?
- Was wünscht sie/er sich für die Zukunft?
- Welche Erwartungen/Einstellung hat sie/er an das Alter?
- Welche Erfahrungen hat sie/er bereits im Leben gemacht?

Die folgenden Beispiele sollen Ihnen Anregungen geben für die Gespräche mit Bewohner*innen zur Informationssammlung.

Um die **persönliche Einstellung oder Haltung** einer Person zu erkennen, sollten Sie „zwischen den Zeilen lesen“. Dabei können Bewohner*innen ihre Selbstwahrnehmung preisgeben, bspw. „Dazu bin ich zu alt“ oder auch Vorurteile äußern, wie „Das bringt in meinem Alter gar nichts mehr“.

Die **aktuellen Präferenzen oder Vorlieben** sollten Sie dazu im Rahmen der Informationssammlung erfragen: „Was wärmt das Herz?“ oder „Womit kann man nicht aufhören?“. Dabei ist zu bedenken, dass viele Bewohner*innen sich ihrer Situation „ergeben“ und Dinge, die früher für sie wichtig waren, nicht mehr als erstrebenswert ansehen. Um ihren Blick für solche Sachen zu schärfen, ist es notwendig, sie auf verschiedene Weise zum Nachdenken anzuregen.

Durch spezielle Fragen können Sie Ihre Bewohner*innen bspw.:

- **zum Reflektieren anregen:**
 - *Warum ist die Veränderung (von früher zu heute) eingetreten – kontrakturbedingt?*
 - *Wie kam es dazu?*
 - *Was haben Sie damals gerne gemacht habe ... als Sie jünger und fit waren?*
- **zum Fantasieren anregen:**
 - *Denken Sie nicht an Ihren normalen alltäglichen Ablauf ...*
 - *Spinnen Sie doch mal ..., was würden Sie gerne machen?*

um die reale Situation zu verlassen und die Ergebnisheit der Situation zu überwinden. Hierzu können und sollten Sie bei Bedarf auch Angehörige einbeziehen.

➤ Angelika Zegelin hat einige interessante Artikel mit weiterführenden Informationen zum Thema Biografiearbeit veröffentlicht, wie bspw. diese hier: Zegelin & Carollo (2011): *Biografische Splitter – Lebensgeschichte lebendig werden lassen*. Erschienen in *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 50, Heft 6. | Zegelin (2018): *Mit dem Daheim ins Heim. Bilder erleichtern den Heimeinzug*. Erschienen in *Novacura*, Jg. 49, Heft 7. | Zegelin (2018): *Die Biografie im Blick*. Erschienen in *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 57, Heft 2.

Probleme und Ressourcen ermitteln

Im zweiten Schritt des Pflegeprozesses sollten Sie im Rahmen der Problem- und Ressourcenanalyse die Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation sowie die Kontextfaktoren der Bewohner*innen berücksichtigen. Idealerweise nutzen Sie hier zur Situationsanalyse das vorgestellte bio-psycho-soziale Modell der ICF.

Im dritten Schritt des Pflegeprozesses, geht es darum, persönliche Aktivitäts- und Teilhabeziele zu identifizieren. Dies sollte anhand der folgenden Schritte erfolgen:

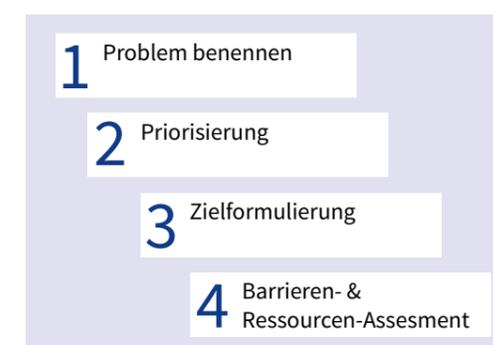


Abb. 12: Definition persönlicher Teilhabe- und Aktivitätsziele

1 Problembenennung

Mit der Initialfrage „Welche Dinge im Alltag können Sie nicht so tun, wie Sie es gerne tun würden?“ fordern Sie die Bewohner*innen zunächst auf, Probleme zu benennen. Unsere Erfahrungen aus den Projekten zeigen, dass eingeschränkte Tätigkeiten häufig in folgenden Alltagsbereichen genannt werden:

Selbstversorgung: eigene körperliche Versorgung entsprechend den eigenen Vorstellungen (im Bad, beim Essen, beim Anziehen) sowie Regelung persönlicher Angelegenheiten wie Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Finanzen, Inanspruchnahme von Dienstleistungen wie Arzt-, Friseurbesuche.

Mobilität: alle Möglichkeiten, von einem Ort zum anderen zu kommen, wie die Person es möchte (im Zimmer, im Heim, außerhalb, Treppen usw.).

Freizeit: Kirchenbesuch, Ausflüge, Vereine/Mitgliedschaften, Spaziergänge, Hobbys, Lesen, Stricken, Karten spielen, Familienkontakte, Freundschaften, Sozialkontakte und auch Kommunikation (Telefonate, Briefe, E-Mails).

Bewohner*innen können aber durchaus nicht ganz so alltägliche Probleme benennen, wie Sie an diesen Beispielen aus unseren Projekten sehen:

- Eine gehbehinderte und sturzgefährdete Bewohnerin fand problematisch, dass sie aufgrund ihrer Einschränkungen nicht mehr selbstständig auf der Wiese gehen kann, da auch die Wiesenwege sehr uneben waren. Sie wollte so gerne noch einmal barfuß die Wiese spüren.
- Ein Bewohner äußerte als Problem, dass er nicht mehr Autofahren kann. Als ehemals leidenschaftlicher Autofahrer, wünschte er sich wieder Autofahren zu können.

- Eine andere Bewohnerin antwortet auf die Frage, welche Dinge sie in ihrem Alltag nicht mehr so tun kann, wie sie es gerne tun möchte, dass sie gerne wieder Schwimmen und Tanzen möchte. Im Pflegeheim war aber kein Tanz- oder Schwimmbad vorhanden.
- Eine ehemalige Lehrerin fühlte sich durch die Lebenssituation im Heim kognitiv nicht genug gefordert, da kognitiv-fordernde Aufgaben fehlten. Die vorhandenen Angebote empfand sie als „primitiv“ und langweilig.

2 Priorisierung

Im zweiten Schritt geht es um die Priorisierung der im ersten Schritt genannten Problembereiche. Initialfragen an die Be-

wohner*innen können sein: „Welche der genannten Tätigkeiten sind die DREI wichtigsten?“; „Können Sie diese Drei in eine Reihenfolge bringen?“

3 Zielformulierung

Formulieren Sie Teilhabe- und Aktivitätsziele gemeinsam mit der*dem Bewohner*in und beziehen Sie nahe Angehörige ein, wenn die Betroffenen nicht auskunftsfähig sind.

Bei der Zielformulierung sollten Sie die SMART-Kriterien beachten (siehe Abb. 13). Mit der Initialfrage: „Was möchten Sie hinsichtlich dieser drei wichtigsten Tätigkeiten erreichen bzw. verändern?“ sollten Sie diese Aspekte gemeinsam mit der*dem Bewohner*in für jede Tätigkeit erörtern.

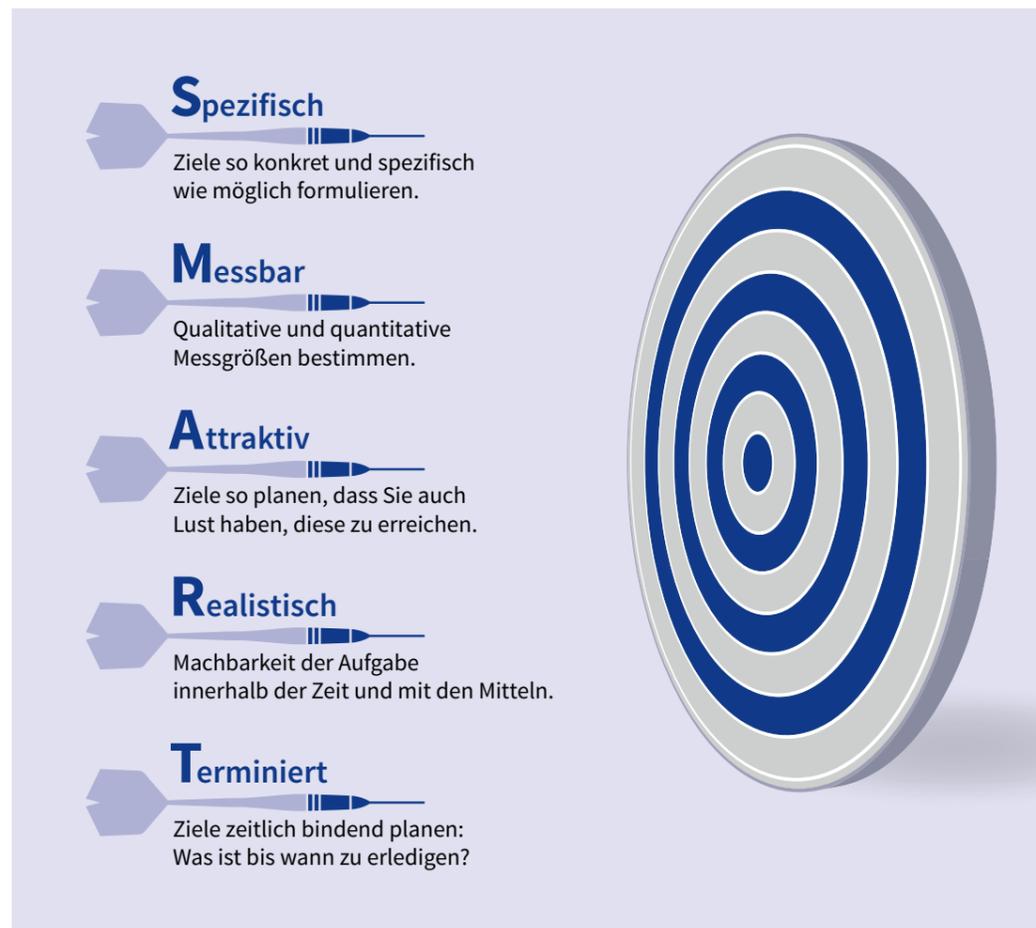


Abb. 13: SMART-Methode zur Zielformulierung (eigene Darstellung)

Notieren Sie:

→ **Was** genau soll erreicht werden?

→ **Wie** soll das konkret aussehen?

→ **Wo** soll das stattfinden?

→ **Wie oft** soll das sein?

→ **Bis wann** soll das passieren?

Abb. 14: Zielformulierung – Teilhabe- und Aktivitätsziele

Eine smarte Zielformulierung für eine*n Bewohner*in, die*der sich wieder mit dem Rollator statt mit dem Rollstuhl fortbewegen möchte, könnte zum Beispiel so aussehen:

Ab dem nächsten Monat nutze ich jeden Tag beim Gang zum Mittagstisch den Rollator statt den Rollstuhl. Eine Pflegekraft begleitet mich dabei.

oder:

Innerhalb des nächsten halben Jahres nutze ich zur Mobilität im gesamten Heim selbstständig und ohne Hilfe nur noch den Rollator.

- **Was** – aktuell habe ich Angst mit dem Rollator zu laufen und nehme stattdessen lieber den Rollstuhl; zukünftig will ich selbstständig ohne Angst mit dem Rollator auf dem Wohnbereich unterwegs sein (später in der Einrichtung).
- **Wie** – eine Pflegeperson und die*der Physiotherapeut*in sollen mir helfen, meine Ängste abzubauen und mir zei-

gen, wie ich sicher mit dem Rollator laufen kann; anfangs soll mich die Pflegeperson begleiten und unterstützen, dann will ich ohne Hilfe gehen.

- **Wo** – zunächst will ich mit dem Rollator in meinem Zimmer und auf dem Wohnbereich unterwegs sein, später auch in der gesamten Einrichtung und auf Wegen außerhalb der Einrichtung.
- **Wie oft** – anfangs einmal am Tag (bspw. zum Mittagessen), dann steigern, bis hin zur grundsätzlichen Nutzung des Rollators statt des Rollstuhls.
- **Bis wann** – einen realistischen Zeithorizont wählen.

Es können Nah- und Fernziele formuliert werden. Die Zielformulierung bezieht sich auf den Gesundheitszustand, das Können, das Wissen, das Verhalten und das Wollen der*des Bewohner*in. Wir empfehlen Ihnen, die persönlichen Teilhabe- und Aktivitätsziele der Bewohner*innen für alle sichtbar zu dokumentieren. So werden alle Beteiligten immer wieder daran erinnert, welches individuelle Ziel von dem*der Bewohner*in verfolgt wird und wie man dabei unterstützen kann. In unserem JCE-Projekt haben wir dafür individuelle Bewohner*innenkarten verwendet (siehe Abb. 15, S. 40).

Herzlich Willkommen!

Wir begrüßen Sie im Programm der teilhabefördernden, kontraktursensiblen Pflege, welche darauf ausgerichtet ist, Ihnen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach Ihren individuellen Vorstellungen zu ermöglichen.

Damit dies gelingen kann, wollen wir mit Ihnen gemeinsam überlegen, was Ihre persönlichen Wünsche und Ziele sind.

Ich bin dabei!

Mein Name ist

Meine persönlichen Ziele sind:

.....

.....

.....



Abb. 15: Bewohner*innenkarte zur Dokumentation von Teilhabezielen aus dem JCE-Projekt

4 Barrieren- & Ressourcen-Assessment

In diesem Schritt lautet die Initialfrage „Wie können wir das gemeinsam erreichen?“ Formulieren Sie für jede Tätigkeit gemeinsam mit der*dem Bewohner*in, wie das Ziel erreicht werden soll:

- Was könnte Sie daran hindern oder hindert Sie, das zu schaffen? (Barrieren-Assessment)
- Wer und was hilft Ihnen dabei? (Ressourcen-Assessment)
- Was brauchen Sie noch, damit Sie das schaffen können?
- Wann können wir beginnen?



Weiterführende Informationen zum Thema Gesprächsführung lesen Sie hier:

Commer, A. (2014): *Motivierende Gesprächsführung. Ein kreatives Konzept*. Erschienen in *Pflegezeitschrift*, Jg. 63, Heft 3.

Mantz, S. (2016): *Keine Zeit – Wenn Druck und Stress das Denken, Sprechen und Handeln Pflegenden mehr und mehr dominieren*. Erschienen in *Pflegezeitschrift*, Jg. 69, Heft 5.

Maßnahmen planen

Bei der Maßnahmenplanung zur Teilhabe- und Aktivitätsförderung wird das Augenmerk insbesondere auf die vorzufindenden **Kontextfaktoren** gelegt.

Personbezogene Faktoren	Umweltfaktoren
Was braucht es, um den Menschen zu „bewegen“?	... passt das „Drumherum“?
<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermittlung der Wertschätzung von Aktivität und Teilhabe als „hohes Gut“ ■ Motivation von Bewohner*innen zur Aktivität und Bewegung anknüpfend an <ul style="list-style-type: none"> □ frühere Aktivitäten □ persönliche Einstellungen / Haltungen □ aktuelle Präferenzen □ Anerkennung der Lebensleistungen: Bewohner*innen um Rat fragen ■ „Anstiften zu Unternehmungen“ – Sie sind der Impulsgeber! 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Umwelt: z. B. Wohnraum- / Heimgestaltung, Außenbereich ■ Unterstützung und Beziehungen / soziale Eingebundenheit z. B. durch Familie und Freunde ■ Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze z. B. Verordnungsbudget für Therapien ■ Einstellungen Anderer: z. B. Wertschätzung von Aktivität und Teilhabe durch Pflegende, Angehörige, Ärzt*innen ■ Produkte / Technologien: z. B. Hilfsmittel

Abb. 16: Personbezogene & Umweltfaktoren als Aspekte der Maßnahmenplanung

Nachfolgenden möchten wir Ihnen **Maßnahmenbeispiele** aufführen, die auf Individual-ebene ansetzen – also sich direkt auf die*den Bewohner*in beziehen.

Maßnahmen, die an den personbezogenen Faktoren ansetzen

- Motivation zu Aktivitäten und Teilhabe an bereits angebotenen Veranstaltungen
- Entwicklung bewohnerspezifischer Angebote anknüpfend an früheren Aktivitäten, Hobbies, persönlicher Einstellung und Haltung sowie aktuellen Präferenzen auf Basis der ermittelten Bewegungsmotive (Hilfe bei Gestaltung des Außen- / Innenbereichs, Blumen-, Beetpflege)

■ Durchführung spontaner Aktivitäten wie Picknick, Spaziergang / Ausflug, Strickabend etc. ausgerichtet an den Bewegungsmotiven

Maßnahmen, die an den Umweltfaktoren ansetzen

- vorhandene Hilfsmittel einsetzen (auch Brille!) und auf richtige Einstellung prüfen
- ggf. Notwendigkeit zusätzlicher Hilfsmittel prüfen
- Hilfsmittel ggf. auch entfernen, wenn sie Aktivität und Teilhabe im Wege stehen (bspw. Rollstuhl, wenn Fortbewegung mit Rollator möglich ist) Achtung: Hilfsmittel nicht ritualisiert verwenden, nur weil es schon immer

so ist! Hinterfragen Sie, ob die Hilfsmittel auch tatsächlich notwendig sind.

- räumliche Gestaltung des Bewohner*innenzimmers
- Ehrenamtliche, Betreuer*innen, Angehörige usw. bei der Aktivierung und Ermöglichung von Teilhabe mit einbinden (ABER: gezielte Ansprache, Anleitung und Information nötig!)

Maßnahmen, die an Körperfunktion / -struktur ansetzen

Hier ist eine enge Zusammenarbeit mit Therapeut*innen und Ärzt*innen erforderlich – unter Beachtung der verfügbaren Evidenz!

- aktive Dehnübungen, Kräftigung
- Gleichgewichts-, Koordinations-schulung
- 3-Schritte-Programm (Zegelin, 2013), Stand-, Gangtraining
- Passives Bewegen, Positionswechsel
- Ultraschall, Kontrolle Schmerz-medikation

 Weiterführende Informationen zum 3-Schritte-Programm lesen Sie hier: Zegelin (2013): *Auf die Füße stellen*. Erschienen in *Altenpflege*, Jg. 38, Heft 5.

 Eine Abbildung zum 3-Schritte-Programm finden Sie auf unserer Homepage! www.bewegung-verbindet.de/materialien

Nicht jede Maßnahme ist für jede*n Bewohner*in geeignet, orientieren Sie sich an den individuellen Bedürfnissen der Person.

Im Kapitel *Probleme und Ressourcen ermitteln* ab S. 37 haben wir Ihnen Beispiele nicht ganz alltäglicher Problembenennungen durch Bewohner*innen aufgezeigt. Nachfolgend wollen wir für diese Probleme mögliche Maßnahmen aufführen.

Wunsch: barfuß auf einer Wiese gehen

- Wenn vom Mobilitätsgrad noch möglich, dann Bewohner*in im Rollstuhl auf die Wiese fahren bzw. mit Rollator begleiten und die Füße ausstrecken lassen.
- Ist dies nicht möglich, dann Rasen in einer großen Schale pflanzen, um dann in der Schale mit den Füßen den Rasen zu spüren.
- Bildung einer Gartenbaugruppe / Naturgruppe, die vermehrt Ausflüge nach draußen unternimmt (► Maßnahme auf [M. a.] Organisationsebene)
- Gartenumbau für bessere Begehrbarkeit des Rasens (► M. a. Organisationsebene)

Wunsch: noch einmal Autofahren

- Autoliebhabergruppe bilden (► M. a. Organisationsebene)
- Autohausbesuch, Auto-Zeitschriften besorgen
- Der*dem Bewohner*in eine Autofahrt als Beifahrer ermöglichen
- ggf. Autofahrspiele auf der Videospielekonsole

Wunsch: wieder Schwimmen und Tanzen können

- verschiedene Gruppenangebote mit Tanz (ggf. auch im Sitzen) (► M. a. Organisationsebene)
- Musik in die Pflege integrieren
- Möglichkeit eines Schwimmangebots prüfen oder zumindest Badewannenangebot



Wünsche teilnehmender Bewohner*innen: Besuch eines FC-Bayern-Spiels und Besuch des Wendelsteins

Wunsch: kognitiv fordernde Aufgaben

- spezifisches Gruppenangebot für kognitiv fitte Bewohner*innen (► M. a. Organisationsebene)
- Bewohner*in selbst in Planung eines Angebotes einbinden oder Gruppe leiten lassen
- Bewohner*in eine Aufgabe übertragen / sie*ihn in Entscheidungen einbinden
- Kandidatur für Bewohnerbeitrat

Auch das waren Wünsche der teilnehmenden Bewohner*innen:

Besuch eines FC-Bayern-Spiels in der Allianz Arena und Besuch des Wendelsteins.

Exkurs

Hilfsmittel zur Verbesserung der Aktivität und sozialen Teilhabe

Der richtige Einsatz von Hilfsmitteln kann entscheidend zur Aktivierung und Verbesserung der sozialen Teilhabe von Bewohner*innen beitragen. Nachfolgend wollen wir Ihnen ein paar kurze

Anregungen zum Hilfsmiteleinsetz geben. Wir empfehlen Ihnen jedoch, sich diesbezüglich von einem Sanitäts-haus Ihrer Wahl beraten zu lassen.

Bedarfsfeststellung

Ob ein Hilfsmittel benötigt wird, kann durch Betroffene selbst, deren Angehörige oder versorgende Berufsgruppen (Pfleger*innen, Therapeut*innen, Ärzt*innen) angezeigt werden. In der Bedarfsfeststellung und Beratung ist es sinnvoll, alle beteiligten Berufsgruppen und Personen einzubeziehen und das Hilfsmittel durch die nutzende Person erproben zu lassen. Bei der Bedarfsfeststellung sollten folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- körperliche Einschränkungen
- Fähigkeiten und Erwartungen
- Tageszeit, für die das Hilfsmittel benötigt wird (aktive Phase, Ruhephase)
- bauliche Aspekte des Zimmers / des Heims / der Umgebung
- generelle Umsetzbarkeit

Für jedes Hilfsmittel bedarf es einer fachgerechten Einweisung hinsichtlich Benutzung, Anpassung und Wartung. Folgende Anlaufstellen stehen Ihnen für die Information über Hilfsmittel zur Verfügung:

- Sanitätshaus, Hilfsmittelberatungsstellen, Reha-Servicestellen
- Unabhängige Patientenberatung
- im Internet unter www.rehadat-hilfsmittel.de finden Sie regionale Hilfsmittelberatungsstellen, Reha-Servicestellen und unabhängige Patientenberatung
- Therapeut*innen, Pflegende, Hausärzt*in
- Herstellerkataloge, Fachzeitschriften, GKV-Hilfsmittelverzeichnis

Tauglichkeit der Hilfsmittel

Nachfolgend sind beispielhaft Fragen aufgeführt, die Ihnen helfen können, herauszufinden, ob das Hilfsmittel für die*den Bewohner*in geeignet ist:

- Klagt die*der Bewohner*in bei der Nutzung über Schmerzen?
- Hilft es beim Erreichen der individuellen Ziele?
- Ist das Versorgungskonzept komplett?

Im Zweifelsfall sollten Sie immer die Fachberatenden hinzuziehen. An jedem Hilfsmittel befindet sich ein Aufkleber des zuständigen Sanitätshauses.

Wartung/ Defekte

Hilfsmittel müssen regelmäßig gewartet und auf Defekte überprüft werden. Daher müssen die Zuständigkeiten geklärt sein. Allen Mitarbeiter*innen muss transparent sein, wer als Hilfsmittelbeauftragte*r in Ihrer Einrichtung für Wartung und Defekte zuständig ist.

Darüber hinaus sollten:

- Hilfsmittel mit dem Namen der*des Bewohner*in versehen werden
- Aufkleber zum Wartungsturnus für elektrische Hilfsmittel („TÜV“) regelmäßig überprüft werden
- regelmäßig Sichtkontrollen durchgeführt werden hinsichtlich
 - offensichtlicher Schäden (v. a. an beweglichen Teilen, Teilen mit Körperkontakt)
 - falscher Einstellung (ggf. zusammen mit Therapeut*innen und Sanitätshaus)
 - untypischer Geräusche

Entscheidungsalgorithmus zur Maßnahmenwahl

Für das Vorgehen bei der Maßnahmenwahl haben wir einen Algorithmus entwickelt (siehe Abb. 17). Die Maßnahmenwahl folgt dabei im Allgemeinen einer logischen Hierarchie. Wenn Sie sich fragen, ob gerade eine Therapie, Hilfsmittel oder andere Maßnahmen sinnvoll sind, dann kann Ihnen dieser Algorithmus bei der Entscheidung helfen.

Grundsätzlich gilt: **Nicht mit Kanonen auf Spatzen schießen!**

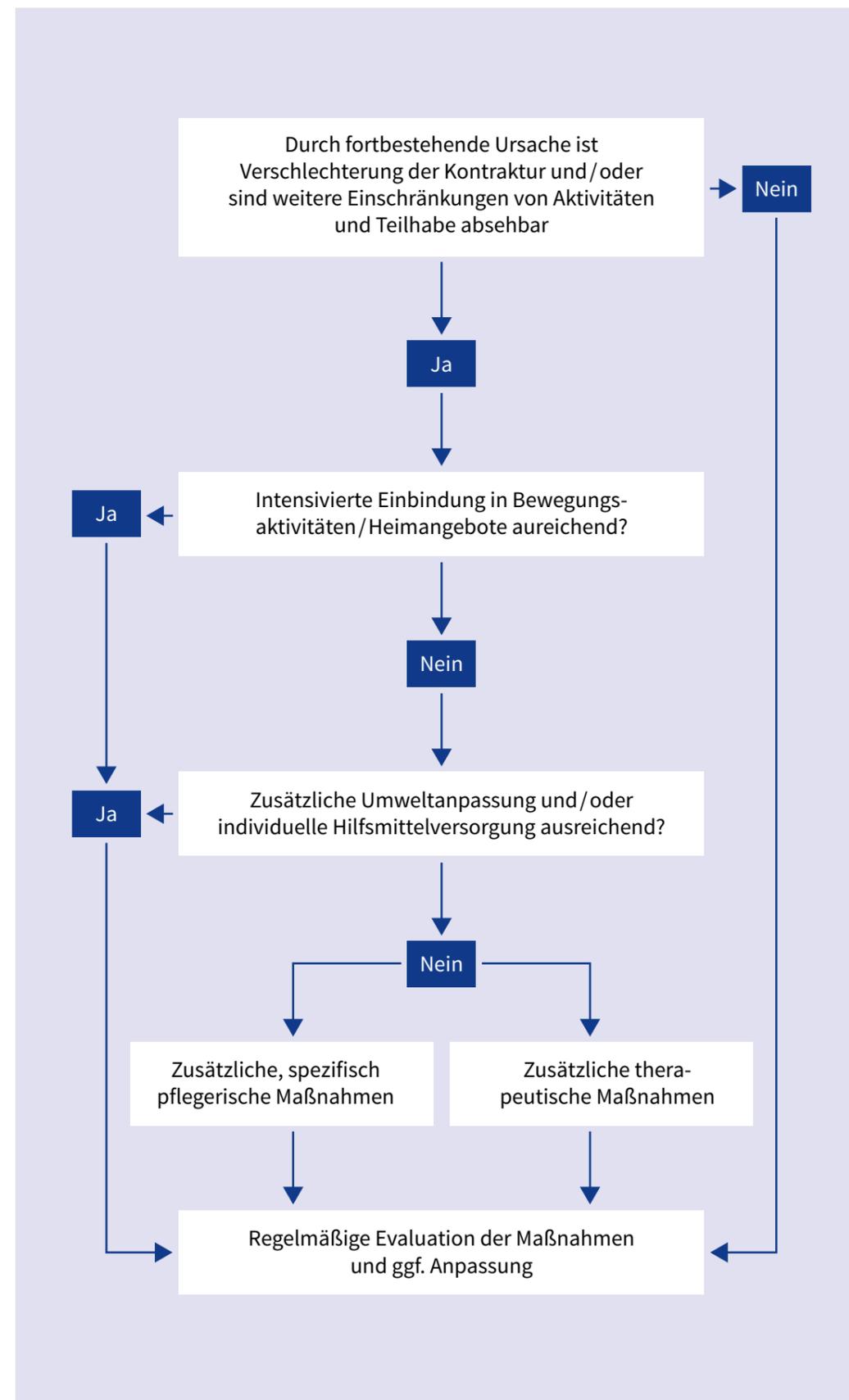


Abb. 17: Algorithmus der Maßnahmenwahl

Zunächst einmal sollten Sie versuchen, die* den Bewohner*in intensiv in bereits bestehende Bewegungsaktivitäten und Heimangebote einzubinden.

Wenn dies nicht ausreicht, um eine Verschlechterung der Kontraktur bzw. weitere Einschränkungen in den Aktivitäten und der Teilhabe zu verhindern, geht es darum, zu schauen, inwieweit Umwelтанpassungen und/oder eine Optimierung des Hilfsmiteleinsetzes möglich und ausreichend sind.

Reicht auch dieser Schritt nicht aus, um eine Verschlechterung der Kontraktur bzw. weitere Einschränkungen in den Aktivitäten und der Teilhabe zu verhindern, sind zusätzlich spezifische pflegerische und/oder therapeutische Maßnahmen auf Individualebene angezeigt. Dies können Maßnahmen durch Physio- und/oder Ergotherapie sein oder auch Maßnahmen der Kontrakturprophylaxe durch Pflegenden wie aktives/passives Bewegen und Dehnen oder Positionierungen unter den beschriebenen Abwägungen bei ungenügender Evidenz (siehe Kapitel *Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie von Kontrakturen* ab S. 18).

In allen Fällen ist eine regelmäßige bzw. ereignisbedingte Evaluation der Maßnahmen erforderlich sowie ggf. eine notwendige Anpassung der Maßnahmen.

Für welche konkreten Hilfsmittel und Maßnahmen Sie sich entscheiden, hängt maßgeblich vom Aktivitätsgrad der*des Bewohner*in ab. So sind für eine noch recht mobile und vor allem gehfähige Person andere Maßnahmen zu priorisieren als für einen bettlägerigen Menschen. Leitend für Ihre Arbeit sollte immer folgendes Zitat von William Osler sein:

Fragen Sie nicht, welche Erkrankung der Mensch hat, sondern fragen Sie, **welcher Mensch** hat diese Erkrankung!

Es geht darum, den Blick auf die Person zu richten und nicht allein auf die Erkrankung/Kontraktur. Die Anwendung der ICF und des Partizipationskonzeptes hilft bei dieser Sichtweise. Im Fokus stehen die Frage nach der Behinderung durch eine Kontraktur – ist oder wird eine Person behindert – und die Frage nach dem Eingebundensein in relevante Lebensbereiche und der persönlichen Zufriedenheit damit.

Da es nicht immer leicht ist, allein über die Wahl der richtigen Maßnahme zu entscheiden, empfehlen wir Ihnen, sich im Rahmen der Aktivitäts- und Teilhabeförderung von Menschen mit Kontrakturen regelmäßig mit anderen Expert*innen auszutauschen. Dies ist bspw. im Rahmen einer Therapie- und Hilfsmittelkonferenz denkbar, welche wir Ihnen im Kapitel *Therapie- und Hilfsmittelkonferenz* ab S. 62 vorstellen.



Weiterführende Informationen zum Thema **Pflegeplanung ist Teamarbeit** lesen Sie hier: Werner, S. (2014): *Pflege zu planen, ist Teamarbeit. Die Fallbesprechung als Teil der Pflegeplanung*. Erschienen in *Pflegezeitschrift*, Jg. 67, Heft 3.

Fallbeispiele aus dem Projekt – Best Practice

Nachfolgenden stellen wir Ihnen drei Bewohnerfälle aus unserem Projekt „JCE“ und das jeweilige Vorgehen im Hinblick auf Assessment und Therapie vor.

Bewohnerfall 1

Informationssammlung

Es handelt sich um einen 78 Jahre alten männlichen Bewohner, der seit 8 Jahren im Pflegeheim lebt.

Informationen zum Bewohner, zu seiner früheren und aktuellen Lebensweise und Vorlieben wurden im Team und mithilfe der Angehörigen gesammelt.

Ermittelte Probleme und Ressourcen

Problematik 1

Die Stimmung des Bewohners ist stark schwankend (z. T. aggressiv, depressiv), im Tagesverlauf verschlechtert sie sich zunehmend.

Problematik 2

Der Bewohner kann kaum stehen und nicht gehen. Es besteht die Gefahr des Bettlägerigwerdens.

Ressourcen

- Zwei Kinder, die regelmäßig zu Besuch kommen
- Mag gerne Musik (Schlager), Radio hören
- 2 × wöchentlich Ergotherapie mit Stehtraining (nur, wenn gut gelaunt)
- Vormittags besser gelaunt (möchte morgens aus dem Bett)
- Erhält Gedächtnistraining 2 × wöchentlich (ist stolz, wenn er die Antwort als erster weiß)
- Mag Fasching (beim Tanzen zusehen)
- Kann Beine im Bett gut bewegen, Kraft in den Beinen scheint noch vorhanden

Barrieren

- Keine Geh-/Stehfähigkeit (Transfer nur durch 2 Pflegepersonen möglich)
- Kontrakturen (Schultern, Hüfte, Knie, Wirbelsäule, Füße)
- Schwankende Stimmungslage (oft depressiv, übelläunig, aggressiv z. T.), spricht selten
- Sozial eher isoliert (kein guter Kontakt zu Mitbewohner)
- Leichte Demenz

Zielformulierung

Ziel 1

Der Bewohner erhält sinn- und freudestiftende Angebote, seine Stimmung hat sich verbessert.

Ziel 2

Die Beweglichkeit des Bewohners ist erhalten und gefördert.

Maßnahmenplanung und -durchführung

Maßnahmen zur Problematik 1

- Gespräch mit Angehörigen über Vorlieben und Interessen des Bewohners
- Erstellung eines Quizordners: Melodien raten/Quizfragen während der Pflege
- Organisation eines Radios/CD-Players/CDs mit Lieblingsmusik über Angehörige
- Medikamentenanpassung mit Facharzt
- Herstellung von Kontakt zu Bewohner*innen mit ähnlichen Interessen
- Sammlung von Bildern über das Eisstockschießen zur Biografiearbeit (Alternative: zum Eisstockschießen gehen)
- Tierheimbesuch/Besuch mit Hund in der Einrichtung
- Überprüfung und Anpassung der Ruhezeiten
- Dokumentation der Stimmungslage (In welchen Situationen schwenkt die Stimmung um?)

Maßnahmen zur Problematik 2

- Wertschätzung bei der Mobilisation durch das gesamte Team
- 3-Schritte-Programm (Stehtraining)
- Musik zu Transfers
- Verordnung von Physiotherapie
- Kooperation mit Physiotherapie (nachfragen, welche Übungen auch durch Pflegepersonen durchgeführt werden können)

Evaluation

Nach 3 Monaten der Maßnahmenumsetzung ist der Bewohner viel entspannter, offener, lacht öfter und versteht sich mit seinen Mitbewohner*innen. Er ist motiviert zum Transfer und zur Physiotherapie. Die Maßnahmen werden weitergeführt.

Bewohnerfall 2

Informationssammlung

Es handelt sich um einen 80 Jahre alten männlichen Bewohner, der seit 2 Jahren im Pflegeheim lebt.

Informationen zum Bewohner, zu seiner früheren und aktuellen Lebensweise und Vorlieben wurden im Team und mithilfe der Angehörigen gesammelt.

Ermittelte Probleme und Ressourcen

Problematik 1

Der Bewohner hat einen starken Bewegungsdrang, bei Desinteresse an Aktivitäten verstärkt sich dieser.

Problematik 2

Der Bewohner hat einen starken Bewegungsdrang bei schlechtem Gangbild. Er ist daher sturzgefährdet.

Ressourcen

- Spricht gerne über seine Arbeit, Enkelkinder, Sport und Autos (reagiert positiv darauf)
- Angehörige kommen wöchentlich
- Keine Schmerzen
- Entspannter bei Bewegung
- Selbständige Fortbewegung ohne Hilfsmittel
- Mag Spaziergänge
- Mag vereinfachte Ballspiele / Luftballonspiele

Barrieren

- Kontrakturen: Hals, Schulter, Ellenbeuge links
- Fortgeschrittene Demenz
- Physio- / Ergotherapie nicht mehr möglich (aufgrund Demenz)
- Bewegungsdrang (massiv, nimmt dann nichts Anderes mehr wahr)
- Gangbild schlecht
- Sehr unruhig bei Gruppenaktivitäten (wegen Bewegungsdrang)

Zielformulierung

Ziel 1

Individuelle sinn- und freudestiftende Angebote sind geschaffen, die den Bewegungsdrang des Bewohners mildern.

Ziel 2

Die Beweglichkeit und das sichere Gehen des Bewohners sind erhalten und gefördert.

Maßnahmenplanung und -durchführung

Maßnahmen zur Problematik 1

- Organisation von Modellautos, Bildern und Katalogen von aktuellen und älteren Modellen, Wanderzeitschriften, Radfahrkarten über Angehörige für die Biografiearbeit
- Anregung von gemeinsamem Fußballschauen mit Angehörigen in der Einrichtung (Alternative: Besuch eines Fußballspiels)

Maßnahmen zur Problematik 2

- Täglich begleitetes Gehen / Gehübungen mit dem Bewohner (dabei Ruhe ausstrahlen – als Alternative zu Physiotherapie, da diese vom Bewohner abgelehnt wird)
- Vermehrte Spaziergänge im Garten der Einrichtung
- Vermehrte Integration von Ballspielen / Luftballonspielen in den Alltag
- Anschaffung und Nutzung eines Standrades (Ergometers)

Evaluation

Nach 6 Monaten geht der Bewohner viel sicherer und ruhiger, das Gangbild hat sich verbessert. Ein Angehöriger sieht regelmäßig Fußballspiele mit dem Bewohner an, beide freuen sich darüber. Die Maßnahmen werden fortgeführt.

Bewohnerfall 3

Informationssammlung

Es handelt sich um eine 88 Jahre alte, weibliche Bewohnerin, die seit 2 Jahren im Pflegeheim lebt.

Die Informationen zur Bewohnerin, zu ihrer früheren und aktuellen Lebensweise und Vorlieben wurden im Team und mithilfe der Angehörigen gesammelt.

Ermittelte Probleme und Ressourcen

Problematik 1

Die Bewohnerin hat keine Bezugs- / Vertrauensperson in der Einrichtung, die ihre Wünsche und Interessen kennt und diese an die Pflegepersonen / Therapeut*innen weitergeben kann, so dass diese gezielt drauf eingehen können.

Problematik 2

Die Bewohnerin lehnt die Mobilisation am Rollator aufgrund von Sturzangst ab.

Ressourcen

- Gesetzliche Betreuerin
- Hört gern Musik
- „Ausgehndame“ zu welcher die Bewohnerin eine gewisse Bindung / Vertrauen hat (kommt für 1 Stunde pro Woche zur Bewohnerin)
- Selbständigkeit in Selbstfürsorge und Alltagsaktivitäten innerhalb des Zimmers
- Selbständige Fortbewegung im Rollstuhl
- Physiotherapie 2 x wöchentlich
- Keine Schmerzen (bei Dauerschmerzmedikation)

Barrieren

- Mangelnde Motivation, „Bequemlichkeit“ der Bewohnerin
- Angst / Ablehnung des Ganges am Rollator nach Sturzereignis
- Beginnende Demenz, nur auf ihrem Wohnbereich orientiert
- Wenige Kontakte zu anderen Menschen, keine feste Bezugsperson
- Wenige Interessen bzw. Hobbies bekannt (Bewohnerin möchte darüber keine Auskunft geben)

Zielformulierung

Ziel 1

Die Interessen und Wünsche der Bewohnerin sind bekannt, individuelle, freude- und sinnstiftende Angebote sind geschaffen.

Ziel 2

Das Sicherheitsgefühl bei der Mobilität und die Mobilität allgemein der Bewohnerin sind gefördert und erhalten.

Maßnahmenplanung und -durchführung

Maßnahmen zur Problematik 1

- Favorisierung von Bezugspersonen (Fachkraft und Hauswirtschafterin)
- Fallbesprechung: Austausch über Maßnahmen und Therapien der jeweiligen Berufsgruppen und berufsgruppenübergreifende Planung der Einzelförderung (sinnvolle, interessensgesteuerte Angebote)

Maßnahmen zur Problematik 2

- Beratung zur Anpassung des Rollators durch Sanitätshaus
- Austausch über Maßnahmen / Übungen und ggf. Anpassungsbedarf mit der Physiotherapie
- Aufklärung der Bewohnerin über Maßnahmen zur Sturzprophylaxe und Minderung der Sturzangst, aktive Einbeziehung in Therapieplangestaltung
- Geh- und Stehübungen und Training von Handlings mit dem Rollator
- Anschaffung Moto-Med Bewegungstrainer

Evaluation

Nach 6 Monaten erhält die Bewohnerin alle Gruppenangebote als Einzelangebote. Dies ermöglichte intensive Gespräche mit der Bewohnerin und sie konnte Vertrauen fassen. Der Gang am Rollator wird fokussiert und in alle Pflegeaktivitäten einbezogen, um der Bewohnerin Ängste zu nehmen und Sicherheit zu vermitteln.

Eine Anpassung des Rollators erfolgte nicht, da Sanitätshausberater und Hausarzt dafür keine Notwendigkeit sahen. Die Genehmigung des beantragten Moto-Med Bewegungstrainer durch die Krankenkasse zog sich über mehrere Monate hin.

Maßnahmenentwicklung auf Organisationsebene

Vorgehensweise

Auch auf Organisationsebene können Sie den sechsstufigen Pflegeprozess (siehe Abb. 10, S.35) als Problemlösungsprozess zur Strukturierung der Vorgehensweise anwenden. Zunächst geht es wieder darum, Informationen zu sammeln.

Wenn die Rede von teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege auf Organisationsebene ist, meint dies Fragen wie: „Welche Strukturen bietet unsere Einrichtung be-

reits?“ und „Wo können wir ansetzen, um Abläufe auf Organisationsebene im Sinne einer Förderung von Aktivität und Teilhabe zu optimieren?“

Dieses Kapitel soll es Ihnen erleichtern, notwendige Veränderungen innerhalb Ihrer Einrichtung/Organisation zu identifizieren. Dafür wurde ein Bewertungsbogen entwickelt. Dieser Bogen soll Ihnen als Checkliste und auch als Ideengeber dienen. Sie können damit Informationen sammeln und im nächsten Schritt auch bewerten. Nach der Informationssammlung geht es darum, Probleme und Ressourcen auf Organisationsebene zu identifizieren.



Der Bewertungsbogen zur Identifikation notwendiger Veränderungen innerhalb Ihrer Einrichtung ist auf unserer Homepage unter der Rubrik *Materialien* verfügbar!
www.bewegung-verbundet.de/materialien

Maßnahmen planen

Der erwähnte Bewertungsbogen auf Organisationsebene beinhaltet zentrale Kriterien, deren Erfüllungsgrad die Voraussetzungen zur Umsetzung teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege bestimmt. Beurteilen Sie für Ihre Einrichtung diese Kriterien alle als vollumfänglich gegeben/erfüllt, dann sind die Voraussetzungen für eine konsequente Umsetzung des PECAN-Konzeptes gut. Sollten Sie dagegen in einigen Punkten Handlungsbedarf feststellen,

dann können Sie daraus auch notwendige Maßnahmen auf Organisationsebene ableiten. Der Bogen bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihre Einrichtung entsprechend der Umsetzung der Maßnahmen teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege zu bewerten. Er dient gleichermaßen zur Identifikation von Handlungsbedarf und soll Sie letztendlich bei der Implementierung der teilhabefördernden, kontraktursensiblen Pflege unterstützen.

Die im Organisationsbogen enthaltenen Kriterien lassen sich fünf Ebenen zuordnen:

Ebene Bewohner*in

- Ressourcenorientiertes Assessment/Dokumentation (inkl. Erfassung Kontraktur/-risiko, relevante Kontextfaktoren)
- Motivation der Bewohner*innen zu Teilhabe und Aktivität
- Teilhabe- und bewegungsfördernde Ausrichtung der Pflegemaßnahmen

Ebene Pflgeteam

- Berücksichtigung kontraktursensibler Aspekte in Übergaben und Teambesprechungen
- Regelmäßige multidisziplinäre Fallbesprechungen
- Mobilität und Teilhabe als „hohes Gut“ angesehen ▶ Teilhabe und Aktivität als wesentliche Bestandteile der Einrichtungsphilosophie (Leitbild, SOP)

Ebene Team der sozialen Betreuung

- Angebote entsprechend der Bewegungsmotive der Bewohner*innen ausrichten und diese aktiver in die Gestaltung von Angeboten einbeziehen
- Angehörige über PECAN-Maßnahmen aufklären und aktiv in die Förderung der Teilhabe und Aktivität der Bewohner*innen einbeziehen

Ebene Ärztliches & therapeutisches Personal

- Regelmäßiger Austausch zu Behandlungs-, Heil- und Hilfsmittelbedarf (bspw. in einer Heil- und Hilfsmittelkonferenz)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (gegenseitige Information und Schulung Pflege – Therapie)

Ebene Umfeldbezogene Maßnahmen

- Aktivitäts- und teilhabefördernde Gestaltung der Bewohnerzimmer, des Heims und der Heimumgebung (Handläufe, Ruhemöglichkeiten, Treffpunkte, Aufenthaltsräume, Bewegungsräume etc.)
- Kontakt- und Netzwerkaufbau zu kommunalen Vereinen und Einrichtungen (z. B. Kindergärten, Sportvereinen)

Ein wichtiger Aspekt auf der Ebene des Pflgeteams ist die Frage nach der grundsätzlichen Einstellung der Pflegenden zu Teilhabe und Aktivität von Pflegeheimbewohner*innen.

Wird die Ermöglichung von Teilhabe als Aufgabe der Pflege gesehen und auch danach gehandelt? Bspw. ergab eine im Rahmen eines studentischen Forschungsprojektes durchgeführte Analyse von Pflegeleitbildern der stationären Langzeitpflege, dass Aspekte von Teilhabe nur ansatzweise als Ziel stationärer Langzeitpflege beschrieben werden. Ob dafür ein defizitäres Verständnis von Teilhabe ursächlich ist oder

sich der Fokus von Leitbildern auf andere Aspekte als Teilhabe richtet, ist unklar.

Wichtig bei der Organisationsanalyse ist auch, ritualisiertes Handeln im Haus mit etwas Abstand zu betrachten. Hinterfragen Sie Handlungsweisen:

- Inwieweit unterliegt pflegerisches Handeln in Ihrer Einrichtung bestimmten Ritualen? „Das haben wir schon immer so gemacht!“
- Inwieweit behindern solche Rituale situatives Handeln bzw. ad hoc Aktivitäten und die individuelle Pflege?



Lama-Besuch und gemeinsamen Backen, BRK Altenheim Geisenhausen

Gemeinsames Kartenspiel, Anthojo St. Barholomä Samerberg GmbH

- Achten Sie darauf, stets die Heim-/Pflegedienstleitung „mit ins Boot zu holen“ – jahrelange Pflege„rituale“ lassen sich oft nur mit Hilfe von Leitungspersonen aufweichen!

WICHTIG:**Bringen Sie Leben in die Einrichtung!**

Plädieren Sie für die **Abschaffung von Ritualen**, die individuelles und flexibles Pflegehandeln behindern! Schaffen Sie **Anlässe**! Bieten Sie **Abwechslung**! Denken Sie auch an räumliche Abwechslung, denn niemand möchte über lange Zeit Gymnastik immer im gleichen Raum machen oder immer am gleichen Tag am gleichen Ort Bingo spielen.

Zielen Sie auf eine **motivierende lebensweltliche Begleitung ab**, orientiert an der Biografie der Bewohner*innen:

- Wecken Sie Neugierde und Freude (an Bewegung)!
- Bringen Sie „Leben in die Bude“, durch Sport, Tanz, Gospelgottesdienst, Wii Spiele, Laientheater oder Kutschfahrt
- Organisieren Sie auch mal „ad hoc“ Veranstaltungen wie Schuh-/Schmuck-

verkauf im Eingangsbereich oder lassen Sie den örtlichen Bäcker vorbeikommen

Ein wichtiger Aspekt ist hierbei, sich bei der Planung und Ausgestaltung von Freizeit- und Beschäftigungsangeboten an der (früheren) Lebenswelt der Bewohner*innen zu orientieren und sinnstiftende Angebote zu entwickeln. Es geht nicht darum, dass Ihre Bewohner*innen „dauerbeschäftigt“ sind, sondern dass diese Aktivitäten vorfinden, die ihre Hobbys und Interessen aufgreifen. Dies kann anfangs ggf. zu Irritationen führen, da Bewohner*innen auch an Rituale gewöhnt sind. Unsere Erfahrungen zeigen aber, dass sich diese „Irritationen“ schnell geben und die Bewohner*innen die alten, ritualisierten Angebote nicht vermissen.



Weiterführende Informationen zum Thema lesen Sie hier: Teigeler, B. (2016): *Leben in die Bude bringen!* Interview mit Frau Prof. Zegelin. Erschienen in *Die Schwester Der Pfleger*, Jg. 55, Heft 3.

Um sich der Lebenswelt der Bewohner*innen zu nähern und Interessen oder auch

Hobbys für alle Beteiligten sichtbar zu dokumentieren, haben einige Einrichtungen spezielle Biografiebögen entwickelt, z. B. zur 10-Minuten-Aktivierung in Anlehnung an den Artikel „Biografische Splitter“ (Zegelin, 2011). Andere Einrichtungen haben bestehende Konzepte, wie bspw. das Betreuungskonzept, überarbeitet, um kleinere Gruppengrößen für die Betreuung zu ermöglichen (5–7 Leute pro Gruppe, ähnliche Interessen, ähnlicher kognitiver Zustand).

Weitere beispielhafte Maßnahmen, die im Zuge der Implementierung und Umsetzung des PECAN-Konzeptes von den Einrichtungen erfolgreich durchgeführt wurden:

- **Initiierung von verschiedenen Veranstaltungen:** Tierbesuche in der Einrichtung (z. B. Hunde, Lama); Angehörigenabende/Angehörigenstammtisch mit Nachbarschaftshilfe
- **Anschaffung von Geräten und Gegenständen** zur Ermöglichung von Hobbies/Interessen: z. B. Rikscha, Strickmaschine, Gartengeräte für Rollstuhlfahrer, Heimtrainer/Standrad/Ergometer
- **Initiierung neuer Interessensgruppen:** z. B. Sitz-Yoga, Strickgruppe, Gartenbaugruppe
- **Einrichtung von Zeitschriftenecken oder Mottoecken:** Bestimmte Bereiche

der Einrichtung wurden entweder nach einem Motto regelmäßig umgestaltet, das den Interessen der Bewohner*innen entspricht (z. B. Reisen, Tiere, Jahreszeiten) oder es lagen verschiedene Zeitschriften zum Anschauen und Lesen aus. Eine Einrichtung richtete eine spezielle „Männerecke“ mit Männerzeitschriften ein, um das Angebot für ihre männlichen Bewohner zu erweitern.

- **Anpassung der Frühstückskultur:** Frühstück in der Cafeteria für „fittere“ Bewohner*innen. Bewohner*innen mit Rollator bzw. Rollstuhl gingen selbstständig zum Frühstück in die Cafeteria, bedienten sich weitestgehend selbstständig an den aufgedeckten Speisen und Getränken und reichten sich gegenseitig Speisen/Getränke über den Tisch hinweg.
- **Anpassung der Sitzordnung** bei den Mahlzeiten, um Gespräche zwischen den Bewohner*innen zu ermöglichen
- **Umbaumaßnahmen an und in den Gebäuden** bzw. im Außenbereich: Einbau elektrischer Türen um einen barrierefreien Übergang in den Gartenbereich zu schaffen, Anbringen von Haltemöglichkeiten für Steh- und Gehübungen auf den Fluren, Verbesserung der Wege im Außenbereich (neue Gehplatten o. Ä.)

- **Durchführung einer Umfeldanalyse zu Kooperationsmöglichkeiten** – z. B. mit ortsansässigen Tierheimen, Schulen und Kindergärten. Eine Einrichtung initiierte bspw. eine Kooperation mit der Stadtbibliothek: Es wurde eine mobile Bücherei mit Bücherwagen eingerichtet, aus der Ehrenamtliche Bücher holen und diese interessierten Bewohner*innen bringen.

Veränderungen auf Organisationsebene – Keine einfache Angelegenheit!

Veränderungen in Organisationen zu bewirken ist nicht leicht und Sie werden auf mehr oder weniger große Widerstände stoßen.

Um dafür gewappnet zu sein, wollen wir Ihnen an dieser Stelle zwei theoretische Modelle vorstellen, die erklären, wie Veränderungsprozesse in Organisationen typischerweise ablaufen.

7-Phasen-Modell von Richard K. Streich (1997):

Das Phasen-Modell von Streich geht davon aus, dass insbesondere die **Wahrnehmung der persönlichen Kompetenz** in Bezug auf die Steuerung der Veränderung für den Erfolg von Veränderungsprozessen relevant ist (Streich, 2016). Diesbezüglich werden 7 Phasen individueller und organisatorischer Veränderungsprozesse beschrieben (siehe Abb. 18).

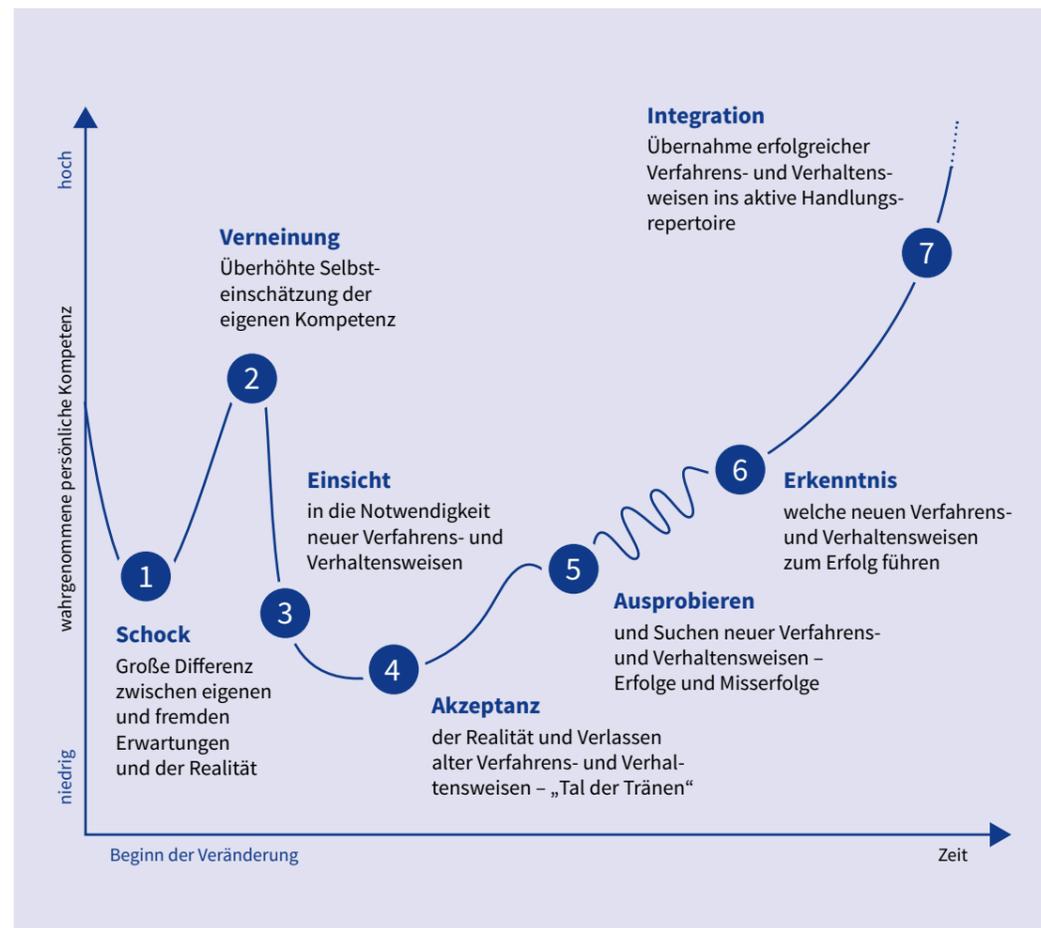


Abb. 18: Phasen individueller & organisatorischer Veränderungsprozesse nach Streich (eigene Abb. in Anlehnung an Streich, 2016, S. 24)

Betroffene Mitarbeiter*innen können sich zu einem Zeitpunkt im Veränderungsprozess in ganz **unterschiedlichen persönlichen Entwicklungsphasen** bezüglich ihrer positiven und negativen Gefühle und ihrer Kompetenzwahrnehmung befinden. Es sind daher keine pauschalen Aussagen

über die gesamte Einrichtung/Organisation möglich. Betroffene durchlaufen in **unterschiedlichem Tempo** und mit individuellen Schleifen die einzelnen Phasen. Dies muss bei der Planung des gesamten Veränderungsprozesses berücksichtigt werden (siehe Tab. 4).

Phase	Was passiert?	Möglichkeiten der Gestaltung von Veränderungsprozessen
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskrepanz zwischen „Ist & Soll“ / zwischen Realität & neuen Herausforderungen ▪ Unterschied zwischen eigener und fremder Erwartung führt zu Schockzustand ▪ Status quo wird bedroht ▪ möglichen Reaktionen: kaum wahrnehmbare Überraschung bis hin zur völligen Lähmung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskrepanz zwischen „Ist & Soll“ / zwischen Realität & neuen Herausforderungen ▪ Unterschied zwischen eigener und fremder Erwartung führt zu Schockzustand ▪ Status quo wird bedroht ▪ möglichen Reaktionen: kaum wahrnehmbare Überraschung bis hin zur völligen Lähmung
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verneinung, im Sinne von „das kann nicht wahr sein!“, aufgrund unpassendem Sicherheitsgefühl und einer Überschätzung der eigenen Kompetenzen ▪ Suche nach Auswegen & Gegenargumenten 	
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wut als offene Gegenwehr und Frustrationsabbau möglich ▶ starke Emotionen denkbar ▪ nach erster kognitiven Akzeptanz folgt auch emotionale Akzeptanz ▪ Einsicht, dass neue Verhaltens- und Vorgehensweisen erforderlich sind 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ große Bedeutung einer wechselseitigen Kommunikation (direkter, echter Dialog)
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akzeptanz der Realität ▪ Loslassen alter Verhaltens-/ Vorgehensweisen ▪ Einschätzung der eigenen Fähigkeiten auf einem Tiefpunkt ▪ Maximum an Verunsicherung 	



Sportfest im Jahr 2018, Seniorenzentrums in Delitzsch

Phase	Was passiert?	Möglichkeiten der Gestaltung von Veränderungsprozessen
5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausprobieren neuer Verfahrens- / Vorgehensweisen ■ Erfolge als auch Misserfolge möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Training / Coaching, um die Kompetenzen der Betroffenen weiterzuentwickeln ■ Phasen des Ausprobierens und der Erkenntnis unterstützen: <ul style="list-style-type: none"> □ Sollzustand definieren □ Strategie von „Ist“ nach „Soll“ permanent weiterentwickeln □ konkrete Maßnahmen einleiten □ Betroffene befähigen zu handeln
6	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erkenntnis, welche Verhaltensweisen zum Erfolg und welche zum Misserfolg führen ■ eigene Kompetenz wird wieder positiver wahrgenommen 	
7	<ul style="list-style-type: none"> ■ Integration erfolgreicher Verhaltens- und Vorgehensweisen in das eigene Repertoire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Monitoring ■ dauerhafte Integration von neuen Konzepten, Strukturen und Abläufen ■ Dokumentation / Anpassung hausinterner Standards ■ Wirksamkeit der Veränderung überprüfen ■ Anreize schaffen, das Neue zu tun

Tab. 4: Phasenablauf von Veränderungsprozessen sowie Gestaltungsmöglichkeiten (Streich, 2016)

5-Stufen-Modell nach Krüger (2006)

Krüger (2006) stellte die Phasen des (Organisations-)Wandels in einem 5-Stufen Modell dar. Die Veränderung wird als linearer Prozess beschrieben. Auf jeder Stufe werden

Maßnahmen zur Zielerreichung aufgezeigt. Anfangs wird die Notwendigkeit einer Veränderung festgestellt. Daraufhin werden Ziele definiert und erforderliche Maßnahmen abgeleitet. Den Betroffenen wird die bevorstehende Veränderung kommuniziert.

Anschließend werden die geplanten Änderungen durchgeführt und eventuelle Folgeprojekte initiiert. Die Ergebnisse der Veränderung werden verankert und gefestigt, um sicher zu gehen, dass die Betroffenen nicht in alte Verhaltensmuster verfallen.



Abb. 19: Phasenmodell nach Krüger (eigene Darstellung)

Fallbeispiele aus dem Projekt – Best Practice

Sportfest

Inspiriert von der PECAN-Schulung wagte sich das Seniorenzentrum in Delitzsch 2019 an die Ausgestaltung eines Sportfestes für

alle Bewohner*innen. Ziel der Einrichtung war es, ein Event für alle zu schaffen, an das sich die Bewohner*innen noch lange gerne zurück erinnern. Dabei galt es das richtige Maß an Anforderung und Spaß zu finden, ohne die Bewohner*innen durch zu lange Zeiten oder schwierige Stationen zu überfordern. Doch mit Ringen werfen und Kegeln



Yoga im Sitzen



Karibischer Abend an der Cocktailbar, Residenz Ambiente

wurden Disziplinen entwickelt, die jeder meistern kann – egal welche Einschränkungen er hat. Gleich zu Beginn gab es zudem für alle eine tolle Medaille, die für die richtige Motivation sorgte.

Noch heute erinnern liebevoll gestaltete Fotocollagen in den Fluren der Einrichtung immer wieder an dieses tolle Erlebnis und fördern gleichzeitig die Mobilität der Bewohner*innen, die immer wieder gern vorbeilaufen, um sich auf dem ein oder anderen Foto zu entdecken. Auch ein Jahr später hieß es nach einer gemeinsamen Erwärmung wieder „Sport frei“. Es gab neben Ringe werfen und Kegeln, zwei neue Disziplinen, die geschafft werden wollten: Tornetz schießen und Basketballwurf. Das Team „Mobilität“ des Seniorenzentrums hatte neben jeder Menge Gaudi wieder für alle eine Medaille vorbereitet.

Yoga im Sitzen

Auf der Suche nach einem innovativen Bewegungsangebot, startete das BRK Seniorenheim Geisenhausen im Jahr 2019 zunächst versuchsweise eine neue Gruppe: „Yoga im Sitzen“. Eine Betreuungskraft besuchte hierzu einen Kurs und ließ sich zur Kursleitung ausbilden. Ziel war es, den Bewohner*innen ein modernes Angebot zu bieten, das gleich-

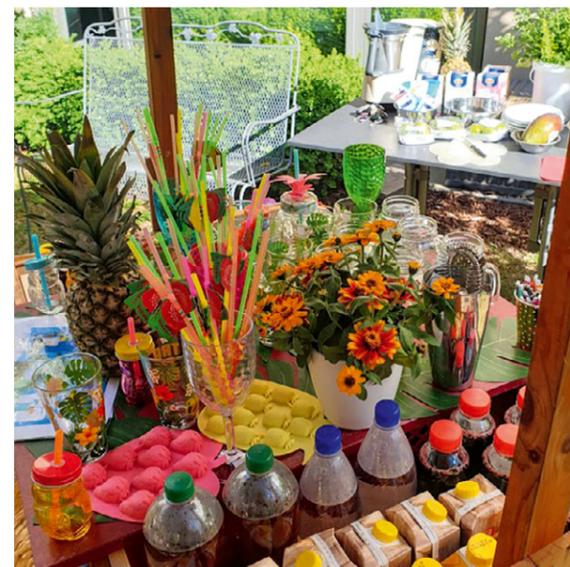
zeitig der Bewegung, der Achtsamkeit und Harmonie sowie dem Beisammensein dient und auch für Personen mit eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten geeignet ist.

Obwohl die Bewohner*innen zunächst noch etwas skeptisch auf dieses originelle Angebot reagierten, etablierte es sich schnell. Bald schon überraschte manch ein*e Bewohner*in die zuständige Betreuungskraft mit erstaunlicher Beweglichkeit und großem Ehrgeiz. Die teilnehmenden Bewohner*innen berichten, dass das Yoga im Sitzen durchaus anspruchsvoll sei, sie allerdings davon auch merklich profitieren würden und sie viel Freude bei der gemeinsamen Aktivität hätten. Auch Mitarbeiter*innen der Einrichtung zeigen sich von diesem besonderen Angebot überzeugt:

Also ich habe mir das ein paar Mal angesehen, habe mir den Verlauf angesehen, war sehr positiv überrascht, wie gut das von den Leuten angenommen worden ist, wie sehr die Gruppe immer mehr wächst.

Mitarbeiterin aus dem Altenheim

Die Gruppe erfreut sich weiterhin enormer Beliebtheit und wurde in das Angebots-



programm des Altenheimes integriert. Es findet an zwei Tagen pro Woche für jeweils eine Stunde statt.

Weltreise

In der Residenz Ambiente in Leipzig waren die Bewohner*innen im Jahr 2019 eingeladen, jeden Monat ein anderes Land zu entdecken. Dazu gab es die passende Raumgestaltung, Diavorträge und Reiseberichte, Besuch von Ausstellungen oder Museum,

Tänze, Musik, Bastelangebote und an einem Abend landestypische Speisen und Getränke. So war für Jeden und Jede das Richtige dabei. Wer sich nicht den kulinarischen Genüssen hingeben wollte, konnte sich dafür kulturell bilden und Spannendes über die fremden Länder und Regionen erfahren. So wurden jeden Monat neue Interessen geweckt. Im Veranstaltungsheft der Einrichtung kündigte ein kurzer spannender Text über das Land die Aktionen des Monats an.



Abb. 20: Weltreise, Residenz Ambiente in Leipzig: Jahresprogramm

So wurde bspw. im Juni karibisches Lebensgefühl in die Einrichtung gezaubert. Es gab erfrischende, alkoholfreie Cocktails, bunte Deko, leckeres Obst, Sonne satt, rhythmische Musik und viel gute Laune, so dass man meinen konnte, die Karibik lag vorübergehend in Leipzig.

Im Jahr 2020 wurde dieses Konzept in abgewandelter Form wieder aufgegriffen, denn da hieß es „Lasst uns gemeinsam auf große Deutschlandreise gehen!“ Jeden Monat galt es für die Bewohner*innen ein neues Bundesland zu entdecken. So konnten die Einen in Erinnerungen schwelgen und von ihren Erfahrungen berichten und die Anderen gespannt lauschen und entdecken.

Evaluation der Maßnahmen

Initiierte Maßnahmen sollten Sie immer dokumentieren und evaluieren. Das hilft Ihnen, ein Gefühl dafür zu bekommen, ob das was Sie tun, funktioniert. Die gemeinsam mit den Bewohner*innen ermittelten Ziele sollten Sie regelmäßig überprüfen, um zu sehen, ob die ergriffenen Maßnahmen wirksam sind oder ob Sie Änderungen einleiten müssen. Sie sollten vor allem notieren, was die Zielerreichung verhindert, um dies in der Zukunft berücksichtigen zu können. Für jedes Teilhabe-/Aktivitätsziel sollten Sie notieren, ob das Ziel erreicht wurde und wie zufrieden die Bewohner*innen und Sie damit sind.

Evaluation

durchgeführter Maßnahmen

Ziel erreicht? ja nein teilweise

1. Ziel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ziel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ziel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zufriedenheit? ← sehr zufrieden gar nicht zufrieden →

1. Ziel	<input type="checkbox"/>								
2. Ziel	<input type="checkbox"/>								
3. Ziel	<input type="checkbox"/>								

Was gab es für Stolpersteine?

-
-
-

Abb. 21: Dokumentationsmöglichkeit der Evaluation durchgeführter Maßnahmen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zusammenarbeit im Pflegeheim

Unter interdisziplinärer Zusammenarbeit können Sie sich die Zusammenarbeit zwischen den am Versorgungsprozess der Bewohner*innen beteiligten Berufsgruppen vorstellen. Welche Aufgaben zur Verbesserung von Aktivität und Teilhabe sowie im Rahmen der Kontrakturprophylaxe von

welcher Berufsgruppe übernommen werden können zeigt die folgende Abbildung (Repschläger, 2014).

Um Prozesse und Abläufe auf Organisationsebene zu optimieren, ist die Zusammenarbeit aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen Voraussetzung. Eine bessere Versorgung, Aktivität und Teilhabe von Bewohner*innen mit Kontrakturen kann nur gemeinsam gelingen, da jede Berufsgruppe einen anderen, aber wichtigen Beitrag zur Versorgung leistet.



Abb. 22: Veranschaulichung interdisziplinärer Zusammenarbeit

Insbesondere der regelmäßige Austausch zwischen Pflegenden und Therapeut*innen ist im Rahmen des PECAN-Konzeptes wichtig. So können diese bspw. wichtige Hinweise zur Unterstützung/Durchführung von Bewegungsübungen geben oder auch

zum sicheren Umgang mit Bewohner*innen bei Mobilitätsaktivitäten wie Laufen oder Treppe steigen. Häufig hört man bspw. von Pflegenden „Ja, mit der*dem Physiotherapeut*in läuft sie, mit mir nicht.“ – hier kann ein gemeinsames Gespräch Aufschluss dar-

über bringen, warum dies ggf. so ist. Dafür muss Zeit eingeplant werden und es sollten nach Möglichkeit auch gemeinsame Dokumente für die Dokumentation konkreter Inhalte aus Therapieeinheiten erstellt werden.

Therapie- und Hilfsmittelkonferenz

Da es nicht immer leicht ist, allein über die Wahl der richtigen Maßnahme zu entschei-

den, empfehlen wir Ihnen, sich im Rahmen der Aktivitäts- und Teilhabeförderung von Menschen mit Kontrakturen regelmäßig mit anderen Expert*innen auszutauschen. Das ermöglicht Ihnen einen interdisziplinären Einblick in das Problemfeld und die Chance, gemeinsam an Problemen zu arbeiten. In Anlehnung an das Konzept der sog. „Orthopädischen Visite“ (Döllfeld Dialog & System, 2014) wollen wir Ihnen die Therapie- und Hilfsmittelkonferenz vorstellen.



Therapie- und Hilfsmittelkonferenz als interdisziplinäre Zusammenarbeit

Es handelt sich dabei um eine interdisziplinäre Fallkonferenz mit dem Ziel der Verbesserung der Aktivität und Teilhabe von Bewohner*innen mit Kontrakturen.

An dieser Therapie- und Hilfsmittelkonferenz sollten folgende Personen teilnehmen:

- Expert*in bzw. verantwortliche Person für die PECAN-Intervention
- Pflegefachpersonen
- Mitarbeiter*innen der sozialen Betreuung
- Physiotherapeut*in, in der Einrichtung tätig
- Ergotherapeut*in
- Orthopädietechniker*in bzw. Mitarbeiter*in des Sanitätshauses

Der Ablauf lässt sich folgendermaßen darstellen:

Vorbereitung der Konferenz

Im Vorfeld der Konferenz sollten Sie sich zunächst die benötigten Ansprechpersonen suchen. Dies sind in erster Linie die*der im Heim tätige Physiotherapeut*in sowie ein*e Mitarbeiter*in aus einem Sanitätshaus, die*der ebenfalls bereits in Ihrem Haus tätig ist. Dieser*n sollten Sie das Vorhaben – Therapie- und Hilfsmittelkonferenz – hinsicht-

lich Zweck, Ziel und geplantem Ablauf erläutern. Für die anstehende Konferenz sollte eine Liste mit Bewohner*innen mit Beratungsbedarf erstellt werden. Drei bis fünf Bewohner*innen für einen Termin sind anfangs realistisch. Der Termin für die Konferenz muss ebenfalls organisiert werden.

Konferenztermin

Am Konferenztermin geht es zunächst um die gemeinsame Identifikation von Therapie- und Hilfsmittelbedarf für die jeweiligen Bewohner*innen. Anschließend werden gemeinsam Ziele definiert (ggf. priorisiert) sowie durchzuführende Maßnahmen festgelegt und abgestimmt. Maßnahmen, die sich aus der Therapie- und Hilfsmittelkonferenz ergeben könnten, wären beispielsweise:

- Initiierung oder Anpassung der therapeutischen Versorgung
- Anpassung von Pflegemaßnahmen
- Initiierung oder Anpassung der Hilfsmittelversorgung
- Anleitung und Schulung der Pflegenden und Therapeut*innen zu korrektem Hilfsmittelgebrauch
- Anleitung und Schulung der Pflegenden zu Maßnahmen der Kontrakturprophylaxe und -therapie durch die Therapeut*innen

Zusammenfassung

Die teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege will den Teufelskreis der Kontraktur durchbrechen, indem ein größtmögliches Ausmaß an Aktivität und Teilhabe ermöglicht wird. Das soll durch den gezielten Einsatz von Ressourcen der unmittelbaren Umgebung und Berücksichtigung der individuellen personbezogenen Faktoren erreicht werden. Vieles davon machen Sie bereits täglich in Ihrer Arbeit.

Der Fokus des PECAN-Konzeptes liegt darin, bewohnerbezogene und organisatorische Veränderungsbedarfe zu erkennen, um Lebensqualität, Aktivität und soziale Teilhabe bei Bewohner*innen mit Kontrakturen zu verbessern oder auch zu erhalten. Die zentrale Frage dabei ist: **„Was braucht es, um Menschen zu bewegen?“**

Menschen bewegen sich immer zielgerichtet. Im Hinblick auf die Bewohner*innen heißt dies, dass es gelingen muss, Bewegung und Aktivität einen Sinn zu geben. Niemand will stupide Gänge entlanggehen oder 3x täglich die gleiche Funktionsübung durchführen. Mit unserem Konzept zielen wir auf eine motivierende lebensweltliche Begleitung – orientiert an der Biografie der Bewohner*innen ab. Es soll darum gehen, Neugierde und Freude an Bewegung zu wecken und **„Leben in die Bude zu bringen“** – egal ob durch Sport, Tanz, Backen, Gospelgottesdienst, Wii-Spiele, Lientheater oder eine Kutschfahrt.

Um die Frage „Was braucht es um Bewohner*innen zu bewegen?“ beantworten zu können, sind 4 Schritte wesentlich:

→ Erkennen von Ressourcen bei den Bewohner*innen

Motivation, Interessen, Familie

→ Erkennen von Barrieren bei den Bewohner*innen

Motivation, fehlende/hindernde Hilfsmittel, Erkrankungen, physische/psychische Einschränkungen

→ Erkennen von Ressourcen seitens der Einrichtung

Physiotherapie im Haus, gute Kooperationen, schönes Außengelände, gute Lage

→ Erkennen von Barrieren seitens der Einrichtung

zugestellte Laufwege, wenig Interessantes in/um das Haus, fehlende Ruhe- oder auch Bewegungsmöglichkeiten, fehlende Transportmittel

Abb. 23: 4 Schritte – Was braucht es, um Bewohner*innen zu bewegen?

Die Herausforderung

Aus der Vielzahl an möglichen Maßnahmen für den individuellen Bewohner*innenfall das richtige „Maßnahmenpaket zu schnüren“!

Die gute Nachricht

Sie müssen das nicht allein bewältigen. Holen Sie sich Unterstützung bei Ihren Bewohner*innen, bei Kolleg*innen, bei Angehörigen und anderen an der professionel-

len Versorgung Beteiligten. Auf Möglichkeiten der Unterstützung durch die verschiedenen Personengruppen gehen wir im Kapitel *Förderfaktoren und Barrieren für die*

Implementierung und Umsetzung ab S. 69 unter dem Aspekt der Zusammenarbeit & Unterstützung bei der Umsetzung von PECAN näher ein.



Abb. 24: Philosophie des PECAN-Konzepts

Implementierung in die Praxis

Empfehlungen zur Einführung und Umsetzung von PECAN

Multiplikator*innenkonzept

Für die Einführung des PECAN-Konzeptes in Ihre Einrichtung empfehlen wir ein Multiplikator*innenkonzept. Das heißt, es werden Expert*innen für teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege – so genannte EKONS – ausgebildet, die dann federführend die Einführung und Umsetzung von PECAN auf

ihrem Wohnbereich oder in der gesamten Einrichtung übernehmen.

Die Erfahrungen aus unseren Projekten zeigen, dass es vorteilhaft für die Einführung und Umsetzung des PECAN-Konzeptes ist, wenn pro Wohnbereich eine Pflegefachperson als Multiplikator*in zuständig ist. Besonders positive Ergebnisse hinsichtlich der Initiierung und Umsetzung von Maßnahmen konnten wir in Einrichtungen erzielen, in denen ein Tandem aus engagierter Pflegefachperson und Leitung der sozialen Betreuungskräfte – meist ein*e Ergotherapeut*in – verantwortlich war.

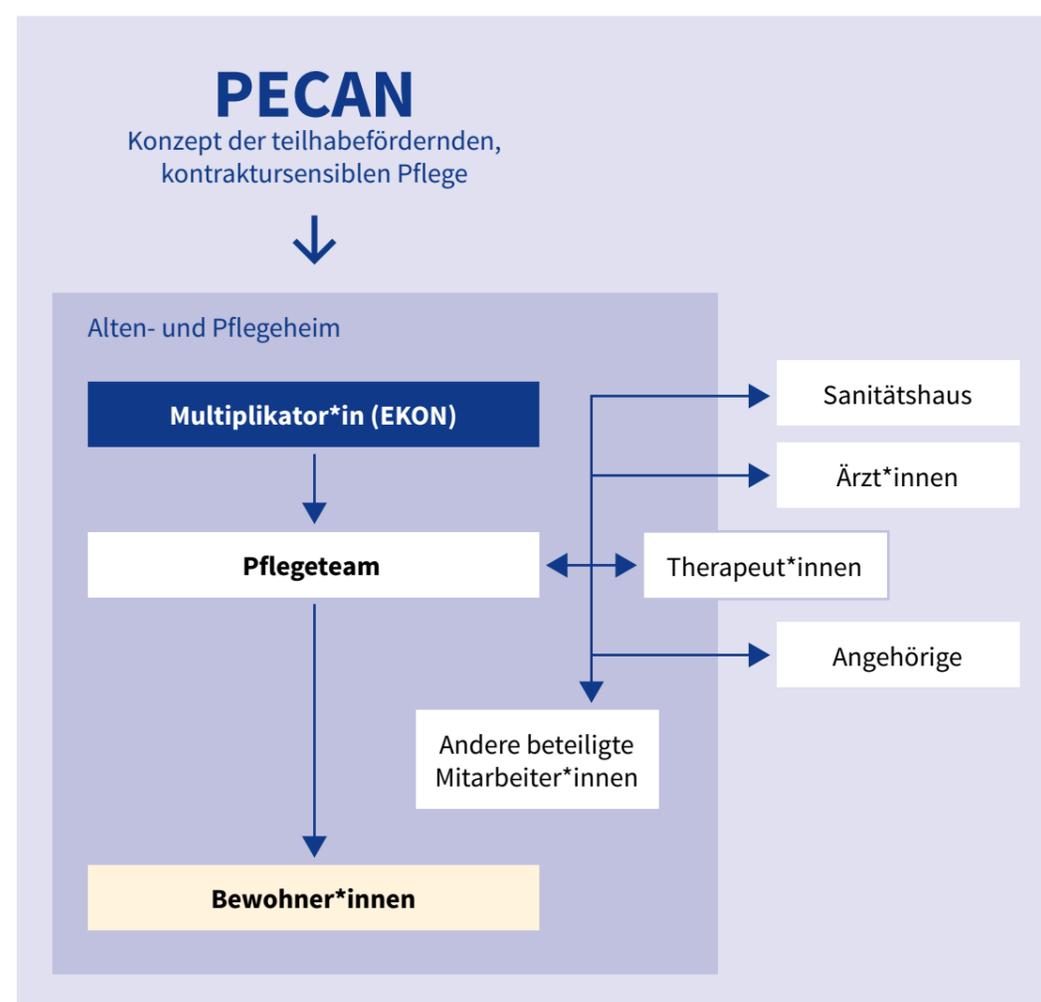


Abb. 25: Beteiligte und Interessensgruppen bei der Umsetzung von PECAN

Aufgabenbereiche der EKONS

Die*Der Expert*in für teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege (EKON) fungiert in der Einrichtung als Multiplikator*in.

Dabei sollen die EKONS erworbenes Wissen und Können zur teilhabefördernden, kontraktursensiblen Pflege an ihre Kolleg*innen weitergeben. Außerdem beraten die Multiplikator*innen Kolleg*innen hinsichtlich der praktischen Umsetzung.

Zu den Aufgabenbereichen der EKONS zählt auch die Koordination der Einführung des Konzeptes in der Einrichtung und sie sind Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für alle Beteiligten und Interessierten.

Aufgabenbereiche der Leitungsebene

Führungskräfte sollten vor allem auf der Organisationsebene die teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege in der Einrichtung voranbringen und die Grundlagen schaffen, um Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe und im Sinne des PECAN-Konzeptes umsetzen zu können.

Kompetenzen der Multiplikator*innen

Die Multiplikator*innen (EKONS) sollten die nachfolgenden Kompetenzen besitzen, um das PECAN-Konzept erfolgreich in die Einrichtung einführen und umsetzen zu können:

- Integration des biopsychosozialen Modells der ICF in das tägliche Pflegehandeln
- Identifikation und Priorisierung bewohner*innenbezogener Ziele für Aktivität und Teilhabe

- Identifikation von Barrieren und Förderfaktoren der bewohner*innenbezogenen Aktivität und Teilhabe
- Differenzierung der Barrieren und Förderfaktoren in Umwelt- und personbezogene Faktoren
- Umsetzung einer teilhabeorientierten Versorgungsplanung unter Berücksichtigung identifizierter Barrieren und Ressourcen
- Koordination der bewohner*innenbezogenen intra- / interdisziplinären Versorgung
- Beratung von Kolleg*innen, Heimleitung, externen Akteuren
- Motivation von Bewohner*innen
- Identifikation von Änderungsbedarfen auf Organisationsebene

Durch eine spezifische Schulung können zukünftige Multiplikatoren für das PECAN-Konzept zur*zum Expert*in für teilhabefördernde, kontraktursensible Pflege (EKON) befähigt werden. Diese Schulung wird bspw. durch die Halle School of Health Care (HSHC), der interprofessionellen Fort- und Weiterbildungsakademie der Universitätsmedizin Halle, oder die Academy for Professionals (AfP) der Technischen Hochschule Rosenheim angeboten.

Zusammenarbeit & Unterstützung

Die Umsetzung des PECAN-Konzeptes gelingt nur im Teamwork. Diese Erfahrung haben wir in unseren Projekten gemacht.

In Abbildung 21 zur Umsetzung von PECAN sehen Sie, wie viele Interessengruppen an der Versorgung und Betreuung von Bewohner*innen beteiligt sind. Jede von ihnen kann Sie auf ihre ganz eigene Art und Weise bei der Umsetzung des PECAN-Konzeptes unterstützen. Sie müssen diese Unterstützung allerdings **aktiv** einfordern!

Bewohnerinnen und Bewohner

Motivieren Sie Ihre Bewohner*innen dazu:

- eigene Ideen zur Steigerung von Aktivität und Teilhabe mitzuteilen
- zu sagen, was sie gerne unternehmen bzw. machen möchten (z. B. Familie & Freunde besuchen)
- zu sagen, wobei sie Hilfe benötigen und was sie lieber alleine versuchen wollen
- Wünsche hinsichtlich der Teilhabe am Alltagsleben im Heim (z. B. Blumen-, Beetpflege) zu äußern

Therapeutinnen und Therapeuten

Organisieren Sie Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Therapeut*innen um gemeinsam:

- bestehende Kontrakturen oder Kontrakturrisiken bei Bewohner*innen zu erkennen
- einen spezifischen Therapie- und Hilfsmittelbedarf bei Bewohner*innen zu erkennen
- Bewohner*innen zu Bewegung/Aktivität zu motivieren – orientiert an Biografie und aktueller Lebenswelt der Bewohner*innen
- Bewegungsmaßnahmen zu planen und durchzuführen

Ärztinnen und Ärzte

Organisieren Sie Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen um gemeinsam:

- kontrakturspezifische Probleme/Risiken bei Bewohner*innen zu erkennen und zu besprechen
- den Bedarf an bzw. nötige Anpassung bewegungsassoziierter Schmerzmedikation zu erkennen

- den Bedarf an aktivitäts-, mobilitäts-, teilhabefördernden und kontrakturspezifischen Maßnahmen (einschließlich kritischem Hinterfragen aktueller verwendeter Hilfsmittel) zu erkennen
- eine notwendige Heil- & Hilfsmittelversorgung zu erkennen und ggf. zu initiieren

Angehörige

Auch Angehörige können Sie bei der Umsetzung von PECAN unterstützen. Um Sie bei der ressourcenorientierten Bewegungsförderung der Bewohner*innen zu unterstützen, können diese bspw.:

- gemeinsam mit ihren Angehörigen mögliche Ziele hinsichtlich mehr Aktivität und Teilhabe (bspw. regelmäßige Teilnahme am Kegelnachmittag) besprechen
- sich danach erkundigen, wann aktivitäts- und teilhabefördernde Veranstaltungen stattfinden und ihre Angehörigen daran erinnern und zur Teilhabe motivieren
- mit ihren Angehörigen darüber sprechen, wie wichtig Bewegung für die Gesundheit und zur Vorbeugung von Kontrakturen ist
- die Besuchszeit für gemeinsame Aktivitäten nutzen (z. B. spazieren gehen, kleine Übungen für die Gelenke durchführen oder „unsichere“ Wege erkunden)
- nützliche Hilfsmittel als Geschenke für Geburtstage / Feierlichkeiten kaufen, die den Alltag erleichtern und die Selbstständigkeit fördern (z. B. Hilfen zum Öffnen von Flaschen, spezielles Besteck, Greifhilfe, Strumpfanzieher, Knöpfhilfe)
- ihre Angehörigen dabei unterstützen, Alltagsdinge selbst zu tun (z. B. Anzie-

hen, Waschen, Einkaufen kleiner Dinge, usw.) und nicht jede Tätigkeit / Arbeit abnehmen

Sie sollten die jeweiligen Interessensgruppen / Beteiligten über das PECAN-Konzept und Möglichkeiten der Unterstützung bei der Umsetzung gezielt informieren. Im Rahmen unserer Kontraktur-Projekte haben wir dafür Informationsflyer genutzt, welche wir für verschiedene Interessensgruppen entwickelt haben.



Informationsflyer über das PECAN-Konzept und die Möglichkeiten zur Unterstützung für verschiedene Interessensgruppen finden Sie auf unserer Homepage!
www.bewegung-verbindet.de/materialien

Förderfaktoren und Barrieren für die Implementierung und Umsetzung

Im Rahmen unserer Studien JCI und JCE konnten verschiedene Förderfaktoren und Barrieren für die Implementierung und die Umsetzung der teilhabefördernden, kontraktursensiblen Pflege identifiziert werden. Diese haben einen wesentlichen Einfluss darauf, wie gut es gelingen kann, die oben aufgeführten Maßnahmen im Pflegealltag umzusetzen.

Zeitliche Ressourcen

Ein wichtiger Aspekt, der zum Gelingen oder auch Scheitern der Einführung des PECAN-Konzeptes beitragen kann, sind die zeit-

lichen Ressourcen der verantwortlichen Multiplikator*innen.

So nannten uns diese häufig fehlende Zeit zur Planung und Umsetzung von PECAN-Maßnahmen sowie die Zuteilung verschiedener Aufgabenbereiche als Hindernis für eine gelungene Umsetzung.

Ich muss sagen, für mich war die EKON-Rolle relativ schwierig, weil einfach so viel Anderes nebenbei zu tun war. Das war vielleicht ein bisschen unpassend. Ich habe eine Weiterbildung gemacht, wo ich jeden Monat nicht da war, und noch eine andere Schulung und neue Mitarbeiter einlernen und so. Irgendwie hat es bei mir zeitlich nicht so hingehauen alles, muss ich ehrlich sagen.

EKON

Andere EKONs und auch das Pflegepersonal hingegen äußerten, dass die PECAN-Maßnahmen nur zu Beginn einen erhöhten Zeitaufwand bedeuteten, aber letztendlich Zeit gespart werden kann. Wenn es gelingt, dass neue Abläufe und Prozesse durch das Pflegepersonal verinnerlicht werden, dann wird dafür auch nicht mehr Zeit als vorher beansprucht.

Weil, die Kollegen haben dann auch festgestellt, am Anfang ist es zwar ein bisschen zeitaufwendig, sage ich jetzt mal, aber hinten raus macht es sich für die Pflege dann auch bemerkbar, weil wenn die Leute am Rollator alleine laufen können, gut dann guckst du bloß mal noch „ah sie läuft jetzt sicher, alles gut“ und das macht sich wirklich bemerkbar.

EKON

Wenn der Bewohner sich bewegen kann, ist es ja auch für uns arbeitserleichternd.

Die Maßnahmen konnten oftmals im regulären Tagesablauf in die verschiedenen pflegerischen Tätigkeiten integriert werden.

Im Großen und Ganzen habe ich immer wieder appelliert an die Leute, es vorgebracht und habe ihnen auch gezeigt, dass das kein extra Zeitaufwand ist. Das war am Anfang das Gefühl von den Kollegen so: „Jetzt muss ich das auch noch machen.“ Auch beim Toilettengang kann ich drei Schritte üben oder vier Schritte oder fünf Schritte.

EKON

Unser Tipp:

Um das PECAN-Konzept gut in die Einrichtung einführen und es später konsequent umsetzen zu können, sollten zeitliche Ressourcen zur Analyse von Änderungsbedarfen bei den Bewohner*innen und auf Einrichtungsebene sowie zur Planung und Umsetzung von geeigneten Maßnahmen geschaffen werden. Auch die Information und Beratung von Kolleg*innen durch die*den Verantwortlichen beansprucht Zeit. Diese sollte ganz bewusst (durch die Heimleitung/Pflegedienstleitung) im Dienstplan eingeplant werden. Denkbar sind bspw. feste Zeiträume, in denen spezifische Informationen eingeholt und Versorgungspläne gestaltet werden können.

Personelle Ressourcen und Personalwechsel

Eine Belastung und somit eine Barriere für die Umsetzung von PECAN stellen insbesondere personelle Engpässe und ein ständiger Personalwechsel dar.

Ja bei uns war es auch Personal eigentlich, weil [...] eine ist in Rente gegangen und eine ist ja schwanger geworden, damit sind zwei ausgefallen. Dann ist schon was nachgekommen, aber dann haben die auch wieder aufgehört und sind umsonst eingearbeitet worden. Also Personal war eigentlich die ganze Zeit ein großes Thema bei uns.

EKON

Aber eben auch so Kleinigkeiten, also Feinheiten, da noch mehr drauf einzugehen, da fehlt es halt noch. Da braucht man immer zusätzliches Personal dazu um überhaupt auf diese Feinheiten eingehen zu können.

Pflege

Dagegen sind stabile Personalstrukturen und vor allem ausreichend Personal förderlich für die Umsetzung.

Die Hauptrahmenbedingung [...] war zumindest ausreichend Personal, weil von allen Seiten ausreichend Personal da war, da konnte jeder sich auch etwas mehr einbringen [...].

EKON

Einige Einrichtungen ermöglichten die Durchführung von Maßnahmen zur Be-

wegungsförderung durch eine personelle Aufstockung der Betreuungskräfte und die Einbindung von Praktikant*innen. Auch die Aufstockung von Hauswirtschaftskräften war in einer Einrichtung geplant, um diese zukünftig in teilhabefördernde Aktivitäten mit Bewohner*innen einzubeziehen. Das zeigt Möglichkeiten auf, wie durch den Einbezug verschiedener Berufsgruppen die Umsetzung gefördert und die Zusammenarbeit gezielt gestärkt werden könnte.

Routinen und Perspektiven bei den Pflegenden

Große Herausforderungen bei der Planung und Umsetzung von PECAN-Maßnahmen stellen das fehlende Verständnis für die Intervention oder festgefahrene (Alltags)Routinen dar. Die Perspektive, die das PECAN-Konzept auf Bewohner*innen mit Kontraktur einnimmt, erfordert von den Beteiligten häufig eine Änderung der eigenen Perspektive auf die Bewohner*innen, das Alter, das Altwerden und den Aspekt der Teilhabe in stationären Pflegeeinrichtungen. Darauf kann sich nicht jede*r Mitarbeiter*in uneingeschränkt einlassen.

Ich glaube, es gibt auch bestimmte Mitarbeiter, denen fehlt das Verständnis dafür, was kontraktursensibel zu arbeiten eigentlich wirklich im Kern bedeutet. Also da wird gedacht, ok, in meiner Pflegeplanung steht, dass ich die Gelenke durchbewege, dann arbeite ich kontraktursensibel, aber das reicht halt nicht. [...] Das fängt schon früh beim Waschen an und endet abends beim ins Bett legen. Und das ist äußerst schwierig bei manchen Leuten, die haben das eben schon immer so gemacht [...].

EKON

Das (pflegerische) Interesse an den Bewohner*innen und die Bereitschaft sich mit deren Lebensgeschichte auseinanderzusetzen, sind wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende Umsetzung des PECAN-Konzeptes.

Gespräche mit den Bewohner*innen über deren Biografie können dabei in den pflegerischen Alltag integriert werden, so dass dafür nicht unbedingt zusätzliche Zeit investiert werden muss.

[...] ja man muss halt einfach Mitarbeiter haben, die auch ein gewisses Interesse haben. Also ich denke, dass das ganz wichtig ist, [...] nicht einfach nur irgendwelche Prophylaxen umzusetzen, man muss halt wirklich über die Bewohner was wissen und die Zeit muss man sich halt auch nehmen, [...] auf die Bewohner einzugehen, auch was früher war und was den Bewohner ausmacht, was er gerne macht. Das sind halt auch einfach die Voraussetzungen, dass die Mitarbeiter mitmachen, dass sie das wollen, dass es sie interessiert, weil ansonsten, funktioniert es nicht.

EKON

Und das haben die (Pflegenden) viel wahrgenommen und die waren auch interessiert. Man hat schon gemerkt, dass die wirklich dann bei der Grundpflege oder auch beim Essen, bei ganz einfachen Hilfestellungen sich wirklich mehr für die Bewohner in dem Sinn interessiert haben, was früher war, was die Bewohner gerne gemacht haben, was die Bewohner interessiert und haben das eigentlich dann auch wirklich gerne mit eingebunden.

EKON

Motivierte und engagierte Mitarbeiter*innen fungieren als eine ganz wesentliche Unterstützung für die verantwortlichen Multiplikator*innen. Denn die eigene Motivation hat einen zentralen Einfluss auf das Gelingen der geplanten PECAN-Maßnahmen.

Wir hatten das Glück, dass unsere Mitarbeiter SOFORT eingestiegen sind. Es gab nie irgendwie Rückschläge. Das hat sich alles so verselbstständigt irgendwie bei uns in der Einrichtung.

EKON

Naja es hat eine Zeit gedauert bis die Mitarbeiter da umgeschwenkt sind und da positiv dazu standen und so. Und ich habe auch erst gedacht das bringt eh nichts.

EKON

Unser Tipp:

Bleiben Sie am Ball und achten Sie darauf, stets die Heim-/Pflegerdienstleitung „mit ins Boot zu holen“. Jahrelange Pflege„rituale“ lassen sich oft nur mit Hilfe von Leitungspersonen aufweichen!

Bedenken Sie, dass es erst einmal eine Anlaufphase braucht, damit die Kolleg*innen sich mit dem Konzept vertraut machen können.

Dies gelingt besonders gut, wenn alle im Team berufsgruppenübergreifend eingebunden werden und bei regelmäßigen Besprechungen besonders auch Vorbehalte und Probleme bei der Umsetzung diskutiert sowie gemeinsam Ideen gesammelt und neue Maßnahmen geplant werden.

Versuchen Sie Kolleg*innen eher praktische Hinweise zu geben, mit welchen Kleinigkeiten Routinen verändert werden könnten.

Durch zu viele Informationen und theoretische Inhalte entsteht schnell eine Überforderung.

Persönlichkeit der Bewohner*innen

Nicht nur die Einstellung der Pflegenden hat einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg von Maßnahmen, sondern auch die Persönlichkeit der betroffenen Bewohner*innen. Rückschläge, bspw. durch Desinteresse von Bewohner*innen an neu entwickelten Maßnahmen oder durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sind kaum zu vermeiden.

[...] weil dann bei vielen Leuten ganz einfach die Interessen dann doch nicht da waren. Aber man hat es zumindest mal versucht und wie gesagt, unterm Strich, wenn der Bewohner es nicht möchte, dann muss ich sagen, sind mir sowieso die Hände gebunden.

EKON

Der Bewohner kann sich alleine anziehen, er kann alleine vorfahren und er hätte halt auch immer gerne, dass er geschoben wird – unsere Azubis machen es immer ganz gerne mal und wir sagen dann immer „Nein, er kann alleine fahren.“ Auch wenn er dafür einfach mehr Zeit braucht, aber er kann es.

Pflege

Andererseits kann die positive Einstellung der Bewohner*innen, deren Erfolge und Begeisterung auch die Motivation von allen an der Versorgung beteiligten Personen beflügeln.

Aber bei Fr. S. war es eigentlich mit am Schönsten. Die wollte gern wieder Fußball spielen – das war so, ich habe gefragt: „Was möchtest du mal noch machen, worauf hast du so richtig Lust, was so mit Bewegung und Sozialer Teilhabe zu tun hat?“ Und da hat sie zu mir gesagt, sie möchte gerne Fußball spielen und mit einer Gondel fahren. „Was ein Boot hier? Also das können wir jetzt nicht so gut machen,“ sag ich, „aber den Fußball das bekommen wir hin!“ Und sie war voll dabei, voller Leidenschaft.

EKON

Bei uns ist es bei der Fr. B. so, dass die täglich diesen Kalender eben abreißt und da [...] sage ich in meiner Runde sowieso immer das Datum, und schau dann auch immer auf diesen Kalender und sie kriegt das auch mit und da ist sie stolz drauf.

Betreuung

Ansonsten haben wir jetzt viel Wert darauf gelegt, [...] die Spaziergänge, weil das eigentlich immer kam bei den Bewohnern: „wir möchten raus, wir möchten einfach mal diese 4 Wände hier verlassen“. Sodass wir jetzt forciert Spaziergänge mit den Bewohnern machen und da bekommt man natürlich ein ganz tolles Feedback, mit so wenig, eigentlich mit wirklich so wenig.

EKON

Unser Tipp:

Geben Sie sich nicht gleich mit ablehnenden Worten von Bewohner*innen zufrieden. Ermutigen Sie diese ruhig, einmal was Neues auszuprobieren.

Oftmals sind Bewohner*innen anfangs irritiert und brauchen etwas Zeit, um sich mit neuen Routinen und Angeboten zu arrangieren. Unsere Erfahrungen zeigen aber, dass sich diese „Irritationen“ schnell geben und die Bewohner*innen die alten, ritualisierten Angebote nicht vermissen.

Wichtig bei der Planung und Ausgestaltung neuer Angebote ist, dass sie sich an der (früheren) Lebenswelt der Bewohner*innen orientieren und sinnstiftend sind.

Statt „dauerbeschäftigt“ zu sein, sollen Bewohner*innen Aktivitäten vorfinden, die ihre Hobbys und Interessen aufgreifen.

Bereits vermeintliche Kleinigkeiten können sich sehr positiv auf das Wohlbefinden und Selbstbild der Bewohner*innen auswirken.

Unterstützung und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Fehlende Unterstützung und Zusammenarbeit gefährden den Umsetzungserfolg massiv. Zum Beispiel erschweren desinteressierte Mitarbeiter*innen und Kolleg*innen im Team die Planung und konsequente Umsetzung von PECAN-Maßnahmen.

Genau und, wie gesagt, Grenzen sehe ich so keine außer natürlich, wenn die Mitarbeiter da kein Interesse zeigen oder nicht mitmachen. Wenn dann muss halt ein ganzes Team mitmachen. Dann funktioniert es, ansonsten wird es schwierig.

EKON

Das war [...] rückblickend ein beschwerlicher Weg. Wir haben festgestellt, wir mussten uns immer wieder hintenanstellen und schieben, weil ganz einfach auch die Kollegen permanent auch die Aktivierung brauchten. Das haben wir vor, das haben wir mit dem Bewohner besprochen, bleibt da bitte dran, setzt es mit um.

EKON

[...] zwei Stunden oder eine Stunde mobilisiert werden soll, das lohnt sich halt nicht, fertig. Also solche Aussagen, das ist doch bitter. Für den Bewohner bedeutet diese Stunde die Welt. Nein, lohnt sich eben nicht.

EKON

[...] die reden alle maximal, es handelt aber keiner. [...] Reden können sie alle, aber mal einfach tatkräftig sein, kommt bei uns zu kurz [...]. Na das ist aber ein Motivationsding.

EKON

Ebenso unerlässlich ist die Unterstützung seitens der Heimleitung.

Fehlt hier der Rückhalt und die Befürwortung von Maßnahmen, die im Rahmen des PECAN-Konzeptes umgesetzt werden sollen, ist es für die Multiplikator*innen

nahezu unmöglich, PECAN erfolgreich in der Einrichtung zu implementieren.

Nein wir haben eigentlich alle von Anfang an in einem Boot gesessen, ob jetzt die Leitung, die Therapeuten, Kollegen, die haben alle an einem Strang gezogen.

EKON

Die Ärzte waren sehr motiviert, sehr dankbar, aber wir haben sehr empathische moralische Ärzte sag ich jetzt mal, die eigentlich schon Interesse an ihren Bewohnern haben. Die wollen jetzt nicht nur den Reibach machen. Das hat schon geholfen und wir haben sehr gute Therapeuten in der Einrichtung.

EKON

Und da ging es [...] auch darum [...], was man für die [Bewohner] Gutes tun kann. Zum Beispiel bei mir war die eine, [die] hat sich gewünscht, dass sie Massagen bekommt [...] und das [hat] [...] die Frau (EKON) dann an mich herangebracht, weil ich muss das ja mit dem Hausarzt abklären und dann wurde [...] ein Rezept ausgestellt, dass sie [...] ihre Massagen bekommt und das hat ihr [...] sehr gut getan.

Pflege

[...] mein Empfinden jetzt, bei uns im Wohnbereich [...], da läuft das ja eigentlich sehr gut, wo eben die Physio, wo alle Therapeuten mit eingebunden sind [...]

Betreuung



Unser Tipp:

Für eine umfassende und konsequente Umsetzung des PECAN-Konzeptes in Ihrer Einrichtung sind folgende Aspekte entscheidend:

Das Engagement der Leitungsebene!

Vor allem die kontinuierliche Information der Heim- / Pflegedienstleitung über aktuelle und anstehende Aktivitäten fördert das Engagement und gemeinsam getragene Entscheidungen die Akzeptanz bei anderen Mitarbeiter*innen.

Unterstützung durch andere Mitarbeiter*innen!

Beziehen Sie andere Mitarbeiter*innen (auch anderer Berufsgruppen) bewusst in die Ideenfindung und die Umsetzung von Maßnahmen ein. Dazu ist eine gezielte Information anderer (auch externer) Berufsgruppen über das PECAN-Konzept unerlässlich.

Oft müssen auch (neue) Strukturen der interdisziplinären Zusammenarbeit angebahnt werden, um eine Unterstützung durch andere Berufsgruppen wie bspw. Therapeut*innen zu ermöglichen.

Kontinuierliche Erinnerung und Motivation zur Umsetzung!

Die Verantwortlichen für das PECAN-Konzept müssen stetig Impulse geben und den Prozess am Laufen halten, bspw. durch

- die Einrichtung einer „Sprechstunde“ (wann, wo und für wen ist die*der PECAN-Verantwortliche im Haus erreichbar)
- das Einbringen von PECAN-Aspekten in bereits etablierte oder neu geschaffene Besprechungsstrukturen (z. B. Wohnbereichs-, Fallbesprechung, Arbeitsgruppe)
- gezielte Information und Beratung für alle Beteiligten zu Fragen teilhabefördernder, kontraktursensibler Pflege (auf Anfrage, aber auch gezielt an die Interessensgruppen herangetragen).

Strukturen und Kommunikationswege

Auch einrichtungsinterne Strukturen und Kommunikationswege, welche eng mit dem Thema Unterstützung und interdisziplinäre Zusammenarbeit verknüpft sind, beeinflussen den Erfolg von PECAN.

Wir hätten die Ressourcen zum Teil, aber sie werden nicht genutzt, einfach weil wie gesagt, es fehlt der rote Faden bei uns. Bei uns macht jeder, was er will.

EKON

Weil unter dem Monat fällt uns wahnsinnig viel auf, [...], wo du sagst, „Mensch, bei der nächsten Teambesprechung dann machen wir das.“ und dann ist der auch gerade nicht da, weil er frei hat, und dann wird nicht mehr darüber geredet und dann ist das irgendwann weg [...] und deswegen finde ich das schon

wichtig, gerade bei so einem Konzept. Denke ich mir schon, es wäre machbar, wenn man es ordentlich organisiert und jeder Bescheid weiß, der damit zu tun hat.

Pflege

[...] es muss ganz klar ins Team kommuniziert werden und ein Stück weit darauf bestanden werden, so und so sind die Regeln, so und so handhaben wir das und das kommt bei uns zu kurz und das ist schade.

EKON

Die Einführung von PECAN kann sich positiv auf die Kommunikationsstrukturen auswirken.

Also Kommunikation war eigentlich das A und O. Und das war ja davor bei uns im Haus nicht so. Und durch dieses Konzept ist einfach ganz viel geredet worden, besprochen worden und dadurch hat das einfach dann alles viel besser funktioniert.

EKON

Unser Tipp:

Für eine umfassende und konsequente Umsetzung des PECAN-Konzeptes in Ihrer Einrichtung sind folgende Aspekte entscheidend:

Definition von Zielen und Erfolgskriterien

- ▶ Was möchte ich erreichen? Wo sind die Schwerpunkte?

Vorhandene Ressourcen nutzen

- ▶ Welche Strukturen bestehen und funktionieren?

Kommunikationswege und Zuständigkeiten klar formulieren und transparent machen

- ▶ Wer trägt die Gesamtverantwortung?
- ▶ Wer ist Ansprechpartner*in bei Unklarheiten?
- ▶ Wo bekomme ich welche Informationen? Wer gibt Informationen weiter?
- ▶ Wer kontrolliert Prozesse und Abläufe?

Schlüsselpersonen benennen und Kommunikationswege aufzeigen

- ▶ Wie erfolgt Austausch (z. B. runde Tische, Gremien, Arbeitsgruppen)?

Medien und Informationskanäle gezielt einsetzen

- ▶ Welche Medien stehen zur Verfügung (z. B. Newsletter, E-Mail, Aushang)?

Alle Beteiligten gezielt einbinden und Schnittstellen offen legen

- ▶ bewusst verschiedene Ebenen ansprechen: Bewohner*in und Angehörige, Wohnbereich, Einrichtung, Träger
- ▶ Wie funktioniert der Austausch über diese Ebenen hinweg?

Evaluation von Erfolgskriterien

- ▶ War meine Strategie erfolgreich? Wurden die gesetzten Ziele erreicht?

Erlebte Veränderungen

Ein sehr wichtiger Förderfaktor, vor allem für eine dauerhafte Einführung und Umsetzung des PECAN-Konzeptes, sind positive Veränderungen, die bei den Bewohner*innen, aber auch in der Einrichtung erlebt werden. Erfolgreich durchgeführte Maßnahmen beflügeln alle Beteiligten und spornen zur Umsetzung weiterer Ideen an.

Und die strahlen halt auch richtig, wenn du hinzukommst und die lobst. Du läufst über den Wohnbereich und da kommt dir da einer entgegen, wo du sagst „ach Mensch vor einem halben Jahr wäre das noch nicht möglich gewesen“ und dann machst du Smalltalk und lobst ihn dabei.

EKON

Der eine davon (Bewohner) ist mit seiner Frau hier und ja der geht jetzt mit seiner Frau regelmäßig wieder spazieren und alles. [...] Also er konnte es ja davor auch mit der Mobilität, man wusste nur nicht, hat er Schmerzen oder will er einfach nicht, aber das geht jetzt mittlerweile auch wieder seitdem man einfach Sachen gefunden hat, wo man weiß, die interessieren ihn, dafür kann man ihn begeistern, kommt er auch wieder mehr aus sich raus und geht auch raus aus dem Zimmer [...]

EKON

[...] ja also bei Frau R. zum Beispiel, die kann ihr Unterhemd jetzt zum Beispiel auch selber ausziehen, bis jetzt hat sie immer Hilfe gebraucht, normalerweise, das ist mir schon aufgefallen in den

letzten Wochen, dass das jetzt alleine geht, also mit Arme heben im Endeffekt und so auf Maßnahmen reagieren. Beide, also Frau S. und Frau R., [...] reagieren eigentlich sehr gut und nehmen es auch gerne an im Endeffekt.

Pflege

Halbseitig gelähmt und er läuft jetzt am Dreistock. Ich meine jetzt keine großen Strecken aber kleine Strecken und das ist, für ihn ist das schon ein Stück Lebensqualität, ja. Und er ist da auch stolz auf sich, das sieht man richtig.

Pflege

[...] die Frau S. ist dann sowieso zwischenzeitlich zur Gartengruppe dazu gegangen, da ist sie [...] aufgeblüht, [...] sie ist ja sowieso auch recht fröhlich gewesen [...], da war sie bei der Gartengruppe dabei und war da sehr ausgefüllt auch.

Betreuung

Denen gefällt das viel, viel besser, dass diese Gruppen jetzt einfach kleiner und individueller sind. Dass besser geschaut wird, wer passt zusammen. Und nicht mehr diese extrem großen Gruppen gemacht worden sind. Dass einfach mehr auf den Einzelnen eingegangen werden kann.

EKON

Ich finde [...] bei dem Bewohner, zum Beispiel, wurde der Lebensmut RICHTIG aktiviert.

EKON

Fazit

Nach Abschluss unseres Forschungsprojektes JointConEval können wir feststellen, dass in den Einrichtungen der Interventionsgruppe viele Maßnahmen im Sinne des PECAN-Konzeptes geplant und umgesetzt werden konnten (siehe bspw. Kapitel Maßnahmen auf Individualebene: *Maßnahmen planen*, S. 41, *Fallbeispiele aus dem Projekt – Best Practice*, S. 46 sowie Maßnahmen auf Organisationsebene: *Maßnahmen planen*, S. 50, *Fallbeispiele aus dem Projekt – Best Practice*, S. 57). Während unserer kontinuierlichen Begleitung der Interventionsheime bei der Umsetzung von PECAN wurde uns immer wieder von erlebten Verbesserungen der Aktivität und Teilhabe bei den Bewohner*innen berichtet. Auch Maßnahmen auf der Organisationsebene konnten erfolgreich umgesetzt werden.

Aufgrund unserer Erfahrungen im Projekt sprechen wir uns für eine Umsetzung des PECAN-Konzept aus, denn:

- das Konzept führt nicht zu unerwünschten Effekten (wie bspw. vermehrten Stürzen)
- es ist eine sichere Anwendung möglich
- es gibt viele Vorteile und positive Erfahrungen, z. B.:
 - Verbesserung der (inter)disziplinären Zusammenarbeit
 - Optimierung von Arbeitsprozessen
 - Sensibilisierung des Personals und
 - Begeisterung bei den Bewohner*innen

Die erfolgreiche Umsetzung des PECAN-Konzeptes hängt dabei ganz wesentlich vom Engagement der Leitungsebene und der beteiligten Berufsgruppen ab und kann durch regelmäßige interdisziplinäre Fallbesprechungen und die Einbindung von PECAN-Aspekten in reguläre Besprechungen gefördert werden.

*Wichtig ist nicht, wie wir uns bewegen,
sondern was uns bewegt.*

Trudi Schoop



Danksagung

In den letzten Jahren haben wir mit vielen Menschen zusammengearbeitet, ohne die der erfolgreiche Abschluss unserer Forschungsprojekte und die Erstellung dieses Handbuchs nicht möglich gewesen wären. All jenen wollen wir an dieser Stelle von Herzen danken!

Kooperationspartner*innen

Unser besonderes Dankeschön für die Studienteilnahme und wertvolle Zusammenarbeit gilt allen Alten- und Pflegeheimen der Regionen Halle (Saale)/Leipzig und Südostbayern, die uns als Kooperationspartner*in im Projekt JointConEval unterstützt haben, und ohne die die Durchführung des Projekts nicht möglich gewesen wäre. Vor allem unseren Multiplikator*innen (EKONs), den mitwirkenden internen und externen Berufsgruppen, den teilnehmenden Führungskräften sowie allen Bewohner*innen sowie deren Angehörigen gilt unser großer Dank, da Sie alle das Projekt entscheidend geprägt haben.

Projektmitarbeiter*innen und Unterstützer*innen

Ein ganz besonderer Dank gilt unseren Study Nurses Frau Doreen Grund und Juliane Friedrichs, die im Rahmen des Projekts für die praktische Begleitung der Pflegeeinrichtungen im Studienzentrum Halle zuständig waren und diese mit Rat und Tat bei Fragen und Problemen hinsichtlich der Umsetzung des PECAN-Konzeptes unter-

stützt haben. Egal ob per E-Mail, Telefon oder auch direkt vor Ort – sie waren immer gerne ansprechbar und haben die Einrichtungen an jeden Termin, ausstehende Fragebögen oder Dokumente erinnert.

Darüber hinaus möchten wir uns bei den Pflegeexpertinnen Prof. Dr. Gabriele Bartoszek und Prof. Dr. Angelika Zegelin für ihre wertvolle Unterstützung und innovativen Impulse im Rahmen der Peer-Mentor-Besuche in den Pflegeeinrichtungen bedanken. Ihren unvoreingenommenen Blick „von außen“ auf die vorgestellten Bewohner*innen und Einrichtungssituationen haben wir sehr geschätzt und daraus wertvolle Anregungen für die weitere Studiendurchführung gewonnen.

Für die wissenschaftliche Begleitung des Projekts danken wir PD Dr. Eva Mann-Baldauf, Prof. Dr. Michel Bleijlevens sowie Prof. Dr. Sascha Köpke, welche als Mitglieder des Advisory Boards uns vor allem im Zuge der Konzeptentwicklung und Studienplanung unterstützt haben.

Ein großer Dank gilt auch unseren wissenschaftlichen und studentischen Hilfskräften Kathleen Rechlin und Tatjana Landenberger (Studienzentrum Halle) sowie Christina Heldt, Jasmin Luksch und Lisa Herzog (Studienzentrum Rosenheim) für deren tatkräftige Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung von Schulungen, Datenerhebungen und im Zuge der Datenaufbereitung sowie Frau Rechlin für die Unterstützung bei der Erstellung des Handbuchs.

Auch Manuela Friede gilt unser herzliches Dankeschön für die kritische Kontrolle und Korrektur des Manuskriptes für dieses Handbuch.

Literaturverzeichnis

Atchley, R. C. (1971). *Retirement and leisure participation: Continuity or crisis?* *The Gerontologist*, 11 (1), 13–17.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1989). *Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns.* *Zeitschrift für Pädagogik*, 35 (1), 85–105.

Bartoszek, G., Meyer, G. & Thiesemann, R. (2014). *Gelenkkontrakturen in Lehr- und Fachbüchern für die Pflege.* *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47 (1), 35–50.

Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* 3., überarb. u. erg. ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Beyer, A.-K., Wurm, S. & Wolff, J. K. (2017). *Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung.* In: Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.). *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS).* *Wiesbaden: Springer*, S. 329–344.

Campbell, M. et al. (2000). *Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health.* *BMJ*; 321: 694–6.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008).

Developing and evaluation complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 337: a1655

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.* Zugriff am 01.07.2021 unter www.bit.ly/Link-ICF

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) (2011). *Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel. Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit.* Zugriff am 01.07.2021 unter www.bit.ly/DGGG-Teilhabe

Döllefeld Dialog & System (2014): *Die orthopädische Visite. Das interdisziplinäre Instrument zur Verbesserung der Mobilisierungsgrade. Ein Ansatz zur Differenzierung in Kontrakturen, Lähmungen und Spastiken.* Internes Dokument. Hamburg.

Ekert, B. & Ekert, C. (2010). *Psychologie für Pflegeberufe.* Stuttgart: Thieme-Verlag. Fiechter, V. & Meier, M. (1998): *Pflegeprozess.* Kassel: Recom Verlag.

Fischer, U., Bartoszek, G., Müller, M., Strobl, R., Meyer, G. & Grill, E. (2014). *Patients' view on health-related aspects of functioning and*

disability of joint contractures: a qualitative interview study based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 36 (26), 2225–2232.

Krüger, W. (2006): *Excellence in Change. Wege zur strategischen Erneuerung.* 3. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden.

Müller, M., Oberhauser, C., Fischer, U., Bartoszek, G., Saal, S., Strobl, R., Meyer, G., Grill, E. (2016). *The PaArticular Scales – a new outcome measure to quantify the impact of joint contractures on activities and participation in individuals in geriatric care. Development and Rasch analysis.* *International Journal of Nursing Studies*, 59, 107–117.

Olbrich, E. (1987). *Kompetenz im Alter.* *Zeitschrift für Gerontologie*, 20 (6), 319–330.

Repschläger, M. (2014). *Kontrakturprophylaxe in der Pflege, Physio- und Ergotherapie. Grifftechniken, Befund, Achsen, Lage- und Informationsinformationen in Bildern.* Hamburg: Diplomica Verlag.

Schomacher, J. (2005). *Physiologie der Entstehung von Gelenkkontrakturen.* *Manuelle Therapie*, 9 (2), 82–95.

Spuling, S. M., Wettstein, M. & Tesch-Römer, C. (2020). *Altersdiskriminierung und*

Altersbilder in der Corona-Krise. DZA-Fact Sheet, Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 01.07.2021 unter www.bit.ly/altersbilder

Streich, R. K. (1997). **Veränderungsprozessmanagement.** In M. Reiß, L. von Rosenstiel & A. Lanz (Hrsg.), *Change Management – Programme, Projekte und Prozesse.* Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Streich, R. K. (2016). **Fit for Leadership. Führungserfolg durch Führungspersönlichkeit.** 2., überarb. u. erw. Auflage, Wiesbaden: Springer.

Tesch-Römer, C., Vogel, C., Wettstein, M. & Spuling, S. M. (2020). **Alte Menschen sind unterschiedlich, auch in der Corona-Krise.** DZA-Fact Sheet, Deutsches Zentrum für Altersfragen. Zugriff am 01.07.2021 unter www.bit.ly/_ungleichheit

Thomae, H. (1970). **Theory of aging and cognitive theory of personality.** *Human development*, 13 (1), 1–16.

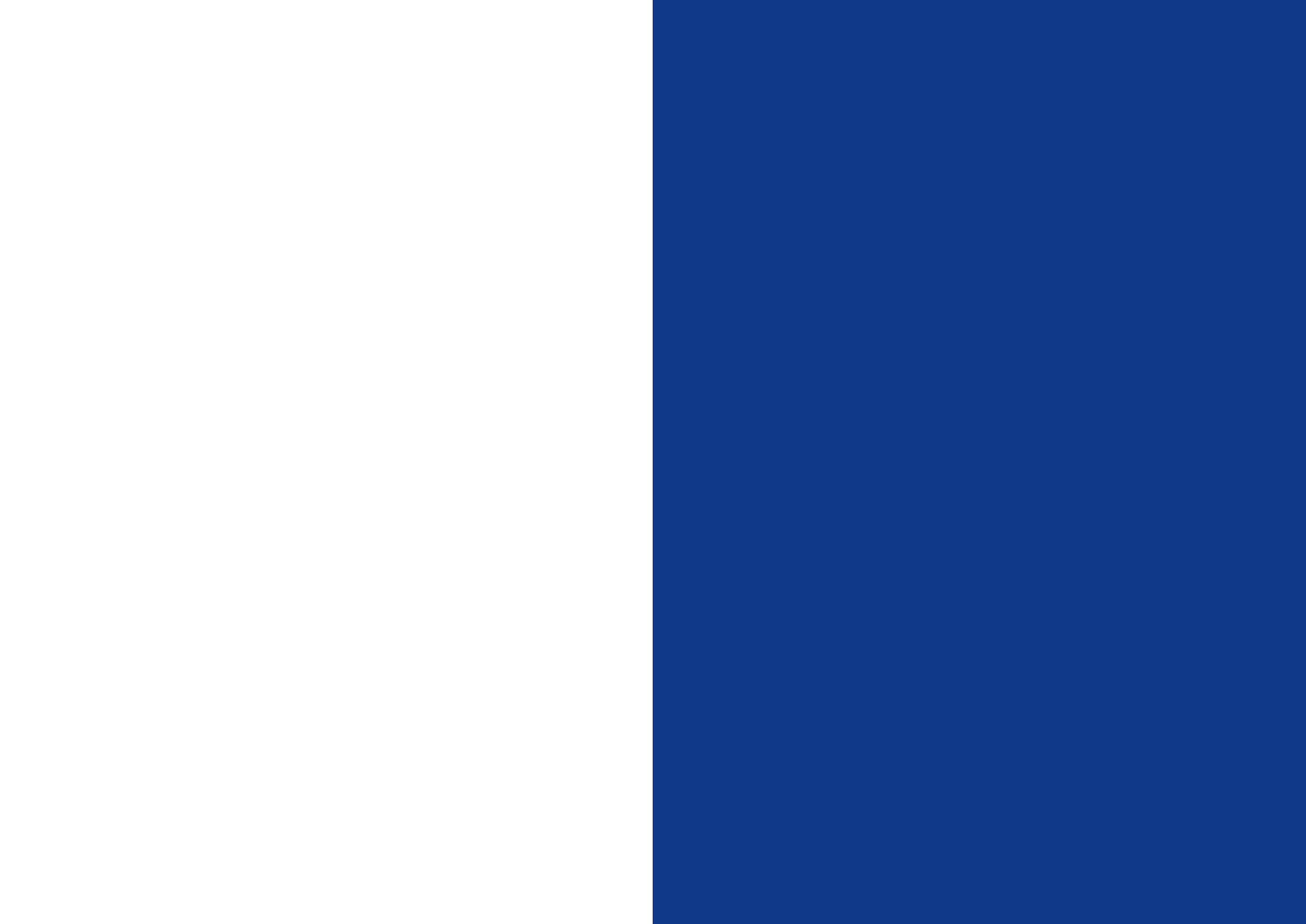
WHO (World Health Organization) (1946). **Preamble to the Constitution of the World Health Organization**

Zugriff am 01.07.2021 unter www.bit.ly/verfassungWHO

WHO (World Health Organization) (2001). **International classification of functioning, disability and health: ICF.** ISBN: 92-4-154542-9, Eigenverlag.

Yip, B., Stewart, D. A. & Roberts, M. A. (1996). **The prevalence of joint contractures in residents in NHS continuing care.** *Health Bulletin*, 54 (4), 338–343.

Zegelin, A. (2013): **Auf die Füße stellen.** *Altenpflege* 38(5), 33–37.





MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

Technische
Hochschule
Rosenheim

