

Gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen



Pur Vital Seniorenpark
Alztal in Garching



Pflegeoase Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching a. d. Alz

Eine Evaluationsstudie, durchgeführt vom
Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien
Jürgen Dettbarn-Reggentin M.A.
Heike Reggentin Dipl. Pol.



Foto: ISGOS

Festhalten,

was verbindet.
Bayerische Demenzstrategie

Schlussbericht
Berlin 31. März 2010

Inhaltsverzeichnis

1.0 Zusammenfassung	6
2.0 Einleitung	10
2.1 Stand der Forschung	11
2.2 Lebensqualität	14
2.3 Die Pflegeoase	15
2.4 Begriff Pflegeoase	16
3.0 Die Idee zur Entwicklung einer Pflegeoase im Pur Vital Seniorenpark Alztal.....	18
3.1 Die Pflegeoase – im Pur Vital	19
3.2 Personelle Ausstattung in der Pflegeoase	23
3.3 Zielgruppe und Bewohnerkriterien für die Pflegeoase	24
3.4 Psychosoziale Betreuungsleistungen und Therapien	25
4.0 Evaluationsziel und Konzept der Begleitforschung	27
4.1 Das Konzept der Lebensqualität (Personen-Umwelt-Transaktion)	27
4.2 Forschungsziel, Untersuchungsfragen	29
5.0 Methodik	30
5.1 Instrumentarien für die Befragung der Bewohnerinnen	31
5.2 Instrumentarien für die Befragung der Pflegekräfte	32
5.3 Studiendesign	33
5.4 Gesamtstichproben.....	34
6.0 Ergebnisse.....	37
6.1 Bewohnerinnen.....	37
6.2 Erlebte Lebensqualität.....	39
6.3 Nicht-kognitive Symptome	43
6.4 Störendes Verhalten	45
6.5 Zusammenfassung: Verhaltenskompetenz.....	46
7.0 Subjektives Erleben der Bewohnerinnen	48
7.1 Sozialkontakte	48
7.2 Stimmung	54
7.3 Therapien	59
7.4 Zusammenfassung subjektives Erleben	64
8.0 Personal	67
8.1 Durchführung der Studie.....	67
8.2 Erwartungen und Motive der Pflegekräfte.....	68
8.3 Belastungen durch problematisches Verhalten (Verhaltensstörungen)	70
8.4 Belastungen durch körperliche Beschwerden.....	71
8.5 Bedingungsbezogene Stressoren.....	72
8.6 Einschätzung der Zusammenarbeit und Belastungen	72

8.7	Bewohnerbezogene Anforderungen	73
8.8	Einstellungen gegenüber Bewohnerinnen	74
9.0	Angehörige	78
9.1	Zustimmung	78
9.2	Einschätzung	78
10.0	Bauliche Voraussetzungen und Gegebenheiten.....	80
10.1	Außenanlage	83
11.0	Einschätzung der Pflegeoase durch die Leitung des Hauses.....	86
12.0	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	88
12.1	Diskussion der Ergebnisse	88
12.2	Dimension kognitive und nicht-kognitive Symptome.....	89
12.3	Dimension Verhaltenskompetenz und Physis.....	89
12.4	Dimension subjektives Erleben, Emotionen.....	90
12.5	Dimension räumliche Umwelt	90
12.6	Pflegeoasen in Deutschland und Pflegeoase im Pur Vital Garching	91
12.7	Leitfaden zur Entwicklung und Umsetzung eines Pflegeoasenkonzeptes	96
13.0	Literatur	100

Tabellenverzeichnis

1	Übersicht der eingesetzten Verfahren	31
2	Stichprobenbeschreibung der Ausgangsstichprobe der Bewohnerinnen... 35	
3	Mitarbeiterinnen der Pflegeoase	35
4	Bewohnerinnen der Oase und der Kontrollgruppe.....	38
5	Bewohnerinnen der Kontrollgruppe	39
6	Neuropsychiatrisches Inventar im Vergleich Oase und KG	44
7	Positive Emotionen Qualid im Vergleich	57
8	Negative Emotionen Qualid im Vergleich	58
9	Stichprobe Personal	67
10	Erwartungen und Motive im Verlauf bei den Pflegekräften	69
11	Emotionale Belastungen durch Verhaltensstörungen der Bewohnerinnen.....	70
12	Auswirkungen körperlicher Belastungen bei den Pflegekräften.....	71
13	Pflegeschlüssel.....	75
14	Zusammenstellung Daten Pur Vital – Pflegeoase und ISGOS-Mindeststandards	84
15	Stichprobe aller Oasen und Kontrollgruppen	92
16	NOSGER Stimmung im Vergleich Oasen und Kontrollgruppen.....	92
17	NOSGER soziales Verhalten in Vergleich Oasen und Kontrollgruppen	93
18	NOSGER störendes Verhalten, Vergleich Oasen und Kontrollgruppen	93

Abbildungsverzeichnis

1	Grundriss Pflegeoase	19
2	Pflegeoase Gemeinschaftsraum mit Liegesesseln	20
3	Terrasse	21
4	Brunnen auf der Terrasse.....	21
5	Blick in den Gemeinschaftsraum	21
6	Blick in den hinteren Teil der Oase	21
7	Blick auf das Wasserbett	22
8	Blick in den Schlafbereich.....	22
9	Blick in den Gemeinschaftsbereich mit Arbeitsplatz	22
10	Schmerzempfinden Oase und Kontrollgruppe im Längsschnitt	40
11	Schmerzempfinden bei den Einzelbewohnerinnen der Oase und Kontrollgruppe prä und post	42
12	Störendes Verhalten im Vergleich Oase und KG.....	45

13	NPI Mittelwerte Vergleich Oase und KG, alle Oasen.....	47
14	Nimmt (Blick-)Kontakte mit Personen in der Umgebung auf, im Vergleich Oase und KG	50
15	Nimmt Anteil an den Vorgängen in der Umgebung, im Vergleich Oase und KG	51
16	Wirkt im Kontakt mit Angehörigen oder Freunden freundlich und positiv, im Vergleich Oase und KG	51
17	Sozialverhalten im Verlauf Oase und KG	52
18	Sozialverhalten im Verlauf Oase und KG, Einzelbewohnerinnen	53
19	Stimmung im Verlauf Oase und KG, Einzelbewohnerinnen.....	54
20	Stimmung im Verlauf Oase und KG, Mittelwerte	55
21	Emotionales Erleben im Vergleich Oase und KG, mit AARS.....	56
22	Emotionales Erleben im Vergleich Oase und KG, mit Qualid	58
23	Taktile Stimulation mit Tastkarte.....	60
24	Taktile Stimulation mit Steinen	60
25	Klangbaum	61
26	Klavierübungen.....	62
27	Sehr enge Verbundenheiten der Oasenbewohnerinnen.....	65
28	Sehr enge Verbundenheiten der Kontrollgruppenbewohnerinnen	66
29	Verteilung der Pflege- und Betreuungszeit, Pflegeoase	76
30	Verteilung der Pflege- und Betreuungszeit, Kontrollgruppe	76
31	Grundriss Pflegeoase	80
32	Lichtkonzept der Fa. Zumtobel	81
33	Sternenhimmel über Bewohnerbetten	82
34	Raumgestaltung mit farblicher Hervorhebung	82
35	Terrassennutzung.....	84
36	Gemeinschaftsbereich	85
37	Blick in den Gemeinschaftsbereich.....	85
38	Klangspiel auf der Terrasse.....	85
39	Außenbereich Terrasse	85
40	NOSGER Stimmung im Vergleich	94
41	NOSGER Sozialverhalten im Vergleich	94

1.0 Zusammenfassung

Die Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Menschen stellt mit der Verbreitung demenzieller Erkrankungen hohe Ansprüche an deren Versorgung. Seit den 1990er Jahren wurde bereits mit der Umsetzung der „besonderen Dementenbetreuung“ in Hamburg, Baden-Württemberg und teilweise auch in Berlin aber mehr noch durch eine Umstellung der Pflegeorganisation auf Wohn- und Hausgemeinschaften eine qualitative Wende eingeleitet, die stärker das Gemeinschaftsleben und das Erlebnis des Wohnens in den Vordergrund rückte. Die Ausrichtung der Pflege auf das „Normalitätsprinzip“ betonte zugleich den Selbstbestimmungsgedanken des pflegebedürftigen Bewohners, selbst bei schwerster Erkrankung. Die Bewohner und Bewohnerinnen wurden stärker als individuelle Menschen mit Fähigkeiten und eigener Biografie angesehen und die Betreuung stellte vorrangig ihre Ressourcen in den Vordergrund. Seit einigen Jahren scheint jedoch eine Weiterentwicklung dieser Konzepte notwendig zu werden.

Die Alterung der Gesellschaft hat zur Folge, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter und somit auch das Risiko an einer Demenz zu erkranken erreichen. Von den demenziell Erkrankten erleben auch immer mehr Menschen das Schwerststadium. Die stationären Einrichtungen weisen gerade im Schwerstpflegebereich vermehrt Bewohnerinnen und Bewohner auf, die nicht nur somatisch sondern auch schwerst an Demenz erkrankt sind. Eine gemeinsame Betreuung mit anderen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern ist dann nur ansatzweise gegeben. Die Betroffenen verbringen die meiste Zeit des Tages in ihrem Zimmer und nach Ansicht vieler Beobachter und Beobachterinnen sind sie häufig isoliert von sozialen Kontakten.

Eine Verbesserung der Lebenssituation würde bei gleich bleibenden personellen Voraussetzungen nur durch eine Änderung der Betreuungsform geschaffen werden können und hier setzt die Konzeption der Pflegeoase an. Im Pur Vital Seniorenpark Alztal wurden daher in einem Wohnbereich Bewohnerzimmer baulich zusammengeführt, um acht Bewohnerinnen¹ ein differenziertes Wohnleben entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen zu bieten. Die Räume wurden zum Teil zu einem Wohn-Lebensbereich ohne trennende Wände umgestaltet. Ein weiterer Teil der verfügbaren Räume wurde so organisiert, dass mit Raumteilern wie Schiebetüren, leichten Stellwänden oder einer Falttür ohne Aufwand über eine individuelle Rückzugsmöglichkeit verfügt werden kann.

Somit wurde mit der Umsetzung des Versorgungskonzeptes „Pflegeoase“ ein Lebensraum für acht Bewohnerinnen konzipiert, der von ihnen Tag und Nacht gemein-

¹ Wir verwenden im Weiteren für die gesamte Darstellung den Begriff Bewohnerinnen, da es sich bei den Menschen in Pflegeheimen überwiegend um Frauen handelt, wie auch in den Oasen. In einigen Ausnahmen verwenden wir die Begriffe Bewohner und Bewohnerinnen.

sam bewohnt wird. Als Mehrpersonenraum, unter dem Namen Pflegeoase geführt, soll das hier gestaltete soziale, pflegerische und räumliche Umfeld eine Verbesserung des Wohlbefindens der Bewohnerinnen bewirken.

Das gemeinsame Merkmal der Bewohnerinnen liegt in der völlig eingeschränkten Mobilität sowie in einer demenziellen Erkrankung im Schwerststadium.

Schon zuvor setzte der Pur Vital Seniorenpark Alztal eine Hausgememeinschaft und eine Wohngruppe in seiner Einrichtung um und schuf damit auch einen neuen pflegfachlichen Schwerpunkt. Im Jahr 2009 entstand in der Einrichtung das Konzept der Pflegeoase für Menschen mit fortgeschrittener Demenz und erheblich eingeschränkter Mobilität.

Die Erwartungen an die Pflegeoase lagen in der Verbesserung der sozialen Situation, da befürchtet wurde, dass die Einzelzimmerbetreuung in dieser schwierigen Lebenssituation sich negativ auf die Bewohnerinnen auswirken würde. Zudem war angenommen worden, dass eine gemeinsame Betreuung in einem Raum den einzelnen Bewohnern einen höheren Aufmerksamkeitsgrad zukommen lassen und dies sich wiederum positiv auf das Wohlbefinden der Bewohnerinnen auswirken würde.

Die Ergebnisse der Begleitforschung, durchgeführt von Januar 2009 bis März 2010 durch das Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, ISGOS Berlin, konnten für die Oasenbewohnerinnen in vielen Teilbereichen positive Effekte nachweisen, die sich von denen einer Kontrollgruppe im Einzelzimmer deutlich abhoben.

Die Unterschiede zwischen der Betreuung im Einzelzimmer und der Pflegeoase fallen in den gesundheitsbezogenen Werten dagegen nur gering aus. Einflüsse auf Krankheitsverläufe wurden nicht beobachtet.

Vorteile der Versorgungsform Pflegeoase liegen im Wesentlichen in der Förderung der Wahrnehmung von Umweltkontakten. Damit wird den Bewohnerinnen die Gelegenheit zu sozialem Erleben ermöglicht.

Das konnte in der Pflegeoase im Pur Vital bestätigt werden. Das Erleben sozialer Kontakte hat wiederum nachweislich positive Effekte auf die Stimmung und das emotionale Erleben ausgelöst. Im Vergleich zu den Bewohnerinnen einer Kontrollgruppe in Einzelzimmern fielen die Effekte deutlich günstiger aus, was sich insgesamt auch im offeneren Sozialverhalten der Bewohnerinnen in der Pflegeoase widerspiegelte.

Alle in die Beobachtungen einbezogenen Bewohnerinnen der Pflegeoase wie auch der Kontrollgruppe weisen individuelle Unterschiede auf und so können im Einzelfall auch Bewohnerinnen aus der Kontrollgruppe in Teilbereichen vergleichbare Ergebnisse wie in der Pflegeoase erzielen.

Die beobachteten und gemessenen Werte in der Pflegeoase im Pur Vital Seniorenpark Alztal weisen einen positiven Einfluss des Milieus der Pflegeoase auf, der bisher auch in anderen vom ISGOS begleiteten Oasen beobachtet worden ist, wenn auch nicht ganz in diesem Ausmaß. Diese Vorteile blieben trotz abnehmender Tendenz im selben Abstand gegenüber den Bewohnerinnen der Kontrollgruppe im Einzelzimmer auch im Zeitverlauf erhalten.

Das Erleben positiver Effekte ist auf den Einfluss verschiedener Faktoren zurückzuführen, deren Beachtung maßgeblich zu einer Steigerung des Wohlbefindens der Bewohnerinnen beitragen und bei der Umsetzung einer solchen Konzeption einbezogen werden sollte:

Umweltfaktoren

- Es wird ein Wohn- Lebensraum mit zentralem Bezugspunkt geschaffen, zu dem sich die Bewohnerinnen eindeutig zuordnen können.
- Für jede Bewohnerin muss ein individueller Rückzugsbereich vorhanden sein.
- Das Raumprogramm enthält ein Ausweichzimmer, Bewohnerbad und einen integrierten Personalbereich.
- Die Raumgestaltung sollte unter Beachtung von Farbkonzepten, ausreichender Beleuchtung, Lüftung und Temperatur, sowie geminderter Schallreflexion vorgenommen werden.
- Die Gestaltung und Nutzung des Außenraumes sollte berücksichtigt werden.
- Die Organisationsstruktur der Pflege und Betreuung muss festgelegt sein.

Persönliche Faktoren der Bewohnerinnen

- Eine relativ homogene Zusammensetzung bezüglich der Schwere des Demenzgrades und Mobilitätseinschränkung oder vergleichbarer Krankheitsbilder hat sich bewährt.
- Die Bewohnerinnen weisen nur wenig oder keine Verhaltensauffälligkeiten auf.
- Es sollte mit allen Bewohnerinnen einer Pflegeoase eine gemeinsame Tagesgestaltung versucht werden, um Synergieeffekte zu nutzen.
- Jede Bewohnerin sollte mobilisiert werden.

Pflegefaktoren

- Eine Integration in den Wohnbereich oder die Organisation der Oase als eigener Pflegebereich ist umsetzbar.
- Ein Mix aus Bezugs- und Funktionspflege oder nur Bezugspflege ist möglich.
- Eine personelle Konstanz sollte gesichert sein.
- Der Anteil therapeutischer Intervention steigt und sollte gefördert werden.
- Die Leitung der Pflegeoase verfügt über eine pflegerische Fachlichkeit, weiteres Personal erhält Weiterbildung in Gerontopsychiatrie, Empathie sollte vorhanden sein.

- Die Gestaltung der Pflegeoase stellt die Ausbildung einer Wohngruppenkultur in den Mittelpunkt.
- Die Betreuung folgt einem milieuthérapeutisch-kommunikationsbezogenen Ansatz.

Faktor Angehörigenarbeit

- Die Einbindung von Angehörigen erfolgt wenn möglich vor der Planung.
- Die Pflege einer Angehörigenkultur mit Einbeziehung in Abläufe der Betreuung sollte angestrebt werden.
- Es herrscht eine Atmosphäre der Offenheit und Ansprechbereitschaft.
- Es werden regelmäßig Angebote an Weiterbildung, Angehörigenabende u.ä. organisiert.

Die Leitung, das Personal, die Angehörigen und nicht zuletzt die Mitbewohnerinnen bilden das soziale Umfeld jeder Bewohnerin. Das Zusammenwirken Aller hat die Pflegeoase im Pur Vital Seniorenwohnpark zu einem Wohntypus neuer Struktur für schwerstpflegebedürftige Menschen mit schwerster demenzieller Erkrankung entwickelt. Nur im Zusammenwirken aller Faktoren konnten die beobachteten positiven Effekte für das Wohlbefinden der Bewohner und Bewohnerinnen erzielt werden.

Mehrpersonenräume wie die Pflegeoase stellen eine Ergänzung der Angebotsbreite in der Versorgung Schwerstpflegebedürftiger dar. Sie sind eine Versorgungsform deren Umsetzung die Pflege vor neue Anforderung stellt.

Mit einer Spende beteiligte sich die Theo Wornland Stiftung aus München auf Empfehlung der Bayerischen Staatskanzlei an den Baukosten.

Die Begleitforschung wurde anteilig durch das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gefördert.

Bei allen Personen und Institutionen, die diese Evaluationsstudie ermöglicht haben, bedanken wir uns ganz herzlich. Unser besonderer Dank gilt jedoch der Leitung des Seniorenpark Pur Vital, der Hausleitung Frau Moser und der Wohnbereichsleitung Frau König, sowie dem Personal des Wohnbereichs „Am Mühlbach“ für die umfassend und geduldig gegebenen Informationen, ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Berlin den 31. März 2010

2.0 Einleitung

Die aktuellen Zahlen der Bevölkerungsprognose für Deutschland bis 2040¹ zeigen eine Abnahme der Gesamtbevölkerung um 9,5%, allerdings mit erheblichen Schwankungen im Vergleich der Bundesländer. So würde in Bayern der Bevölkerungsrückgang in den kommenden 30 Jahren um ca. 488.000 Personen mit 3,9% noch moderat ausfallen.

Erheblich werden sich die demografischen Verschiebungen auswirken, die mit dem Bevölkerungsrückgang verbunden sind. In diesem Zeitraum von 30 Jahren wird eine kontinuierliche Steigerung der Bevölkerungszahlen in den Altersgruppen der über 65-jährigen erwartet und zwar bezogen auf das Bundesgebiet um 6,9 Millionen Personen (41,1%) und auf Bayern gerichtet um 1,3 Millionen oder 53,1%.

Maßgeblich für die Pflege sind diese Entwicklungen in den höheren Altersgruppen und hier liegen die Steigerungen in Bayern über denen des übrigen Bundesgebietes. Selbst bezogen auf den Zeitraum von nur 10 Jahren wird eine Steigerung in den Altersgruppen der über 65-jährigen mit 331.000 Personen angenommen.

Das Auftreten demenzieller Erkrankungen korreliert mit dem Faktor Alter. Anhand von Indikatoren kann eine Prognose der Demenzvorkommen und der Neuerkrankungen geschätzt werden². So kann für das Bundesland Bayern aktuell von ca. 171.000 demenziell erkrankten Menschen ausgegangen werden, bei jährlich 29.000 – 33.000 Neuerkrankungen. Im Zeitraum bis 2030 muss mit einer Prävalenz von 238.000 Demenzkranken und bis zum Jahr 2040 von 262.000 an Demenz erkrankten Personen gerechnet werden.

Die veränderte Bevölkerungszusammensetzung wird zu einem deutlich höheren Anteil pflegebedürftiger Personen führen. Darunter wird der Anteil an schwerstpflegebedürftigen Personen ebenfalls zunehmen. Dieser Personenkreis wird heute mit bis zu 10% aller Pflegebedürftigen (nach SGB XI) angenommen³.

Bisher wurde der überwiegende Anteil pflegebedürftiger Menschen zu Hause versorgt. Dieser Anteil hält sich seit Jahren bei 68 – 69% aller Pflegebedürftigen. Es wird erwartet, dass zukünftig mehr pflegebedürftige Personen stationär versorgt werden, da sich die häusliche Pflegesituation durch eine Reduzierung der Pflegepotenziale pflegender Angehöriger verändern wird.

Die Angebotsseite gerade im Schwerstpflegebereich ist daher gefordert alternative Versorgungskonzepte zu entwickeln, die den Schweregraden der Pflegebedürftigen

¹ Statistisches Bundesamt DESTATIS (23. Februar 2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung in den Bundesländern. Dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

² Bickel geht von einer Prävalenzrate von 7,0 % der über 65-jährigen und einer Inzidenzrate von 1,2% (Neuerkrankungen pro Jahr) aus.

³ MUG-Studie IV, 2007

angemessen ist und zugleich einen bedeutenden Entlastungsfaktor für pflegende Angehörige darstellt.

Die Pflege schwer- und schwerstpflegebedürftiger Personen mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen wird durch den zunehmenden Anteil demenziell Erkrankter zusätzlich beansprucht. Eine qualitätsvolle fördernde Betreuung hat sich mit verschiedenen Schweregraden der Erkrankung sowie den individuell unterschiedlich verlaufenden Phasen der Demenz auseinander zu setzen. Einschränkungen der Mobilität, der kognitiven Fähigkeiten sowie altersbedingter Sinneseinschränkungen und häufig als Begleiterscheinung eine Reduzierung sozialer Kontakte stellen einen hohen Anspruch an Pflegekonzepte. „Die fortschreitenden und massiven Veränderungen in Kognition, Erleben und Verhalten führen in vielen Fällen zu einer Destabilisierung des häuslichen Betreuungsarrangements und schließlich zur Inanspruchnahme vollstationärer Pflege“ (Schäufele u.a. 2007)¹. Insbesondere die weitere Zunahme von demenziell erkrankten Menschen und hier die Zunahme von Personen mit dem höchsten Demenzstadium erfordern spezielle Versorgungskonzepte.

Mit der Zunahme der Bewohnerzahlen, die an schwerster Demenz erkrankt sind und zudem nur noch geringe Mobilitäten oder überwiegend Bettlägerigkeit aufweisen, werden besonders stationäre Einrichtungen angesprochen, die sich zuvor auf eine spezielle Betreuung demenzkranker Menschen eingestellt hatten. Hierzu zählen neben den Einrichtungen, die nach dem Konzept der besonderen Dementenbetreuung (besDem) betreuen auch Haus- und Wohngemeinschaft mit einer segregativen (homogenen) Bewohnerzusammensetzung.

Wer den Betroffenen ein Umfeld bieten will, das als anregend wahrgenommen wird und in dem soziale Kontakte ermöglicht werden, die die Bewohnerinnen und Bewohner als Teil einer sozialen Gemeinschaft anerkennen, steht zunächst vor der Frage, mit welchen Maßnahmen die Bedürfnisse der Betroffenen erreicht werden.

2.1 Stand der Forschung

Aus der Forschung und der Praxis werden unterschiedliche Konzepte berichtet, die eine positive Wirkung auf die schwerstpflegebedürftigen und in hohem Maße immobilen Bewohner und Bewohnerinnen haben sollen. Die theoretischen Begründungen für besondere Betreuungsbedarfe reichen von der Abwehr tatsächlicher oder vermuteter sozialer Isolation, der effektiveren Versorgung Schwerstpflegebedürftiger bei gleichzeitiger Betreuung mehrerer Personen in Gruppen oder der intensiveren pflegfachlichen und medizinisch ausgerichteten Pflege. Ob sozialwissenschaftlich, wirt-

¹ Schäufele, Köhler, Lode, Weyerer (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: MUG IV, S. 169

schaftlich oder pflegefachlich begründet stehen alle Ansätze bisher vor dem Problem einer wenig empirisch nachvollziehbaren gesicherten Ausgangslage.

In Deutschland existiert derzeit eine erste Studie, die als Vergleichsstudie mit einem Längsschnittdesign die positiven Effekte von sozialen Gemeinschaften auf schwer demenziell erkrankte Bewohnerinnen in milieuthérapeutisch orientierten Wohngruppen belegen konnte (Reggentin / Dettbarn-Reggentin)¹. Die einbezogenen Bewohnerinnen wiesen noch gewisse Mobilitäten auf, d.h. sie konnten weitgehend selbstständig an den Tagesgestaltungen (z.B. Mahlzeiten) teilnehmen. Studien aus Schweden aus den 1990er Jahren kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie in Deutschland. Eine Vergleichsgruppenuntersuchung von Wohngruppen und Station (Annerstedt 1996, Ahlund 1999)² berichtet über ein erhöhtes Gefühl an Sicherheit und verbessertes Selbstvertrauen in Wohngruppen gegenüber der herkömmlichen Versorgung auf der Station.

Andere Studien in der Schweiz im Kanton Bern wie auch die Nationen übergreifende Studie der Groupe Saumon stellen ebenfalls die positive Bedeutung gemeinschaftsorientierter Wohnkonzepte in den Vordergrund (zusammenfassend: Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006).

Eine weitergehende Frage zielt jedoch auf die Bewohnerinnen, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig ohne fremde Hilfe einen Wechsel des Platzes/Raumes innerhalb der Einrichtung vorzunehmen. Mit welchen Angeboten lassen sich diese Bewohnerinnen in soziale Gemeinschaften integrieren und auf welche pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen sprechen sie an? In Einzelfällen, so konnte auch in den angesprochenen Studien belegt werden, bieten die gemeinschaftsorientierten milieuthérapeutischen Konzepte einen sicheren Hintergrund für Bewohnerinnen mit schwersten Erkrankungen. Individualität und Gemeinschaftsbezug nehmen hier ein ausgewogenes Verhältnis ein. Die gegenseitige (Be-)Achtung wird kommunikativ gelöst, wobei verbal sprachlich jedoch bereits Grenzen erkennbar sind.

Für die hier beschriebene Zielsetzung sind erst wenige Wohnkonzepte entwickelt worden, die den Bewohnerinnen und Bewohnern einen Lebensraum bieten, in dem sie auch ohne ständige individuell betreuerische Einwirkung ein soziales Miteinander erleben können.

Eine der wesentlichen Fragen berührt einerseits die Wahrung der Intimsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner einschließlich ihrer besuchenden Angehörigen und andererseits die Teilnahme an sozialer Gemeinschaft. Mit steigendem Demenzgrad

¹ Reggentin, H. / Dettbarn-Reggentin, J. (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart

² Annerstedt, L./ Sanada, L./ Gustafson, D (1996): Education, Activity, Health, Blood pressure and Apolipoprotein E as Predictors of Cognitive Change in Old Age: A Review. In: Gerontology 46:163-177

Ahlund, O. (1999): Accomodating Alzheimer's Group Living for Elderly with Alzheimer's Disease. The Importance of Environmental Design. In: Stride 1/1999; 5-9

der Bewohnerinnen nehmen die Eigenständigkeiten ab und der Bedarf an emotionaler Zuwendung zu. Mit der Anpassung der Umweltgegebenheiten können sich verändernde Bedürfnisse, wie etwa das Kommunikationsverhalten, kompensiert oder gefördert werden. Zu den Anpassungsmaßnahmen zählt beispielsweise die Einrichtung eines Raumes, in dem die Kommunikation mit den Mitbewohnerinnen, den Angehörigen (nicht nur den eigenen) wie auch dem Personal jederzeit aufgenommen werden kann.

Die Ermöglichung einer demenzspezifischen Kommunikation soll in Phasen der Schwerstdemenz den Bewohnerinnen und Bewohnern eine Interaktion mit den sie umgebenden Menschen ermöglichen. Die dadurch erzeugte Selbstwahrnehmung wird durch Interaktion hervorgebracht, wobei die verbal sprachliche Kommunikation stärker durch emotionale Zuwendungen ersetzt wird, die durch sprachliche Lautäußerungen, Mimik und Gestik gestützt werden.

Ergänzend wird je nach Bedarf und Erkrankungsstadium psychosoziale Betreuung mit Elementen aus pflegerisch-therapeutischen Konzepten wie Validation, Basale Stimulation, Musiktherapie u.ä. eingesetzt.

Mit der Einführung eines Mehrpersonenraumes, der „Pflegeoase“, sollen schwer demenziell und somatisch erkrankte Bewohnerinnen ein Umfeld erhalten, das ihnen die Kommunikation erleichtert und zu einer vielseitigen Kontaktaufnahme Anregung bieten soll. Eine kontinuierliche Alltagsbegleitung mit personeller Konstanz soll zu einem sicheren und angstfreien Leben in einer Gesellschaft mit Personen ähnlicher Bedürfnisse führen. Ziel dieser Konzepte ist der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität der Betroffenen. So lauten auch die zentralen Empfehlungen der MUG IV Studie (2007), die einen stärkeren Fokus und verbesserte Angebote für die Gruppe der schwer demenzkranken Menschen mit starken Bewegungseinschränkungen fordert und eine mögliche Alternative in Pflegeoasen sehen, um die Lebensqualität der schwer demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner zu verbessern.

Eine breit diskutierte Ausrichtung der Schwerstpflge demenziell erkrankter Menschen wird mit dem Angebot bzw. Konzept der Palliativpflege geleistet. Die Vorstellungen hierüber sind recht kontrovers und reichen von einer zeitlichen Vorstellung über den Einsatz des Konzeptes vor dem angenommenen Ableben bis zu einer grundlegenden personenzentrierten eher suchenden und verstehenden Beziehung zu dem Erkrankten¹. Vorrangig geht es jedoch allen Konzepten um die Schmerzbeobachtung und Schmerzregulierung.

¹ Schmieder, M. (2007): Pflegeoase Sonnweid. Eine Oase für Mitarbeiter und Bewohner. In: *Altenheim* 8/2007, S.16-18.

Kitwood, T (1997, 5.deutschsprachige Auflage 2008): *Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Verlag Hans Huber, Bern

Auf der Basis bisheriger Erfahrungen sind Konzepte im Vorteil, die auf Interaktion und Kommunikation setzen. Sie suchen weniger standardisierte Vorstellungen von der Demenz und dem Umgang mit ihr umzusetzen als vielmehr den Erkrankten offen zu begegnen und seine Möglichkeiten zu erkennen. Daher sind Kommunikationsprozesse nichtverbaler Form für die Entwicklung von Beziehungen wie auch für die Entwicklung der erkrankten Person vordergründig. Hier steckt ein bedeutender Ansatz zur Entfaltung von Wohlbefinden und somit Lebensqualität.

2.2 Lebensqualität

Mit dem Kriterium der Lebensqualität soll das persönliche Wohlbefinden der Bewohnerinnen in der Pflegeoase sowie das der Bewohnerinnen in der Kontrollgruppe in den Einzelzimmern dargestellt werden. Unter dem umfassenden Begriff der Lebensqualität wird Wohlbefinden als subjektive Bewertung zusammen mit Umweltfaktoren herangezogen, um die Versorgung in definierten Lebenssituationen bewerten zu können. Der Lebensqualität kommt in der Forschung in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung zu. Ihre Einbeziehung zur Bewertung von Lebenssituationen stellt gegenüber früheren Bewertungsschwerpunkten stärker die Person und ihre individuellen Empfindungen in den Mittelpunkt. Dieser Ansatz soll auch bei der Einschätzung der Pflegeoase als Lebensort für schwer demenzkranke Menschen durch die Bewohnerinnen selbst verfolgt werden.

Eine der ersten Studien zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz entstand erst Ende 1980 in den USA (Whitehouse 1999). Als ein möglicher Grund für die späte Beschäftigung mit diesem Thema in der Forschung, wird die Tatsache gesehen, dass Lebensqualität normalerweise auf Selbsteinschätzung beruht, was bei demenziell Erkrankten nur begrenzt möglich ist.

Mittlerweile liegen unterschiedliche Untersuchungen vor, die in Pflegeheimen oder bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen, aber auch bei älteren Menschen untersucht wurden.¹ Ziel einiger kleinerer Studien war die Lebensqualität in segregativen oder integrativen Wohngruppen mit Normalstationen zu vergleichen. Auch wenn die Ergebnisse der Studien keine eindeutigen Schlüsse zulassen, so zeigten deren Resultate, dass bei den Bewohner/innen weniger Schmerzen auftraten, weniger freiheitseinschränkende Maßnahmen vorgenommen wurden, dagegen mehr Selbstständigkeit vorhanden war und ein höherer Bewegungsradius vorlag (Oppikofer, Lienhard & Nussbaumer 2005).

Auch die Studien von Weyerer & Schäufele (2004) und Reggentin & Dettbarn-Reggentin (2006) belegen, dass in segregativen Wohngruppen gegenüber den Normalstationen die Bewohnerinnen mehr Interesse an ihrer Umgebung zeigen, ihre

¹ Siehe umfassend hierzu Gunzelmann & Oswald, 2005

physischen Fähigkeiten (ADL) langsamer abnehmen und sie mehr soziale Kompetenzen und weniger negative Stimmungen zeigen.

Die bisher größte Studie in Deutschland, die sich diesem Thema widmet, ist das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E.) (Becker, Kruse, Schröder & Seidl 2005). Die H.I.L.D.E. Studie verfolgt ein mehrdimensionales Konzept, in dem die Aspekte der räumlichen, der sozialen Umwelt, der Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, der kognitive und medizinische Status, die Verhaltensauffälligkeiten und das subjektive Erleben und die emotionalen Befindlichkeiten in die Forschung einfließen (MUG IV 2007).

Eine erste Studie zur Wirkung von Pflegeoasen wurde 2008 von Rutenkröger / Kuhn¹ (Demenz Support Stuttgart) im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministeriums vorgelegt. Die positive Bewertung der Pflegeoase bezieht sich auf die erhöhte Aufmerksamkeit der Bewohnerinnen, die als stärkere Anteilnahme am Umweltgeschehen angesehen werden kann, wie auch auf die hohe Akzeptanz durch deren Angehörige, allerdings wurde keine Vergleichsgruppe einbezogen. Ebenfalls abgeschlossen wurden Studien von Pflegeoasen in zwei Einrichtungen in Luxemburg, Auftraggeber war das dortige Familienministerium.

Im Rahmen der „Leuchtturmprojekte“ des Bundesministeriums für Gesundheit entstand eine Evaluationsstudie zur Wirkung einer Pflegeoase in Rheinland-Pfalz, mit deren Durchführung die Kontaktstelle für praxisnahe Forschung an der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg und das Institut für Gerontologie der Universität in Heidelberg betraut wurden.

Weitere Evaluationsstudien werden derzeit in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz durch verschiedene Hochschulinstitute durchgeführt.

Das Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien, ISGOS-Berlin hat vier unterschiedliche Oasen-Konzepte von Oktober 2007 bis Januar 2010 evaluiert. Eine weitere Pflegeoasen mit zurzeit sechs Bewohnerinnen wird seit Herbst 2009 in Cuxhaven begleitet und seit März 2010 setzt das Institut eine Tagesoase in Magdeburg konzeptionell und gestalterisch mit Farb- und Lichtkonzepten um.

2.3 Die Pflegeoase

Das Grundkonzept der Pflegeoase unterscheidet sich von dem der Mehrbettzimmer aus den 1960er Jahren. In den Mehrbettzimmern stand das Bett im Mittelpunkt der Betreuung bei einer Raumgröße von mind. 30qm und einer Belegung mit vier Perso-

¹ Rutenkröger, A./Kuhn, C. (2008): „Im Blick Haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.)

nen. Die rationale Gestaltung der Pflegeabläufe wurde als Funktionspflege bezeichnet.

Mit der Einrichtung einer Pflegeoase für acht Bewohnerinnen im Schweizerischen Sonnweid im Jahr 1998 wurde die Diskussion um die Versorgung schwer Demenzkranker in Deutschland neu entfacht und Befürchtungen einer Neubelebung der Mehrbettzimmer verbreiteten sich. Die Unterschiede sind jedoch gravierend, bezogen auf die Räumlichkeiten wie auch auf die Pflegekonzeptionen.

2.4 Begriff Pflegeoase

Die Pflegeoase ist ein ‚Mehrpersonenraum‘ bei dem das Wohlbefinden der Bewohnerinnen den Kern der Pflegeziele darstellt. Daher wird nicht die Funktionspflege sondern die Bezugspflege eingesetzt. Der persönliche Bezug zwischen Personal, Angehörigen und Bewohnerinnen stellt ein Kommunikationssystem dar, in dem alle Beteiligten sich gegenseitig anerkennen.

In der Pflegeoase finden die üblich getrennten Funktionen von Versorgen, Schlafen, Gepflegt werden, soziale Beziehungen Unterhalten, Individualität und Selbstvergewisserung Erhalten in einem Raum statt und dies zusammen mit weiteren Personen. Die Aufenthaltsdauer kann sehr unterschiedlich ausfallen. Daher sind drei Oase-Typen möglich, sowie eine Mischform aus verschiedenen Typen:

Pflegeoase als Tagesbetreuung	Pflegeoase auf Zeit	Pflegeoase auf Dauer
<p>Die Zusammenführung von Personen über den Tag ohne dies zu begrenzen ist eine Weiterführung des Wohngemeinschaftskonzeptes mit Bewohnerinnen im schwersten Demenzstadium. Die Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen erfolgt konzeptionell nach denselben Konzepten wie in den anderen Oasentypen. Es werden kommunikative Interaktionsformen eingesetzt. Der Raum ist mit einem Farb- und Lichtkonzept ausgestattet und unterstützt die Bewohnerinnen in ihrer Orientierung.</p> <p>Die Bewohnerinnen werden abends, wenn sie es wünschen, wieder in ihre Zimmer zurückgebracht.</p> <p>Die Bewohnerinnen sind homogen zusammengesetzt.</p>	<p>Bewohnerinnen eines Wohnbereiches oder auch von einer oder mehreren Wohngruppen nutzen gemeinsam den Gemeinschaftsbereich auf vorher festgelegte Dauer, z.B.10 Tage. Danach wechseln sie mit anderen Bewohnerinnen aus dem Bereich. Das Einzel- (oder Doppel-) zimmer bleibt erhalten.</p> <p>Erste Versuche mit diesem Konzept können ohne große Maßnahmen durchgeführt werden. Eine genaue Beobachtung erlaubt eine Einschätzung über die Aufnahme dieser Konzeption bei den Bewohnerinnen.</p> <p>Die Bewohnerinnen sind homogen zusammengesetzt.</p>	<p>Dieser Typ stellt den Kerngedanken einer Pflegeoase dar. Er stellt den Wohn- und Lebensbereich für drei bis acht Bewohnerinnen auf Dauer.</p> <p>Ein individuelles Einzelzimmer gibt es nicht mehr.</p> <p>Ein Ausweichraum ist Bestandteil der Konzeption. Er wird dann genutzt, wenn beispielsweise die gemeinsame Tagesgestaltung nicht mehr gewünscht wird und Unruhe entsteht, wenn Angehörige sich mit ihrer Verwandten zurückziehen wollen oder wenn eine ansteckende Krankheit auftritt.</p> <p>Weitere Räume wie Bad oder Personalbereich gehören ebenfalls zu dieser Oasenform.</p> <p>Die Bewohnerinnen sind homogen zusammengesetzt.</p>

In seiner Größe liegen die Räume bei ca. 14 bis 16 qm pro Bewohnerin plus Nebenräume. Bei sechs Bewohnerinnen ist eine Raumgröße von ca. 84 bis 96 qm erforderlich. Das entspricht etwa einer Verdreifachung der Raumkapazität der Mehrbettzimmer der 1960er Jahre. Eine weitere Veränderung betrifft die Raumausstattung. Mit harmonischem Design, einer angepassten Lichtgestaltung und flexiblen Raumelementen wird der Raum an die Bedürfnisse der Bewohnerinnen angepasst.

Die Organisation einer Pflegeoase kann auf zweierlei Weise durchgeführt werden:

1. Die Pflegeoase wird als integrierter Bestandteil eines Wohnbereichs geführt. Das Personal versorgt die drei bis acht Bewohnerinnen der Pflegeoase im Zuge der Pflege innerhalb des Wohnbereiches. Alle Mitarbeiterinnen sind auch zuständig für die Pflegeoase. Allerdings sollten nur die Mitarbeiterinnen dieses einen Wohnbereiches die Oasenbewohnerinnen betreuen. Die Personalkonstanz muss gesichert sein.

2. Die Pflegeoase wird innerhalb des Hauses als Solitär geführt. Eine eigenständige Verantwortung wird durch eine Präsenzkraft geleistet, analog der Hausgemeinschaftstypen für mobile Menschen. Die Größe der Pflegeoase wird als eigenständige Einheit ab mindestens sechs Personen, besser mit acht Personen angelegt.

3. Eine weitere Unterscheidung kann über die Konzeption erfolgen. Eine Pflegeoase kann als Sterbeort angesehen werden, wobei die pflegerischen Leistungen stark an der Palliativpflege orientiert werden. Schmerzbeobachtung, Schmerzlinderung und Schmerzkontrolle stehen an zentraler Stelle, wobei das soziale Umfeld Beistand leistet und psychisch unterstützt. In die Palliativpflege werden die Angehörigen eingebunden.

Eine andere Konzeption sieht die Menschen auch mit schweren Demenzerkrankungen als entwicklungsfähig an. Es lassen sich immer noch Sinne ansprechen, den Betroffenen Geborgenheit vermitteln und Momente des Wohlbefindens erzeugen. Die Pflegeoase ist kein Ort, an dem Sterbende versorgt werden, sondern ein Lebensbereich für Menschen mit hohem Hilfebedarf.

Diese Ausrichtung wird in Deutschland vorrangig verfolgt, ohne jedoch auch die Schmerzbeobachtung und Schmerzbehandlung zu vernachlässigen.

3.0 Die Idee zur Entwicklung einer Pflegeoase im Pur Vital Seniorenpark Alztal

Der Pur Vital Seniorenpark Alztal wurde 1999 eröffnet und bietet Lebens- und Wohnraum für 116 pflegebedürftige Senioren. Die Einrichtung verfügt über vier Wohnbereiche die sich über zwei Stockwerke verteilen.

Die Wohnbereiche sind wie folgt zusammengesetzt worden:

- In einer Hausgemeinschaft leben 12 demenzkranke Bewohner und Bewohnerinnen mit einer leichten oder mittelschweren Demenz. Diese Bewohner und Bewohnerinnen sind noch in der Lage am Tagesablauf teilzunehmen.
- In einer Wohngruppe wohnen 19 schwerstdemenzkranken Bewohner und Bewohnerinnen. Diese Menschen sind nicht mehr in der Lage für sich selbst zu sorgen, einige von ihnen sind auch nicht mehr gehfähig. Sie können nur stundenweise in Tagespflegestühle mobilisiert werden und verbringen den überwiegenden Teil des Tages in Gemeinschaft im Speiseraum / Wohnzimmer oder im Sommer auf der Terrasse im Garten.
- Im Normalpflegebereich leben ebenfalls Bewohner und Bewohnerinnen mit demenzieller Erkrankung ohne Weglauftendenz. Die Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium und / oder somatisch Erkrankte mit geistigem Abbau mit überwiegender Bettlägerigkeit werden stundenweise in den Tagespflegerollstuhl mobilisiert. Den großen Teil des Tages verbringen sie alleine im Zimmer.¹

Da ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner den Tag alleine in ihren Zimmern verbringen und nur für einige Stunden in den Pflegerollstuhl mobilisiert werden kann, oder sie nur vorübergehend Kontakt haben, wenn pflegerische Verrichtungen geleistet werden, besteht für diese Menschen die Gefahr der Vereinsamung. Auch die Besuche durch Angehörige bringen nur kurz Ablenkungen. „Die Angehörigen dieser Bewohner sind teilweise überfordert, da sie mit den stark abgebauten alten Menschen kaum mehr kommunizieren und nichts mehr anzufangen wissen“.²

Der Entschluss eine besondere Wohnform für diese Menschen zu schaffen, erfolgte schon im Jahre 2005. Im Mai 2007 besuchten die Heimleitung, die Pflegedienstleitung und die Wohnbereichsleitung die Pflegeoase im Haus Sonnweid in Wetzikon (Schweiz). In Anlehnung an dieses Konzept wurde dann die Pflegeoase im Pur Vital Seniorenpark Alztal entwickelt.

Das Ziel sollte es sein, den Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz und Schwerstpflegebedürftigkeit einen Raum zu geben, „der Geborgenheit, Sicherheit

¹ Pur Vital Seniorenpark Alztal: Konzept für die Pflegeoase

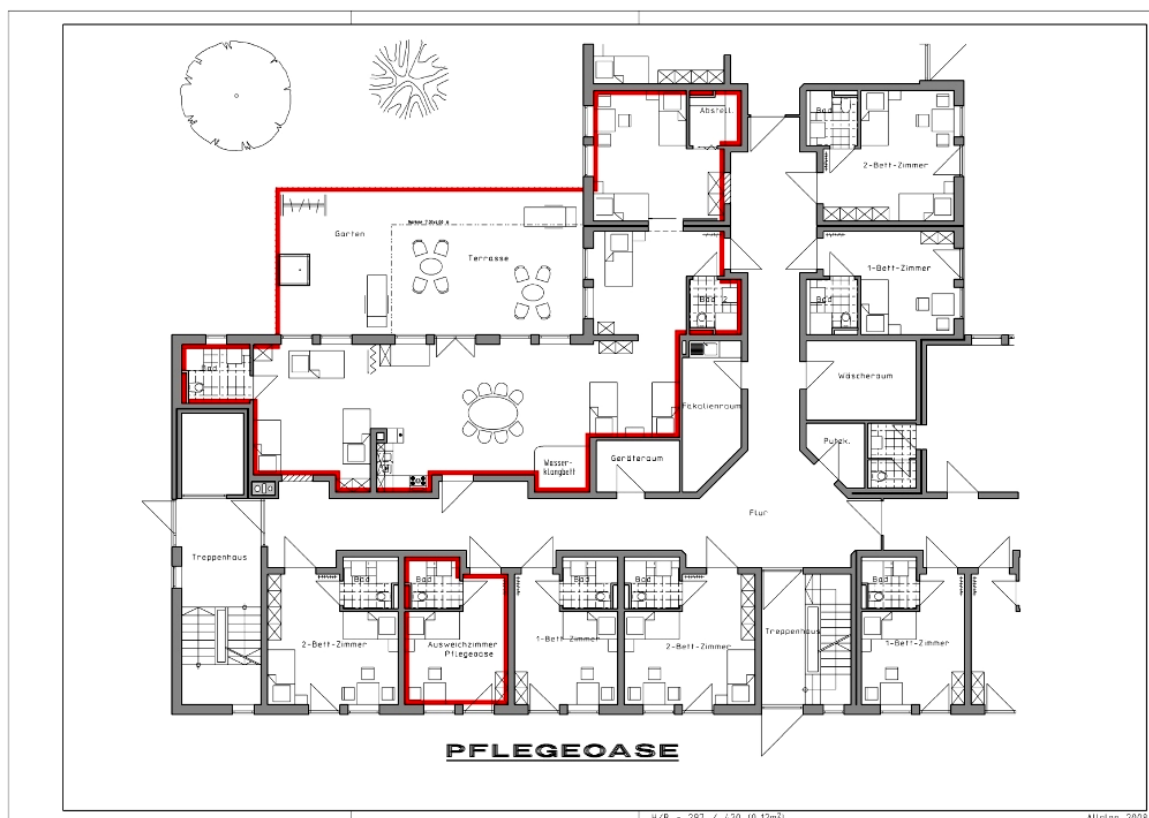
² Ebda., S. 4

und Wohlfühl vermittelt.“¹ Die Pflege kann hier bewohnerorientierter gestaltet werden, da die Signale der Bewohnerinnen schneller wahrgenommen werden. Durch die Nähe haben die Pflegekräfte einen sehr viel engeren Kontakt, sie können die Bewohnerinnen intensiver wahrnehmen und dadurch die Betreuung verbessern. Die Pflegeoase sollte eine sinnvolle Erweiterung für Menschen mit überwiegender Bettlägerigkeit, aber auch für Menschen mit schweren Hirnleistungsstörungen infolge eines Schlaganfalles oder für Menschen mit Parkinson darstellen.

3.1 Die Pflegeoase - im Pur Vital

Die Pflegeoase entstand im Erdgeschoss und wurde in den Wohnbereich „Am Mühlbach“ eingegliedert. Für die Pflegeoase wurden mehrere Doppelzimmer zusammengeschlossen, so dass eine Fläche von 120 qm entstand, die für acht Bewohnerinnen vorgesehen ist.

Abb. 1: Grundriss Pflegeoase (rot hervorgehoben)



Das Herzstück bildet der Gemeinschaftsbereich, indem die Bewohnerinnen tagsüber in Tagespflegestühlen um den Tisch herum am Geschehen teilhaben können. Integriert in den Gemeinschaftsraum ist eine Küchenzeile, in der kleine Mahlzeiten bereitet

¹ Ebd., S. 5

werden können oder Kuchen gebacken werden kann. In einer Nische im Gemeinschaftsraum steht ein Wasserbett. Durch Schiebetüren kann der Raum optisch von den anderen Räumen abgetrennt werden, um so ein Gefühl der Geborgenheit entstehen zu lassen. Die gesamten Räume der Oase bilden eine Einheit, können jedoch durch Vorhänge, Stellwände, Falttür oder Schiebetüren voneinander getrennt werden.

Abb. 2. Pflegeoase, Gemeinschaftsraum mit Liegesesseln.
Bild: Moser, Pur Vital



Des Weiteren umfasst die Pflegeoase zwei Sanitärbereiche mit Dusche und WC. Die Funktionsräume wie Bewohnerbad, unreiner Arbeitsraum, Wäsche-Geräteraum befinden sich in der Abteilung „Am Mühlbach“ und sind gut und schnell erreichbar.

Zu der Pflegeoase gehört noch ein Ausweichraum der der Oase gegenüberliegt (im Plan rot gekennzeichnet) und als Rückzugsbereich dient, z.B. bei krankheitsbedingten Unruheständen, Infektionen oder für Angehörige, die sich mit ihrem Verwandten bei ihrem Besuch zurückziehen möchten. Die Intimsphäre der Bewohnerinnen wird durch bauliche Nischen und individuelle Maßnahmen, wie Sichtschutz mit Paravents geschützt.

Vor dem Gemeinschaftsraum liegt eine große geschützte Terrasse von 65 qm, sie ist von vier Punkten der Oase aus zugänglich. Der Zugang vom Gemeinschaftsraum ist barrierefrei und lässt so die Möglichkeit zu, die Bewohnerinnen in den Betten auf die Terrasse herauszuschieben um die Natur und die Jahreszeiten zu erleben.

Abb. 3: Terrasse, Foto: ISGOS



Abb. 4: Brunnen auf der Terrasse, Foto: ISGOS



Die gesamten Räume der Pflegeoase wurden in verschiedenen Farbtönen gestaltet, die Stirnseiten der Räume sind abwechselnd in einem kräftigen rotorange bis hellen orange Ton gehalten und wechseln sich mit hellblau bis beige Tönen an den längeren Wänden ab.

Abb. 5: Blick in den Gemeinschaftsbereich
Foto: ISGOS



Abb. 6: Blick in den hinteren Teil der Oase,
Foto: ISGOS



Der Fußboden ist in einem hellen Blau gehalten und im Gemeinschaftsraum im Holzbodenton abgesetzt. An den Fenstern befinden sich leichte duftige Vorhänge in beige-blau Tönen.

Abb. 7: Blick auf das Wasserbett, Foto: ISGOS



Abb. 8: Blick in den Schlafbereich, Foto: ISGOS



Besonderes Augenmerk wurde auf die Beleuchtung der Räume gelegt, mit einer neuesten Lichttechnik kann im Raum die Helligkeit bis auf 1.800 Lux hochgefahren werden. Durch eine automatische Steuerung kann das Tageslicht über den ganzen Tag, an jedem Tag des Jahres an Helligkeit und farblicher Zusammensetzung nachempfunden werden. Dies soll den Schlaf-Wachrythmus der Bewohnerinnen unterstützen, sowie das Wohlbefinden und die Stimmung der Bewohnerinnen.

Eine weitere Besonderheit bietet der Sternenhimmel an den Decken, der über ein Spezialverfahren auf die Zimmerdecken aufgemalt wurde und wenn es dunkel wird im Raum zu leuchten beginnt.

Alle Möbel sind aus hellem Holz und beweglich, die Pflegesessel sind in einem Blauton gehalten und nehmen die Farben des Bodens, der Wände und der Vorhänge wieder auf.

Im Gemeinschaftsraum ist ein kleiner Arbeitsplatz für die Pflegekräfte integriert, an dem die Pflegedokumentationen bearbeitet werden können und die Pflegekräfte die Bewohnerinnen immer im Blick haben.

Abb. 9: Blick in den Gemeinschaftsbereich mit Arbeitsplatz. Foto: ISGOS



3.2 Personelle Ausstattung in der Pflegeoase

Die Konzeption „Pflegeoase“ ist in den Wohnbereich „Am Mühlbach“ integriert. Bei insgesamt 22 Plätzen werden 8 Plätze in der Oase betreut. Die Fachkraftquote liegt über 50%. Die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird nach dem gültigen Personalschlüssel gestellt. Die Pflege und Betreuung in der Nacht erfolgt durch eine Pflegefachkraft und eine Hilfskraft für den gesamten Wohnbereich.

Im Wohnbereich und somit auch zuständig für die Pflegeoase sind im Früh- und Spätdienst je drei Pflegekräfte (bei 22 Bewohnerinnen, davon sind 8 Bewohnerinnen aus der Pflegeoase) anwesend.

„Durch die Bezugspersonenpflege wird eine Kontinuität bei der Verantwortlichkeit festgelegt. Die Verantwortlichkeit umfasst die Erstellung von Pflegeplänen, Überprüfung der Pflegeziele, Aktualisierung der Pflegeplanung- und Kontaktpflege mit Angehörigen.“¹

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflegeoase benötigen nicht nur ein hohes Fachwissen für die Begleitung der Bewohnerinnen in der Oase sondern auch eine hohe soziale Kompetenz. Neben Themen wie dem Umgang mit Medikamenten und deren Wirkung sind vor allem Bereiche wie Basale Stimulation, Kinästhetik, Biographiearbeit und Sterbegleitung wesentliche Fort- und Weiterbildungsthemen. Auch die Pflegehelfer und -helferinnen werden regelmäßig geschult.

Eine der Pflegekräfte ist in Gerontopsychiatrie ausgebildet, zwei weitere Pflegekräfte in der berufsbegleitenden Fortbildung „palliative Care und Hospizarbeit“ mit 160 Unterrichtsstunden.

Eine Ergänzung erfährt die Grundpflege durch Therapien die überwiegend auf Kommunikation zielen, wie die Ergotherapie und die Musiktherapie. Diese beiden Therapien intensivieren die psychosoziale Betreuung und nehmen eine wesentliche Stellung in der ‚Pflege‘ ein, ohne dass die Grund- und Behandlungspflege ihre Bedeutung verliert. Ihr Einsatz wurde durch Mittel über den §87b SGB XI ermöglicht.

Wichtig ist für das gesamte Team, dass sie gewisse Entscheidungsfreiheiten haben, so z.B. zum Ausprobieren von Zeiteinheiten oder zum Einsatz von Bädern. Auch der Einsatz nicht-therapeutischer ausgerichteter Förderaktivitäten soll zugunsten therapeutisch geleiteter Anregungen möglich sein.

¹ Pur Vital Seniorenpark Alztal: Konzept für die Pflegeoase, S. 9

3.3 Zielgruppe und Bewohnerkriterien für die Pflegeoase

Da die Pflegeoase im Pur Vital als Ziel ihrer Oase die Aufnahme von Bewohnerinnen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz und einer Schwerstpflegebedürftigkeit sieht, galten für die Aufnahme mehrere Kriterien.

Bevor die Bewohnerinnen überhaupt umziehen konnten, mussten die Angehörigen und Betreuungskräfte über die Pflegeoase informiert werden und dem Umzug zustimmen. Die Heimaufsicht musste einbezogen werden und mit dem Konzept ebenfalls einverstanden sein.

Folgende Bewohnerauswahlkriterien sollten vorliegen:

- eine Demenzkrankheit im fortgeschrittenen Stadium, oder ein schwerer hirnorganischer, geistiger Abbau,
- überwiegende Bettlägerigkeit,
- sehr eingeschränkte Kommunikation - meist nur noch auf nonverbaler Ebene,
- Bewohnerinnen mit Angstzuständen/Depressionen bei Alleinsein
- und ein hoher pflegerischer Aufwand verbunden mit vorher genannten Kriterien.¹

Ausschlusskriterien werden in der Konzeption des Pur Vital nicht genannt. Den Vorteil im Zusammenschluss dieser Bewohnerinnen in eine Pflegeoase sieht das Pur Vital in der Möglichkeit, auch Bewohnerinnen mit Verhaltensauffälligkeiten in einen Raum unterzubringen, wo dieses Verhalten keinen stört. „Die Pflegeoase trägt mit allen personellen und strukturellen Möglichkeiten dafür Sorge, dass körperlich und geistig schwerst beeinträchtigte Bewohner als Menschen angenommen werden, auch wenn der Zugang und die Kommunikationsmöglichkeiten sehr reduziert sind“²

Die Pflege und Betreuung in diesem Bereich erfordert von den Bezugspflegekräften, aufgrund der wechselnden Tagesform der Bewohnerinnen ein hohes Maß an Flexibilität, Ideenreichtum und Empathie. Sie müssen lernen zu beobachten und nonverbale Sprache zu interpretieren und daraufhin gezielt Interventionen einsetzen.

Die Pflege wird insgesamt flexibler und bewohnerorientierter gestaltet, da die Bedürfnisse der Bewohnerinnen schneller wahrgenommen werden können. Die Bewohnerinnen erfahren nun mehr Aufmerksamkeit und die Pflegekräfte haben einen intensiveren Kontakt - sie erfahren mehr über die Bewohnerinnen, wodurch die Betreuung verbessert werden kann.³

¹ Ähnliche Auswahlkriterien finden wir auch in anderen Pflegeoasen, in Hessen werden Werte im Barthel-Index und bei der Reisberg-Skala festgelegt.

² Ebda, Pur Vital, S. 5

³ Ebda.

Die Bewohnerinnen der Pflegeoase wie auch des Wohnbereiches „Am Mühlbach“ haben einen festen Tagesablauf um den Bewohnerinnen und den Angehörigen eine Normalität zu vermitteln. Rituale wie das Begrüßungsritual und das Abendritual sind weitere feste Fixpunkte.

Tagesablauf in der Pflegeoase, Kurzform

06.30 – 06.45 Uhr	Übergabe
06.45 – 10.00 Uhr	Grundpflege und Behandlungspflege
10.00 – 12.00 Uhr	Begrüßungsritual und anschließende psychosoziale Betreuung
12.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen
13.00 – 14.45 Uhr	Ruhezeit
15.00 – 16.00 Uhr	Nachmittagskaffe
15.30 – 17.30 Uhr	Therapien und psychosoziale Betreuung
17.30 – 19.00 Uhr	Abendessen
Ab ca. 19.30 Uhr	Schlafenszeit

3.4 Psychosoziale Betreuungsleistungen und Therapien

Die Besonderheit der Oasenbewohnerinnen erfordert eine integrierte Betreuungsleistung, die nicht von der Pflege getrennt ist und ein ganzheitliches Verständnis von Pflege und Betreuung aufnimmt.

Elemente wie Basale Stimulation, Kinästhetik, Massagen, Aromapflege und Musiktherapie bilden einen festen Bestandteil in der täglichen Betreuung im Pur Vital.

Hier ein Auszug aus der Beschreibung des Konzeptes:

Der Einsatz der Basalen Stimulation ist ein fester Bestandteil im täglichen Pflegegeschehen, wie z.B. „stimulierende Einreibungen, in der Beschäftigung, beim Zubereiten der Mahlzeiten und der Nahrungsaufnahme, durch das Angebot von vielseitigen Gegenständen zum Tasten, im Musizieren und Musik hören.“¹ Die Basale Stimulation verschafft einen Zugang zur Bewohnerin und die Möglichkeit mit ihr auf einer non-verbalen Ebene zu kommunizieren.

Der Einsatz von Düften und Gerüchen, wie z.B. der Geruch von frisch gemahlenem Kaffee oder frischgebackenem Kuchen soll die Geruchs- und Geschmacksnerven anregen. Eine weitere Anregung bieten ätherische Öle, Hydrolate und Pflanzenöle in Form von Teilmassagen, als Bade- oder Waschzusatz.

¹ Ebda., S. 10

Massagen kommen in unterschiedlichen Anwendungen zum Einsatz, wie z.B.:

- Druckpunktmassage / Shiatsu,
- Klopfmassage,
- Klangmassagen.

Die verschiedenen Massagen werden je nach Allgemeinzustand und Belastungsfähigkeit der Bewohnerin angepasst. So kann eine Klangmassage mit Klangbaum, Trommel, Flöte, Gitarre oder eher seltener Musik über eine CD erfolgen. Hier sollen die entstehenden Schallwellen auf die Bewohnerin einwirken. Die Klangmassagen können die Bewohnerin von depressiven Gedanken ablenken oder auch bei Schmerz eingesetzt werden.

Shiatsu / Druckpunktmassage und Klopfmassage können am gesamten Körper Anwendung finden und werden je nach Bedarf, tonisierend oder sedierend eingesetzt.¹

Die Musiktherapeutin ist zweimal wöchentlich in der Oase wie auch bei den Bewohnerinnen auf der Etage (aus der die Kontrollgruppe in der Studie stammt). Sie ist nicht nur im Gemeinschaftsraum, sondern auch am Bett und in den Zimmern tätig. Sie verwandelt den Raum für die Bewohnerinnen in einen musikalischen Klangraum für Körper, Geist und Seele. Musiktherapie kann „als nonverbales und emotionales Ausdrucksmedium Zugangswege und Begegnungsräume schaffen, in denen sich Betroffene und Begleitende kommunikativ begegnen können.“²

Die psychosoziale Betreuung soll unterstützt werden durch Angehörige und Kooperationspartner/innen wie Ergotherapeuten. Weitere Leistungen werden von den ortsansässigen Hausärzten, Pfarrern oder auch einem externen Supervisor gegeben.

¹ Ebda, Pur Vital, S.18

² Füsgen, Ingo (2004): Ein Tabuthema in der Demenzthapie, S. 17

4.0 Evaluationsziel und Konzept der Begleitforschung

Die Evaluation der Pflegeoase sollte die Wirksamkeit von Pflegekonzepten auf die schwer pflegebedürftigen Bewohnerinnen und die Bedingungen, unter denen sie umgesetzt werden, ermitteln. Ein weiteres Ziel der Begleitforschung lag darin, die Wirksamkeit von Verfahren und besonderen Therapien wie auch Umweltfaktoren als fördernde und hemmende Faktoren zu überprüfen.

Aufgabe dieser Begleitstudie war es, empirische Daten zur Beantwortung der Fragen auf die hier angesprochene Personengruppe zu beschaffen, um für weitere Wohnkonzepte Hinweise geben zu können, mit welchen Umwelten (sozial, baulich, organisatorisch und pflegerisch) und Maßnahmen die emotionalen Befindlichkeiten der Schwerstkranken erreicht und gefördert werden können. Hierzu sollten Beobachtungen durchgeführt werden, die Aufschluss über das Wohlbefinden der Bewohnerinnen geben und letztlich eine Einschätzung auf die Lebensqualität in der Pflegeoase ermöglichen.

Es sollten schlüssige Aussagen zu dem realisierten Konzept getroffen werden, die sich im Wesentlichen auf die „Lebensqualität“ und seine bedeutendsten Einflussfaktoren beziehen.

4.1 Das Konzept der Lebensqualität (Personen-Umwelt-Transaktion)

Der Begriff der „Lebensqualität“ steht zentral für die Pflegekonzeption und somit auch für die Evaluation. Sie wird als ein mehrdimensionales Konzept verstanden, das im Wesentlichen das subjektive Erleben der Personen darstellt. Lebensqualität kann auch als übergeordnete Zusammenfassung des Wohlbefindens angesehen werden, in die unterschiedliche Dimensionen des Alltagslebens einfließen. Es ist demnach nicht allein die subjektive Wahrnehmung der persönlichen Lebenssituation einer Person, auch wenn diese eine wesentlich Komponente ausmacht, sondern Lebensqualität ist umfassender zu verstehen.

Zur Bestimmung der Lebensqualität werden weitere Dimensionen / Einflussfaktoren einbezogen. Insgesamt gehen in den Begriff Lebensqualität, in Anlehnung an die „Dimensionen der Lebensqualität in H.I.L.D.E.“ (aus dem Projekt des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg), in unsere Darstellung folgende Dimensionen ein.

Soziodemographische Daten sowie:

1. Die räumliche Umwelt,
2. die soziale Umwelt,
3. die pflegerische, betreuerische und medizinische Infrastruktur,
4. die personellen Ressourcen,
5. die Verhaltenskompetenzen der Bewohnerinnen,
6. die sozial-kommunikativen Kompetenzen,
7. der medizinische Status der Bewohnerinnen,
8. der kognitive Status der Bewohnerinnen,
9. Verhalten und Verhaltensauffälligkeiten,
10. das subjektive Erleben und die emotionale Befindlichkeit.

Die Wahrnehmung von Lebensqualität bewegt sich dabei zwischen den objektiv gegebenen Umweltbedingungen und ihrer subjektiv erlebten Qualität durch die Person, die sich von Fall zu Fall sehr unterschiedlich zeigen kann. Das wird ganz allgemein beeinflusst zum einen durch die verfügbaren Ressourcen, insbesondere durch die persönlich vorhandenen immateriellen Ressourcen wie körperlich seelische Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Personen. Auch spielen eigene Erfahrungen im Umgang mit Umweltbedingungen eine Rolle.

Gerade für die schwerpflegebedürftigen Bewohnerinnen ist es von großer Bedeutung, ihre Umweltgegebenheiten für sich nutzbar zu machen. Bei eingeschränkter Umweltkompetenz müssen die noch bestehenden Fähigkeiten und Funktionen der erkrankten Menschen herausgefunden und die Entwicklung der Umweltgegebenheiten hierauf abgestimmt werden. Hier lässt sich im Einzelfall eine Förderung der Lebensqualität erreichen. Lebensqualität entsteht dann, wenn bei den Personen positive Effekte ausgelöst werden.

Dabei spielt es eine Rolle inwieweit auch schwerstpflegebedürftige Menschen bestimmte Umweltgegebenheiten zu nutzen vermögen, welche Ausschnitte der Umgebung der Pflegebedürftigen fördernd auf das Wohlbefinden wirken können.

Die ausgewählte Zielgruppe schwer- und schwerstpflegebedürftiger Personen mit einer demenziellen Erkrankung oder schweren somatischen Erkrankungen mit nur noch geringer Mobilität soll dahingehend gefördert werden, dass mittels individueller Stimulierung ihr Wohlbefinden gesteigert und ihre Lebensqualität erhöht wird.

Bisherige Untersuchungen zum Wohlbefinden hatten Bewohnerinnen einbezogen, die noch verbal ansprechbar und auch mobiler waren. Die hier einbezogene Bewohnergruppe ist nicht mehr in der Lage, Fragen zu verstehen geschweige denn sie zu beantworten. Ihre Mobilität ist erheblich eingeschränkt und sie benötigen Hilfen in

allen alltagsrelevanten Tätigkeiten. Ihre kognitiven Fähigkeiten verschlechtern sich fortlaufend und sind nur noch durch Fremdbeobachtung einzuschätzen.

Eine Beurteilung ihres Wohlbefindens lässt sich daher nur durch Beobachtung feststellen, wobei zwischen kurzfristigen Äußerungen (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Lautäußerung), mittelfristig länger anhaltenden Ausdrucksweisen und langfristigen Trends unterschieden wird.

4.2 Forschungsziele, Untersuchungsfragen

Die Begleitforschung der Pflegeoase hatte zum Ziel, die Wirkung milieutherapeutischer Umgebungen auf das Wohlbefinden der Bewohnerinnen zu erfassen. Es sollte beobachtet werden, welchen Einfluss das soziale Milieu (Personal, Angehörige, Besucher und Mitbewohnerinnen) auf Verhaltensausprägungen bei den Bewohnerinnen ausüben. Hier galt es in erster Linie den Einfluss einer ständigen Personalpräsenz und die ständige Anwesenheit von Mitbewohnerinnen mit Bewohnerinnen zu vergleichen, die im Einzelzimmer nur zu bestimmten Tageszeiten (Pflegezeiten, Mahlzeiten oder Besuche) Kontakt mit anderen Personen hatten.

Die Effekte des Milieus werden im Verhalten der Bewohnerinnen sichtbar. Beobachtet wurden daher:

- nichtkognitive Störungen und ihre Verläufe
 - die Stimmung der Bewohnerinnen und ihre Reaktion auf Alltagsgestaltungen
 - das Sozialverhalten – in der Wahrnehmung anderer Personen
 - das Verhalten bzw. die Wirkung bei den Bewohnerinnen bei Therapien (wie z.B. Musiktherapie).
-
- Einstellung und Erfahrungen zu dem Konzept Pflegeoase bei dem Pflegepersonal und den Angehörigen
 - sowie die Belastungen der Pflegekräfte durch die neue Konzeption

Ein wesentliches Element des Milieus stellen der Raum und seine Gestaltung dar einschließlich der hierin befindlichen Objekte. Es sollte herausgefunden werden, ob räumliche Faktoren wahrgenommen werden.

5.0 Methodik

Da die Bewohnerinnen nicht mehr selbst befragt und auch sonst nicht direkt aktiv einbezogen werden konnten, wurden Beobachtungsverfahren eingesetzt, die Informationen über die Reaktion der Bewohnerinnen auf die sozialen Kontakte, die Wahrnehmung der Umwelt oder auch auf eingesetzte Therapien geben sollten. Bei leicht bis mittelschwer demenziell Erkrankten können die Betroffenen noch selbst befragt werden. Bei schwerster Demenz wird allgemein akzeptiert, dass Daten durch Fremderhebungen und/oder Fremdbeobachtungen erhoben werden (Rabins 2000; Selai 2001; Whitehouse 1999).

Aufgrund der Nähe und der Kenntnisse der Betroffenen situation sollten die Beobachtungen durch das Personal durchgeführt werden, wobei die Einschätzungen aufgrund beobachtbaren Verhaltens erfolgen und möglichst nicht interpretiert werden sollte (Magaziner, 1997 in: Menzi-Kuhn, 2006).

Die durchgeführten Erhebungen durch das Personal erfolgten mittels standardisierter Erhebungsverfahren und Beobachtungen. Dabei wurden Verhalten nach der Zeitdauer und der Häufigkeit ihres Auftretens unterschieden.

Eine Kontrolle der Daten erfolgte stichprobenartig durch die Begleitforschung. Ebenso wurden die angewendeten Therapien bei den Bewohnerinnen wie Musiktherapie und Ergotherapie durch die Forscher begleitet. In einem Protokoll wurden die Reaktionen der Bewohnerinnen festgehalten und anschließend die Beobachtungen mit den Therapeuten besprochen.

Da bisher noch wenig Erfahrungen über Pflegeoasen vorliegen¹ wurde ein Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Methoden gewählt. Bei den qualitativen Beobachtungs- und Testinstrumenten wurden nur anerkannte Verfahren eingesetzt, deren Validität und Interrater-Reliabilität in verschiedenen Untersuchungen bereits nachgewiesen wurde. Des Weiteren wurden teilnehmende Beobachtung, halbstandardisierte Interviews, Dokumentenanalyse im Bereich der Therapien, Zeitprotokolle und die Erfassung von Umweltfaktoren wie Helligkeit, Luftfeuchtigkeit und Schall gemessen (siehe auch Tabelle 1).

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Evaluationsstudie mit einer Vergleichsgruppenuntersuchung im Längsschnittdesign.

¹ Bisher liegt ein Forschungsbericht aus Deutschland vor, der sich mit der Thematik Pflegeoasen beschäftigt. Rutenkröger, Anja / Kuhn, Christina (2008): „Im Blick haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle.

Zurzeit sind weitere Berichte im Abschluss und werden bis Mitte dieses Jahres vorliegen. Vom ISGOS liegen vier Berichte zu Oasen den begleitenden Heimen vor: Ein Bericht in Hessen, zwei in NRW und einer in Niedersachsen.

5.1 Instrumentarien für die Befragung der Bewohnerinnen

Tabelle 1: Übersicht der eingesetzten Verfahren

Soziale Umwelt	Pflegerische Betreuung	Verhaltenskompetenz	Medizinisch-kognitiver Status, nicht kognitive Symptome	Subjektives Erleben Emotionen	Räumliche Umwelt
Biografiebogen	Konzept Therapien Zeitprotokoll	ADL Barthel NOSGER	Diagnosen Pflegedoku MMSE, GDS CMAI, BESD NPI	DS-DAT AARS Qualid	Raumgestaltung
Angaben über Bewohnerinnen	Therapien	Verhaltensbeobachtungen, Einschätzung, Teilnehmende Beobachtung, Besucherstatus	Tests, Verhaltensbeobachtung, Ärztl. Diagnose BMI Zeitmessungen der Pflegeleistungen	Verhaltensbeobachtungen Pflegedoku / Therapien Aussagen von Angehörigen	Begehung, Messdaten Umweltfaktoren Aussagen von Mitarbeiter/innen

- Der Biografiebogen enthält 20 Items zur Person, seinem sozialen Umfeld und Netzwerken sowie zu den ärztlichen Diagnosen.
- Die Aktivitäten des täglichen Lebens wurden mit dem Hamburger Manual zum Barthel-Index gemessen. 10 Items sind vorgegeben (wie Essen, Transfer, Waschen, Toilettengang, Baden, Bewegung, Treppen steigen, Ankleiden und Stuhl- und Harnkontrolle). Dies Verfahren diente zur Feststellung der Zielgruppe (Einschlusskriterium).
- Mit der Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) konnten Einschätzungen zu den Einzelkategorien Stimmung, Sozialverhalten, Gedächtnis, IADL, ADL und Störendes Verhalten gewonnen werden. Beobachtet wird das Verhalten der vergangenen 2 Wochen. Vorgabe von 30 Items. Hier wurden Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten einbezogen.
- Der kognitive Status wurde mit Hilfe der Global Deterioration Scale (GDS) den Reisberg-Scalen erhoben. Eine Fremdbewertung, da ein Test mit Hilfe des MMSE oder einer Kurzfassung (Kognitiver Screening Test - 6CIT) trotz Versuche nicht mehr durchführbar war. Auch diese Verfahren dienten zur Feststellung der Zielgruppe (Einschlusskriterium).
- Mit dem Cohen – Mansfield Agitation Inventory konnten Verhaltensmerkmale festgehalten werden. Häufigkeit des Auftretens in den vergangenen 2 Wochen, Vorgabe von 25 Merkmalen.

- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) enthält sieben Beobachtungsbereiche wie Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Beobachtung 2 Minuten.
- Neuropsychiatrisches Inventar Questionnaire (NPI – Q) enthält 12 nichtkognitive Verhaltensstörungen, die in den vergangenen vier Wochen aufgetreten sind.
- Disconform Scale-Dementia Alzheimers Type (DS-DAT) enthält 9 Items (Ausdrucksformen) zur Einschätzung des Befindens. Die Beobachtungszeit beträgt mindestens 5 Minuten.
- Apparent Affect Rating Scale (AARS) enthält 5 Ausdrucksformen, deren Auftreten durch Beobachtung der Mimik unterschieden wird. Die Beobachtungszeit beträgt 10 Minuten.
- Quality of Life in Late State-Stage of Dementia (QUALID) misst 11 Verhalten im Verlauf der vergangenen Woche.
- Die Raumgestaltung und Raumwirkung wird nach Licht, Lüftung, Luftfeuchtigkeit und Gestaltung aufgenommen und zu allen Erhebungszeitpunkten dokumentiert.

Im Verlaufe der Evaluation hat sich gezeigt dass nicht alle Erhebungsinstrumente die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen konnten aber auch die kleine Fallzahl verhindert statistisch genauere Aussagen. Dennoch hat sich die Differenzierung nach verschiedenen Beobachtungszeiträumen als hilfreich erwiesen, da nun auch kurze Episoden von Verhalten von längeren Wellen unterschieden werden oder als gleich bleibend eingeschätzt werden können.

5.2 Instrumentarien für die Befragung der Pflegekräfte

Die Befragung des Personals erfolgte in Form eines Interviews und umfasste offene Fragen ebenso wie teilstandardisierte und standardisierte Fragen. Der Fragenkomplex orientierte sich an eigenen Befragungen zur beruflichen Belastung des Pflegepersonals in der Schwerstpflege (Dettbarn-Reggentin 2008, 2003), an Befragungen von Zimmer / Weyerer (1999) wie auch an der Schweizer Studie zur Situation des Personals in der Langzeitpflege (Oppikofer u.a. 2005) sowie an dem BGW-Manuel zur Mitarbeiterbefragung (ohne Jahr).

Die mündliche Befragung des Personals erfolgte zu Beginn der Forschung (März 2009) und die zweite Befragung ca. 10 Monate später (Januar 2010), mit einem verkürzten Fragenkatalog. Die Interviewzeit lag zwischen 30-60 Minuten (im Mittel bei 41 Minuten).

Die erste mündliche Befragung des Personals umfasste folgende 14 Bereiche:

1. Fragen zur Berufserfahrung, Tätigkeitsbereich und Arbeitszeit
2. Fragen zum Pflegekonzept: Anforderungen, Vorbehalte, Ängste und Erwartungen
3. Erwartungen an die Pfl egetätigkeit
4. Belastungen durch Bewohner/innen
5. Gefühle und Emotionen
6. Körperliche Belastungen
7. Umgang mit Kollegen und Leitung sowie Einrichtung
8. Fragen zur Zusammenarbeit
9. Fragen zu Angehörigen
10. Belastungen durch pflegerische Arbeiten, Einstellung gegenüber Bewohner/innen
11. Belastungen durch die Einrichtung
12. Gefühle und Eindrücke in der Arbeit
13. Was muss sich in der Arbeit ändern?
14. soziodemographische Daten

Die zweite Befragung umfasste Themenkomplexe zu der Erfahrung Pflegeoase, zur Pfl egetätigkeit, Belastungen, Zusammenarbeit mit Angehörigen und Verhalten der Bewohnerinnen.

5.3 Studiendesign

Die Datenerhebung bei den acht Bewohnerinnen der Pflegeoase in Pur Vital erfolgte von Januar 2009 bis Dezember 2009. Für die Kontrollgruppenbefragung wurden Bewohnerinnen aus anderen Etagen herausgesucht, die die gleichen Merkmale (Parallelisierung) wie die Oasenbewohnerinnen aufwiesen.

Vor Erhebungsbeginn wurden die Instrumente an zwei Terminen mit der Pflegedienstleitung und der Wohnbereichsleitung durchgesprochen und auf Besonderheiten hingewiesen. Bevor die Befragung der Bewohnerinnen durchgeführt werden konnte, mussten die Genehmigungen von den Angehörigen bzw. von den Betreuern oder den Betreuerinnen eingeholt werden.

Zu drei Erhebungszeitpunkten füllten die Pflegekräfte die Erhebungsbögen aus, wobei die erste Befragung der Bewohnerinnen vor Einzug erfolgte. Die zweite Erhebung erfolgte ca. vier Monate später und die dritte Erhebung, konnte aufgrund von starken Ausfällen im Pflegebereich (durch Krankheiten) erst Ende Dezember 2009 vorgenommen werden. So lag zwischen der ersten Messung und der dritten Messung ein Zeitraum von ca. 11 Monaten.

Die Pflegekräfte in der Oase wurden in einem mündlichen Interview, wie oben dargestellt, zu ihrer Einstellung und zu den Veränderungen in dieser neuen Form befragt. Des Weiteren sollte herausgefunden werden, ob Berufserwartungen mit den erlebten Arbeitsbelastungen wie Schichtarbeit, Arbeitsumgebung, körperliche Belastung, psychische Belastung aus unterschiedlichen Bereichen in Einklang stehen oder ob Diskrepanzen bestehen und einzelne Belastungen als Stressoren wirken. Nach ca. 10 Monaten fand eine kürzere Befragung zu den Einstellungen und Belastungen bei den gleichen Personen statt. Zum Vergleich einiger Ergebnisse der Daten bei den Bewohnerinnen werden Ergebnisse aus vorhergehenden Befragungen zu Pflegeoasen, die das ISGOS von 2007 bis 2010 begleitet hat, herangezogen. Alle Pflegeoasen und Kontrollgruppen wurden mit dem gleichen Assessment beobachtet und weisen auch in der Parallelisierung gut vergleichbare Merkmale auf.

5.4 Gesamtstichproben

Die Gesamtstichprobe setzt sich zu T0 aus 12 Frauen + 3 Männern mit fortgeschrittener Demenz, Pflegestufe III, Alter von 58-93 Jahren zusammen.

Der durchschnittliche Barthel-Index lag zu Beginn bei 3,33 Punkten und bewegt sich damit im Bereich höchster Pflegeabhängigkeit und Immobilität. Die Reisberg-Skala ergab für alle Bewohnerinnen einen Wert von 7, in Teilen mit Unterpunkten von 7a-7e. Acht der Bewohner/innen waren der Pflegeoase und sieben Bewohnerinnen der Kontrollgruppe zuzuordnen.

Vergleicht man die Ausfälle (Verstorbene) mit der verbliebenen Stichprobe, so zeigt sich bei den Ausfällen ein Altersunterschied bei der Oase von drei Jahren und bei der Kontrollgruppe von 1,5 Jahren auf. Bei der Wohndauer ist nur ein Unterschied bei der Kontrollgruppe von ca. zwei Jahren festzustellen. Bei der Reisberg-Skala und beim Barthel-Index sind zwischen Ausfällen und Stichprobe keine bis geringfügige Abweichungen vorhanden.

Die verbliebene Stichprobe zeigt in den uns wesentlichen Werten die zur Parallelisierung herangezogen werden, wie Barthel-Index, Reisberg-Skala nur geringe bis gar keine Abweichungen.

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung der Ausgangsstichprobe der Bewohnerinnen

Variable	Stichprobenwerte		Ausfälle	
	Oase	KG	Oase	KG
Alter				
i. Mittel	84,83	76,50	88,00	75,00
Median	85,00	80,00	88,00	75,00
Standardabweichung	3,25	10,23	7,07	
Geschlecht				
Weiblich	100,0%	66,7%	100,0%	
Männlich		33,3%		100,0%
Wohndauer				
i. Mittel	5,8	5,5	5,4	3,3
Median	5,6	5,3	5,4	3,3
Standardabweichung	2,9	3,5	2,3	
Barthel-Index				
i. M.	2,50	2,50	4,17	5,00
Median	2,50	2,50	5,00	5,00
Standardabweichung	2,74	3,54	3,76	
Reisberg-Skala				
ihm.	7,00	7,00	7,00	7,00
Median	7,00	7,00	7,00	7,00
Standardabweichung	0,0	0,0	0,0	0,0

Bei den Pflegekräften setzt sich die Stichprobe aus vier Frauen + 1 Mann zusammen, im Alter von 21-36 Jahren, mit einer Berufserfahrung die sich zwischen 5 und 16 Jahren bewegt.

Tabelle 3: Mitarbeiterinnen der Pflegeoase

	Mitarbeiterinnen der Pflegeoase				
Qualifikation	Altenpflegerin mit langjähriger Pflegeerfahrung	Fachpfleger für Gerontopsychiatrie mit mehrjähriger Pflegeerfahrung	Altenpflegerin mit mehrjähriger Pflegeerfahrung	Altenpflegerin mit langjähriger Pflegeerfahrung	Altenpflegehelferin mit mehrjähriger Pflegeerfahrung
Stellenumfang VZ 39 St/Wo.	1,0 VZ	1,0 VZ	1,0 VZ	TZ (15 Std./W.)	TZ (15 Std./W.)

Die vorliegenden Ergebnisse zu den Bewohnerinnen und dem Personal werden als zusammenfassende Darstellungen beschrieben¹. In den Gesamtergebnissen (Skalenwerten) werden die Ergebnisse der Oasenbewohnerinnen der Kontrollgruppe gegenübergestellt und evtl. durch eigene Beobachtungen vor Ort ergänzt.

Die weiteren Beschreibungen der Bewohnerinnen der Oase wie der Kontrollgruppenbewohnerinnen beziehen sich in den Längsschnittdaten nur noch auf jeweils 6

¹ Eine Darstellung von Einzelwerten und deren Verläufe ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. In der nicht veröffentlichten internen Fassung sind diese jedoch enthalten.

Personen (haben alle drei Wellen durchlaufen). Bei den Einzelbeschreibungen werden alle Bewohnerinnen einbezogen (Querschnittsdaten), sodass hier bei der Oase Beschreibungen von 8 Personen vorliegen und bei der Kontrollgruppe von 7 Personen.

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 10.0.

6.0 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den vier Dimensionen zur Einschätzung von Lebensqualität: der Verhaltenskompetenz, der erlebten Lebensqualität, dem subjektiven Wohlbefinden und der objektiven Umwelt.

6.1 Bewohnerinnen

Die Verhaltenskompetenz wird wesentlich von den verfügbaren kognitiven und physischen Ressourcen bestimmt. Beide Ausprägungen waren von Beginn an bei den Bewohnerinnen bereits vor Einzug in die Pflegeoase sehr schwach ausgeprägt. Der kognitive Status konnte mit dem MMSE nicht mehr gemessen werden, da die Bewohnerinnen nicht mehr verbal sprachfähig waren, bzw. nur noch wenige einzelne Worte nennen konnten. Mit der Reisberg-Scala erfolgte die Einstufung der Bewohnerinnen in die Stufe 7, zum Teil in die Unterstufen 7 a-e¹. Das bedeutet, dass im Einzelfall nur noch ein geringes Sprechvermögen mit wenig Worten vorhanden ist. Einige der Bewohnerinnen waren unfähig aufrecht zu sitzen oder zu lachen. Keine der Bewohnerinnen war mehr in der Lage sich selbstständig fortzubewegen, alle Transfers mussten über das Pflegepersonal geleistet werden. Im Laufe der drei Messungen zeigte sich bei den Oasenbewohnerinnen noch eine leichte Verschlechterung der physischen Leistungsfähigkeit, die schon zu Beginn der Messung nach dem Barthel-Index² bei 0-5 Punkten lag, was bedeutet, dass alle Pflegeleistungen durch das Personal durchgeführt werden mussten.

Die Kontrollgruppe zeigte zu Anfang in den kognitiven Fähigkeiten Werte nach der Reisberg-Skala von 7 a-f. Die Ausübung der alltagsbezogenen Tätigkeiten blieb im Durchschnitt in allen drei Wellen auf dem gleichen niedrigen Niveau von 0-5 Punkten. Auch hier war keine der Bewohnerinnen mehr in der Lage Tätigkeiten selbstständig durchzuführen.

Die Versorgungs- und Betreuungsform hatte in diesem Stadium keinen Einfluss auf die kognitive und physische Leistungsfähigkeit.

Zum besseren Verständnis werden alle wesentlichen Personendaten der Oasenbewohnerinnen und der Kontrollgruppe in einer Übersichtstabelle dargestellt. Die jewei-

¹ Reisberg-Skala : Erläuterungen zu den Unterpunkten 7a Sprachvermögen 1 bis 5 Worte pro Tag, 7b Verlust der verständlichen Sprache, 7c bettlägerig, 7d kann nicht selbstständig sitzen, 7e unfähig zu lachen, 7f unfähig den Kopf aufrecht zu halten

² Die Aktivitäten des täglichen Lebens wurden mit dem Hamburger Manual zum Barthel-Index gemessen. 10 Items sind vorgegeben (wie Essen, Transfer, Waschen, Toilettengang Baden, Bewegung, Treppen steigen, Ankleiden und Stuhl- und Harnkontrolle), wobei eine Person zwischen 0 – 100 Punkte erreichen kann. Wobei 100 Punkte bedeutet, dass eine Person alle Verrichtungen des täglichen Lebens alleine durchführen kann. Bei erreichten 0 Punkten kann die Person nichts mehr selbstständig erledigen.

ligen Ausgangssituationen werden durch die erhobenen Biographiedaten und durch die Assessments beschrieben. Die Darstellung erfolgt anonymisiert. Bei den vergleichenden Werten über drei Wellen werden nur die Daten von jeweils 6 Personen einbezogen.

Tabelle 4: Bewohnerinnen der Oase und der Kontrollgruppe¹

	Oasebewohnerinnen	Kontrollgruppe
Alter: Jahre im Mittel	85,6 (von 81 bis 93 Jahre)	76,3 (58 bis 85 Jahre)
Wohndauer im Mittel: Monate	64,5 (9 bis 107 Monate)	57,6 (13-117 Monate)
Diagnosen im Mittel	3,4 Diagnosen	4,0 Diagnosen
Pflegestufen	Stufe III (7x) Stufe II (1x)	Stufe III (7x)
Barthel-Index im Mittel	2,5 Punktwerte (von 0 bis 5)	3,6 Punktwerte (von 0 – 5)
Demenzstufe nach Reisberg		
7 benötigt ständig Hilfe	8 Personen	7 Personen
davon	davon	davon
7a eingeschränkt sprechfähig	3 Personen	4 Personen
7b Verlust der Sprechfähigkeit	5 Personen	2 Personen
7c bettlägerig	7 Personen	7 Personen
7d kann nicht selbst. sitzen	6 Personen	3 Personen
7e kann nicht mehr lachen	1 Person	1 Person
7f kann Kopf nicht aufrecht halt.	-	-
Psychopharmaka	Nein (7x)	Nein (6x)

Bei den Oasebewohnerinnen wiesen 87,5% eine ärztliche Demenzdiagnose auf, bei den Kontrollgruppenbewohnerinnen sind es 71,4%.

Psychotrope Substanzen (hierzu gehören nach der Roten Liste die Hauptgruppen 71 und 49) erhielten zu Beginn 16,7% der Oasebewohnerinnen und ebenso viele in der Kontrollgruppe. Zum Messzeitpunkt T3 erhöhte sich der Anteil bei der KG auf 50%, während er bei den Oasebewohnerinnen gleich blieb. 63% der Oasebewohnerinnen erhielten regelmäßig oder je nach Bedarf Schmerzmittel, bei der KG waren es 71%. Bei leichten bis mittelstarken Schmerzen wurde Paracetamol oder bei mäßigen bis starken Schmerzen Novaminsulfon gereicht.

¹ In diese Darstellung werden alle Bewohnerinnen einbezogen, auch jene die vor oder nach der zweiten Welle ausgeschieden sind

6.2. Erlebte Lebensqualität

Schmerzempfinden

Zwei Drittel aller über 65jährigen Personen in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen, bei den Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen geht man von 60-80% aus. Dies hat eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität zur Folge wie z.B. Schlafstörungen, Bewegungseinschränkungen, Angst, Depressionen, Abhängigkeit und Isolation (Landendorfer / Hesselbarth 2003). Um Diagnosen und Therapien einzusetzen bedarf es der Information durch die Betroffenen. Da die Kommunikation bei der Bewohnergruppe der Oase nicht mehr möglich ist, sind Pflegekräfte nur bedingt in der Lage, Schmerzen ausreichend zu erkennen. Demenziell Erkrankte haben auch eine gestörte Wahrnehmung ihres Körpers, sie verlieren das gelernte Wissen darüber was ein Schmerz ist (Schwarz 2004). Darum ist es besonders wichtig, die Bewohnerinnen und Bewohner zu beobachten und Anzeichen, die auf Schmerzen hinweisen, zu dokumentieren. International wurden zahlreiche Schmerzskalen entwickelt, die die Pflegekräfte bei der Verhaltensbeobachtung unterstützen sollen. Ziel ist es, die für Schmerzen typischen Verhaltensweisen zu erfassen und sie von anderen Verhaltensauffälligkeiten zu unterscheiden (Th. Fischer 2007). Als Schmerzen können folgende Verhalten gedeutet werden:

Aggressive Zustände, Apathie oder motorische Unruhe.

Die Beobachtung der Pflegekräfte konzentriert sich dabei auf Reaktionen der Bewohnerinnen, die auf Schmerzen hinweisen, wie indirekte Schmerzäußerungen oder nonverbale Ausdrucksformen.

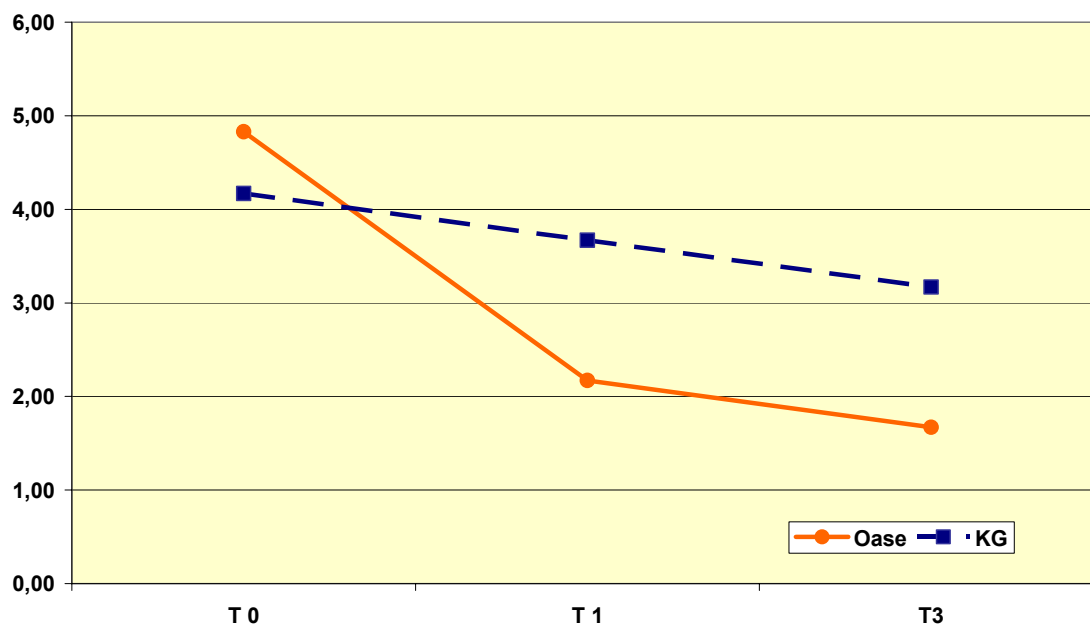
Als besonders verlässlich bei fortgeschrittener Demenz sind Skalen zur Beobachtung von Verhaltensreaktionen auf Schmerzen. In der Fachliteratur werden zwei Verfahren für diesen Personenkreis empfohlen, die ECPA und die PAINAD-Skala, als deutsche Fassung unter dem Namen BESD (Basler et. al. 2006) bekannt. In der vorliegenden Studie wurde die anerkannte Beurteilungsskala BESD eingesetzt. Bei der Beurteilung sind Auftreten zwischen 0 Punkten (kein Vorkommen) und 10 Punkten (schwere Ausprägung von Schmerzen) zu bewerten. Der Schwellenwert liegt bei 6 Punktwerten. Die Gütekriterien und Validität der BESD wurde anhand einer Studie überprüft die in Deutschland an 99 demenzkranken Bewohner und Bewohnerinnen in acht Pflegeheimen durchgeführt wurde als befriedigend bewertet (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. o.J.).

Die BESD-Skala enthält folgende Beobachtungskategorien:

- Atmung,
- Negative Lautäußerungen,
- Gesichtsausdruck,
- Körpersprache und Reaktion auf Tröstung.

Die Beobachtungen sind zwar zuverlässiger wenn die beobachteten Bewohnerinnen mobilisiert werden, sich also nicht in Ruhesituationen befinden. Des Weiteren verringert sich das Schmerzverhalten wenn die Bewohnerinnen analgetische Medikamente erhalten. Dennoch konnten Verläufe von Schmerz beobachtet werden.

Abb. 10: Schmerzempfinden Oase und Kontrollgruppe im Längsschnitt (N = 12)



Beobachtete Verhalten zunächst zwei Minuten lang, Beobachtung in der Ruhephase. Mittelwerte. (T0 = vor Einzug in die Oase, T1 = vier Monate später und T3 = 11 Monate später).

Im Längsschnitt sind abnehmende Entwicklungen zu erkennen. In der Pflegeoase lassen die beobachteten Verhalten ein abnehmendes Schmerzempfinden erkennen, ebenso zeigen sich in der Kontrollgruppe (KG) abnehmende Schmerzempfinden, wobei die Abnahme hier etwas geringer erfolgt als in der Oase. Bei beiden Gruppen liegen die Mittelwerte unter dem Schwellenwert 6.

Alle Bewohnerinnen in der Oase wie in der KG zeigen bezüglich der Atmung konstante oder abnehmende Werte, wobei in der KG zum Zeitpunkt T3 keine Beschwerden in der Atmung mehr auftreten.

Bei den negativen Lautäußerungen, wie laut stöhnen, weinen oder ächzen zeigen sich bei zwei der beobachteten Personen in der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt T3

noch Anzeichen, wobei eine der beiden Personen durchgängig höhere Werte aufweist. Bei den Oasenbewohnerinnen treten bei zwei Personen zu T3 leichte Anzeichen von negativen Lautäußerungen auf. Während vier Oasenbewohnerinnen und vier Kontrollgruppenbewohnerinnen keine Merkmale zeigen.

Im Gesichtsausdruck weisen zwei Personen aus der Oase und eine Person aus der KG auf Verhaltensreaktionen hin, die auf Schmerz deuten könnten.

Zwei Personen in der Kontrollgruppe zeigen in ihrer Körpersprache ausgeprägte Merkmale, die auf Beschwerden hinweisen könnten. Diese Merkmale treten bei einer Person im Zeitverlauf auch konstant auf, bei einer zweiten Person treten Schwankungen im Zeitverlauf auf. Beide Personen zeigen in den Bereichen negative Lautäußerungen und Gesichtsausdruck Ausprägungen von Unbehagen auf, die auch ein Indiz von Schmerz sein könnten. In der Oase zeigen lediglich zwei Personen geringe Merkmale in der Körpersprache, vier Personen weisen keine Anzeichen auf.

Bei der Einschätzung der Ausdrucksformen werden durch die BESD auch Verhaltensreaktionen auf Trost und Zuwendung einbezogen. Durch Trost, Aufheiterung, Kommunikation, Anregungen oder schöne Aufgaben und Beschäftigungen kann „einerseits die Aufmerksamkeit vom Schmerzerleben abgelenkt werden, andererseits eine positive emotionale Verfassung des Kranken gefördert werden. Beides hilft, die Intensität des Schmerzerlebens des Demenzkranken zu vermindern und auch einen inneren Rückzug des Kranken entgegenzuwirken“ (G. Schwarz 2004).

Mit der BESD sollte auch beobachtet werden, ob die Personen sich von ihren Schmerzen ablenken lassen und entspannen und damit die Intensität des Schmerzerlebens gemindert werden kann. Mit der Reaktion auf „Trost“ wird die Beeinflussung auf das Schmerzempfinden bewertet.

Generell scheinen die in die Evaluation einbezogenen Bewohnerinnen in der Oase keine Zuwendung und Trost zu benötigen. Während in der Kontrollgruppe bei zwei Bewohnerinnen Ablenkungen und Beruhigungen möglich sind, zeigt sich bei zwei Personen zum Zeitpunkt T3 ein ablehnendes Verhalten beim Trösten und Ablenken, eine Beruhigung scheint hier durch Trost nicht mehr möglich zu sein.

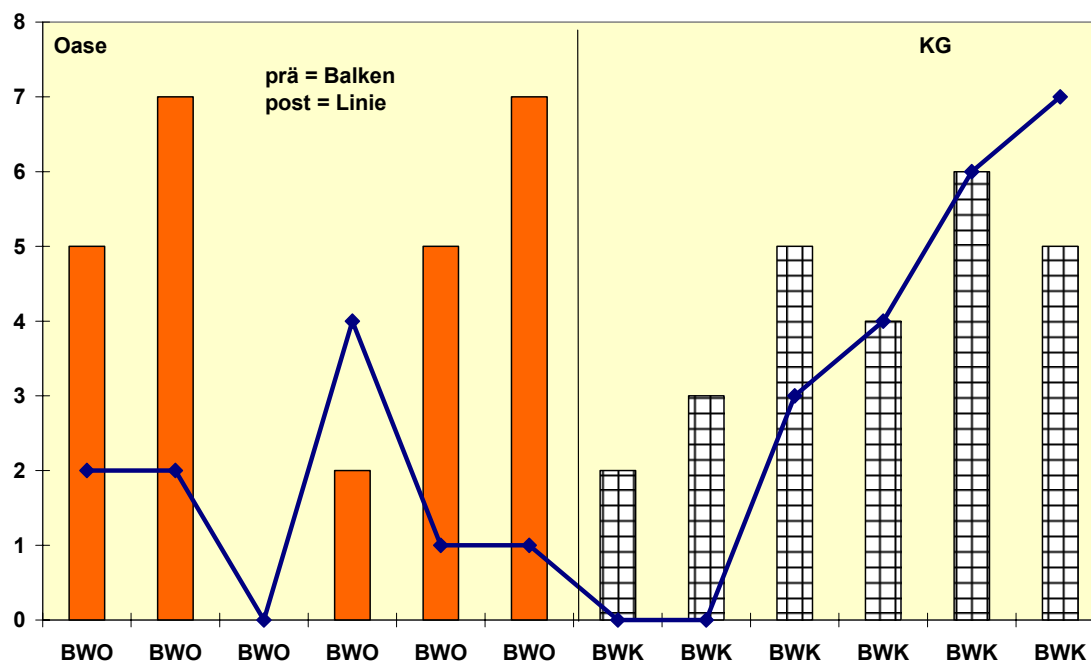
Die Beobachtung des Schmerzempfindens zählt zu den wesentlichen Betreuungsleistungen und ist gerade bei Personen mit einer demenziellen Erkrankung in fortgeschrittenem Stadium ein wichtiger Indikator für Wohlbefinden. Da die Demenzkranken in dem schweren Stadium der Erkrankung nicht mehr in der Lage sind zu äußern, ob sie Schmerzen haben, wo oder wann Schmerzen auftreten, sind genaue

Beobachtungen der Verhaltensreaktionen der einzige Zugang, Unwohlsein und Schmerzen aufzuspüren.

Bei fünf Bewohnerinnen der Pflegeoase zeigten sich im Zeitverlauf der Messungen geringere Summenwerte auf während sie sich bei zwei Personen verschlechterten. Bei allen Bewohnerinnen liegen die Werte im dritten Messzeitpunkt unter dem Schwellenwert 6. Vor allem bei zwei Bewohnerinnen zeigen sich deutliche Veränderungen in der Schmerzbeobachtung zum Positiven. Bei den zwei Bewohnerinnen deren Werte sich verschlechterten, befand sich eine schon beim Einzug in die Pflegeoase in der Sterbephase und verstarb kurz nach der zweiten Erhebung.

In der Kontrollgruppe zeigen sich bei vier Bewohnerinnen Verbesserungen der Werte im Zeitverlauf, während sich die Werte bei drei Personen verschlechtern, von denen zwei über dem Schwellenwert 6 liegen. Erreicht eine Person den Schwellenwert 6 wird die betroffene Person als behandlungsbedürftig angesehen. Wobei ein Punktwert von 0 nicht in jedem Fall heißt, dass der Demenzkranke keine Schmerzen hat (siehe Grafik 11).

Abb. 11: Schmerzempfinden bei den Einzelbewohnerinnen der Oase und Kontrollgruppe, prä (vor Einzug) und post (nach dem Einzug in die Pflegeoase (N = 12)



BWO = Bewohner Oase, BWK = Bewohner Kontrollgruppe

Umgekehrt bleibt bei einem hohen Wert die Frage offen, ob das auffällige Verhalten die Folge einer Schmerzbelastung ist oder eine andere Ursache hat (Schwarz 2004). Nicht zu Unrecht weist Th. Fischer (2007) darauf hin, dass Beobachtungsinstrumente nur ein Hilfsmittel sind, um mögliche Schmerzen von schwerst Demenzkranken ge-

nauer in den Blick zu nehmen. Solche Instrumente sollen den Blick von Pflegekräften schärfen und helfen, Schmerzen zu erkennen und die Diskussion im multiprofessionellen Team unterstützen.

6.3 Nicht-kognitive Symptome

Es wurde bereits auf den fortgeschrittenen Verlauf der Demenz bei den Bewohnerinnen in der Pflegeoase und vergleichend bei den Teilnehmerinnen in der Kontrollgruppe verwiesen. Auch in diesem Stadium der Demenz können Verhaltensauffälligkeiten und neuropsychiatrische Symptome auftreten. Diese Verhalten führen in früheren Stadien der Demenz zu erheblichen Belastungen der Betreuungspersonen und zu einer Verschlechterung der Lebensqualität. Die neuropsychiatrischen Symptome sind im Verlauf der Krankheit sehr variabel. Nach Frölich (2008) beherrschen vor allem Apathie, Angst, Depression, Resignation und Lebensmüdigkeit das Bild. „Antriebsstörungen sind eher stabil, paranoide Symptome und Angst, paranoide Vorstellungen und Aggressionen sind mäßig persistent“ (ebda. 2008).

Zur Erfassung des Verhaltens wird das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) nach Cumming et. al.¹ eingesetzt. In zwölf neuropsychiatrischen Symptombereichen, wie z.B. Apathie, Wahn, Depressionen, Essstörungen, etc. wird das Auftreten in den vergangenen vier Wochen nach Schwereausmaß auf die Bewohnerinnen gemessen. Da es sich bei den Veränderungen des Gefühlslebens und des Verhaltens um betreuungsrelevante und generell gut zu beeinflussende Symptome handelt, ist der Verlauf der Verhaltensstörungen ein wichtiger Indikator, welchen Einfluss das Betreuungskonzept „Pflegeoase“ auf die Bewohnerinnen ausübt.

Traten vor Umzug in die Pflegeoase bei den Bewohnerinnen von den 12 Einzelsymptomen der NPI in den letzten vier Wochen noch 7 Symptome auf, so sind nach Einzug in die Pflegeoase zum Zeitpunkt T1 nur noch drei Einzelsymptome vorhanden und bei der Messung T3 bestehen keine Symptome mehr. Vor Umzug in die Pflegeoase waren besonders stark Apathie, Agitiertheit und Essstörungen bei einigen der Bewohnerinnen zu verzeichnen, wovon sich die Apathie bis zum Zeitpunkt T1 etwas reduziert und in der dritten Messung nicht mehr auftritt (siehe Tabelle 6).

In der Kontrollgruppe zeigten sich in der ersten Messung ebenfalls sieben Einzelwerte der NPI, die sich in Teilen bis zum Zeitpunkt T3 abschwächen. Eine starke Zunahme erfährt die Apathie bei den Bewohnerinnen zum Zeitpunkt T3 (T0 66,7% und T3 83,3%). Abgebaut werden kann der Einzelwert Depressionen von 66,7% zu T1

¹ Cumming et. al (2000): De Neuropsychiatrische Vragenlijst-Questionnaire (NPI-Q-NH)

auf 33,3% zu T3. Schwankungen zeigen die Werte Essstörungen und Schlafstörungen in den drei Messzeitpunkten bei den Bewohnerinnen auf (siehe Tab. 6).

Tabelle 6: Neuropsychiatrisches Inventar im Vergleich Oase und KG (N= 12)

NPI -Symptome	Oase			Kontrollgruppe		
	T0	T1	T3	T0	T1	T3
Agitiertheit	33,3	0,0	0,0	16,7	16,7	0,0
Reizbarkeit	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Depressionen	50,0	16,7	0,0	66,7	66,7	33,3
Abweichendes mot. Verhalten	16,7	16,7	0,0	33,3	0,0	0,0
Apathie	83,3	66,7	0,0	66,7	83,3	83,3
Angst	16,7	0,0	0,0	16,7	33,3	16,7
Essstörungen	33,3	0,0	0,0	33,3	66,7	33,3
Schlafstörungen	0,0	0,0	0,0	16,7	50,0	33,3
Wahnvorstellungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enthemmung	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Halluzination	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hochstimmung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mindestens 1 NPI-Symptom in schwerer Ausprägung	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	16,7%	0,0%

Bei beiden Wohnformen reduzieren sich die NPI-Symptome in der *schwersten Ausprägung*, bzw. sind zum Messzeitpunkt T3 nicht mehr vorhanden.

Auffällig ist das starke Auftreten von Apathie bei den Oasenbewohnerinnen vor ihrem Einzug in die Oase zum Zeitpunkt T0. Von den acht Bewohnerinnen die in die Oase eingezogen sind zeigen sieben Personen apathisches Verhalten. Bei vier Personen war es in der schwersten Ausprägung vorhanden und bei zwei Personen im mittelschweren Stadium. Bei den Kontrollgruppenbewohnerinnen wiesen vier Personen von sieben das Symptom Apathie auf und davon eine in der schwersten Ausprägung. Apathie scheint eine schwerwiegende Begleiterscheinung in der schweren Demenzphase zu sein, deren Abnahme in einer gruppenbezogenen Betreuungssituation wie die in einer Pflegeoase eine stark rückläufige Tendenz aufweist.

Mit der Beobachtung der neuropsychiatrischen Symptome und Verhaltensauffälligkeiten wurde ein weiterer Aspekt einbezogen, der belastende Auswirkungen des Umfeldes auf die Bewohnerinnen beobachtet. Es wird davon ausgegangen, dass Umweltfaktoren Verhaltensauffälligkeiten mindern oder auch fördern können.

Die Beobachtungen des Unwohlseins und der Schmerzempfindungen mit Hilfe der NPI - Skalen bestätigen die ermittelten Werte, die bereits mit der Schmerzbeobachtung, den BESD – Skalen, gemacht wurden. Die NPI - Skala beschreiben ergänzend zu den kurzen Beobachtungszeiträumen der BESD jedoch einen längerfristigen Zeitraum von vier Wochen.

Beide Verfahren bestätigen Verbesserungen im Zeitverlauf bis zum Messzeitpunkt T3 bei den Oasebewohnerinnen wie auch der Kontrollgruppe. Bei den Oasebewohnerinnen waren schwere NPI - Symptome wie Apathie bereits wenige Monate nach Umzug in die Oase stark rückläufig und traten zum Messzeitpunkt T3 nicht mehr auf. Bei der Kontrollgruppe zeigen sich im Zeitverlauf ebenfalls Verbesserungen, doch nicht alle Werte können zum Zeitpunkt T3 gänzlich zurückgeführt werden

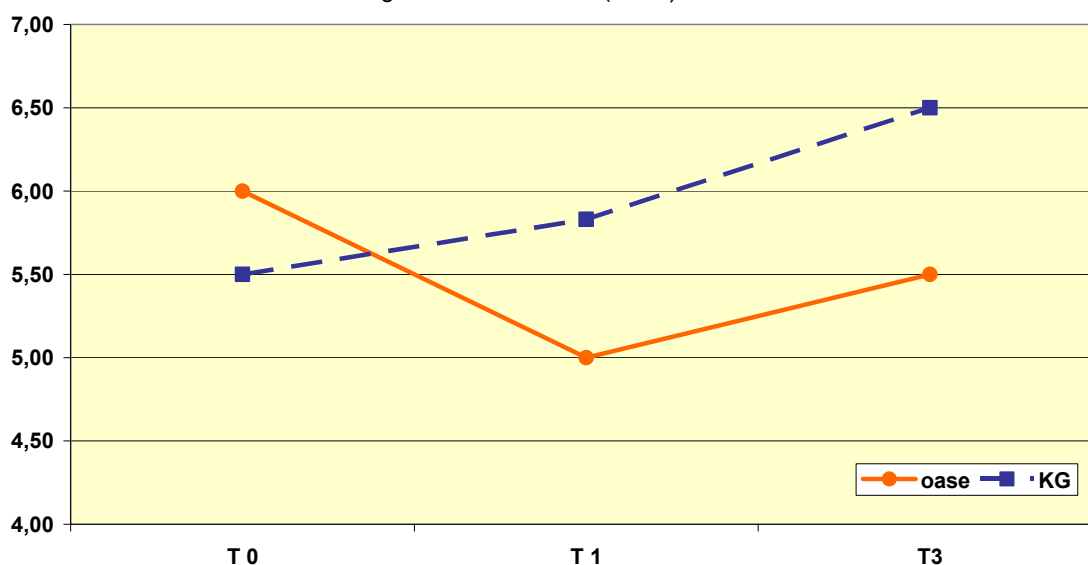
6.4 Störendes Verhalten

Mit der NOSGER-Skala werden Verhalten beobachtet, die im Alltag störend auf das Umfeld wirken. Im Zeitverlauf der vergangenen zwei Wochen ab Erhebungstermin werden solche Verhalten bei den Bewohnerinnen der Oase und der Kontrollgruppe gemessen. Die Skala hat fünf Werte an denen sie die Störungen misst und einen Gesamtscore.

Störende Verhalten mit Einfluss auf die Tagesabläufe zeigen sich nur in einem ganz geringen Ausmaß. Der Gesamtwert in der Pflegeoase verbessert sich im Beobachtungszeitraum von T1 bis T3 bei drei Personen und bleibt bei zwei Personen konstant. Bei zwei Personen tritt eine leichte Verschlechterung auf. Das niedrige Niveau an Verhaltensstörungen wird damit leicht unterschritten und gut bestätigt.

In der Kontrollgruppe zeigen sich bei den Werten leichte Schwankungen bei fünf Personen, die zum Teil auf Unruhe in der Nacht zurückzuführen sind. Bei einer Person bleiben die Werte konstant über alle drei Messungen und bei einer Person verbessert sich der Wert leicht.

Abb. 12: Störendes Verhalten im Vergleich Oase und KG (N=12)¹



Die Werte bedeuten: 1=nie aufgetreten, 2=hie und da, 3=oft, 4=meistens, 5=immer. Ein Wert von 5 Punkten bedeutet, dass kein störendes Verhalten vorliegt.

¹ Je höher die Werte in den NOSGER-Summenscore umso schlechter ist der Verlauf.

Die Abbildung 12 verdeutlicht anhand der Mittelwerte, dass die Abstände beim störenden Verhalten im Alltag zwischen Oasenbewohnerinnen und der Kontrollgruppe sehr gering sind. Während sich die Werte in der Oase geringfügig verbessern, steigen die Werte bei der KG leicht an. Die NOSGER mit den Ausprägungen des störenden Verhaltens bestätigt damit die positiven Abnahmen zum Zeitpunkt T3, die schon mit dem Neuropsychiatrischen Instrument NPI gemessen wurden.

6.5 Zusammenfassung: Verhaltenskompetenz

Die Beobachtungen des **Schmerzempfindens** in der Oase zeigen, dass die Verläufe im Längsschnitt sich zu dem Zeitpunkt T3 positiv verändern und weit unter dem Schwellenwert liegen. Auch in den Einzelbetrachtungen der Personen zeigen sich bei fünf Personen starke Verbesserungen zum Messzeitpunkt T3, bei zwei Personen verschlechterte sich der Wert.

Die Kontrollgruppe weist ebenfalls während der drei Zeitmessungen positive Veränderung zum Zeitpunkt T3 auf, liegt aber im Mittelwert etwas höher als die Oasenbewohnerinnen. Bei zwei Personen liegen die Messungen zum Zeitpunkt T3 beim Schwellenwert 6 bzw. über dem Schwellenwert. Vier Personen zeigen Verbesserungen in den Werten und bei zwei Personen treten Schwankungen auf.

Bei den **nichtkognitiven Symptomen** zeigen sich bei den Pflegeoasenbewohnerinnen zum dritten Messzeitpunkt T3, dass kein Symptom mehr beobachtet wurde. Selbst Symptome die vor Einzug in die Oase noch stark vertreten waren, wie Apathie, Depressionen und Essstörungen traten nicht mehr auf.

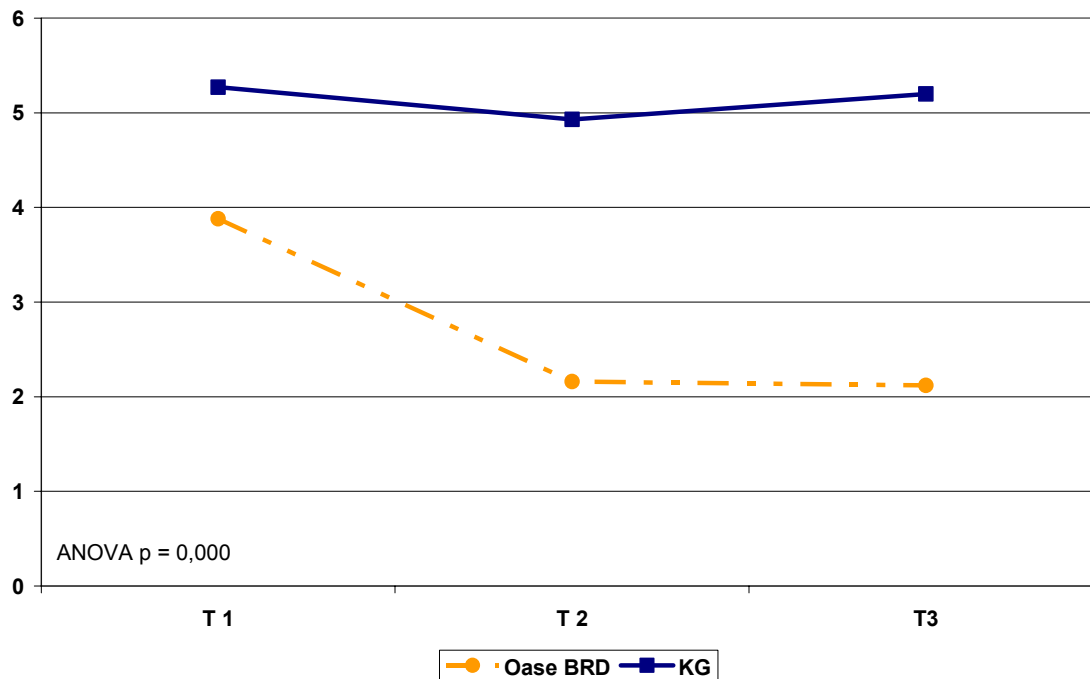
In der Kontrollgruppe nehmen die Werte geringer ab und fünf Werte werden noch zum Zeitpunkt T3 gemessen. Eine starke Zunahme erhält hier der Wert Apathie, der nun bei mehreren Personen auftritt als in der ersten Messung, aber in einer leichten Form beobachtet wurde.

Das **störende Verhalten**, welches über fünf Verhalten gemessen wird bestätigt die Ergebnisse der NPI für die beiden Gruppen. Für die Oasenbewohnerinnen zeigt es eine leichte Verbesserung ab T1 und für die Kontrollgruppe eine leichte Verschlechterung der Werte ab T1.

Insgesamt deuten sich bei den Verhaltenskompetenzen Vorteile bei den Pflegeoasenbewohnerinnen an, die jedoch in Anbetracht der geringen Teilnehmerzahl nur begrenzt aussagefähig sind. Allerdings sind diese Verläufe auch in anderen vom ISGOS evaluierten Pflegeoasen aufgetreten. Daher soll dieser Aspekt in einer Ge-

samtdarstellung der Zusammenfassung von Pflegeoasen und Kontrollgruppen solche Entwicklungen untermauern.

Abb. 13: NPI Mittelwerte Vergleich Oase und Kontrollgruppe, alle Oasen (N=40)



Weitere Angaben zur Stichprobe der Gesamteinheit Pflegeoase und Kontrollgruppen werden in Kapitel 12.6 dargestellt.

Anhand der Mittelwerttrendlinie aller Oasen bestätigt sich noch einmal der Trend der auch schon in der Pflegeoase im Pur Vital zu beobachten war. Die Werte verbessern sich in den Pflegeoasen im Verlauf von T1 zu T3 erheblich, während in der Kontrollgruppe ein konstanter Verlauf zu beobachten ist.

7.0 Subjektives Erleben der Bewohnerinnen

Die Fähigkeiten zur selbstständigen Umweltgestaltung oder auch zur Beteiligung an Alltagsaktivitäten sind bei den Oasebewohnerinnen und den einbezogenen Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe vollständig verloren gegangen. Die Bewältigung alltagsverrichtender Aktivitäten wurde anhand des Barthel-Index bewertet. Von den zehn gemessenen Alltagsaktivitäten konnte selbst mit fremder Hilfe so gut wie keine Tätigkeit bewältigt werden. Lediglich in Einzelbereichen verfügen einige Bewohnerinnen noch über Restkompetenzen, die sie etwa bei der Essenaufnahme einsetzen und mit Unterstützung auch solche Tätigkeiten durchführen können.

Die kognitiven Fähigkeiten sind ebenfalls erheblich eingeschränkt, Sprachverlust, Steuerungsverlust und Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten sind als Hauptmerkmale zu nennen. Damit gewinnen nonverbale Ausdrucksformen wie Gestik, Körperbewegungen und Mimik eine besondere Bedeutung. Zu fragen ist deshalb nach Fähigkeiten zur Wahrnehmung der sozialen Umwelt. Werden die Mitbewohnerinnen erkannt und erreichen Ansprachen durch Angehörige und Personal noch die Bewohnerinnen? Um dies zu ermitteln wurden die Beobachtungen auf die Reaktion der Bewohnerinnen gerichtet, wenn andere Personen einbezogen wurden. Anhand des mimischen Ausdrucks sollten mittels unterschiedlicher Beobachtungsverfahren Freude, Interesse, Angst, Ärger und Traurigkeiten bei den Bewohnerinnen festgehalten werden. Die Ausdrucksformen der Bewohnerinnen wurden im Pflegealltag durch die Pflegekräfte beobachtet und vermerkt. Das wissenschaftliche Team hielt per Aufzeichnung die Emotionen der Bewohner/innen bei der Musik- und Ergotherapie fest.

7.1 Sozialkontakte

In erster Linie findet die soziale Einbindung der Bewohnerinnen aus der Pflegeoase und der Kontrollgruppe jeweils in ihrem Wohnbereich bzw. im Einzelzimmer statt. Da die untersuchten Bewohnerinnen nicht mehr in der Lage sind ihre Räume zu verlassen, sind ihre Kontakte auf die Pflegekräfte, Mitbewohnerinnen und auf die besuchenden Angehörigen gerichtet. Vor allem Kontakte mit den Pflegekräften und regelmäßige Besuche durch Angehörige können das Wohlbefinden verbessern.

Bei den Oasebewohnerinnen haben ca. 63% noch Kinder und eine Person noch einen Ehepartner. 50% der Kinder leben im Ort. Über weitere Angehörige verfügen noch 56% der Bewohnerinnen.

In der Kontrollgruppe sind 43% der Bewohnerinnen verheiratet und 86% haben noch Kinder, von denen 71% im Ort leben. Andere Angehörige sind noch zu 57% vorhanden. Wobei diese Angaben noch nichts über die Besuchshäufigkeiten aussagen.

Fragt man nach den Kontakten bzw. der Besuchshäufigkeit, so erhalten 88%¹ in der Oase regelmäßig Besuche durch ihre Angehörigen oder Verwandte. Bei der Kontrollgruppe liegt der Anteil bei 71%. Keine Besuche erhalten in der Oase eine Person und zwei Personen in der Kontrollgruppe. Die Besuchszeiten bewegen sich bei der Oase zwischen einer bis zwei Stunden (63%) bzw. zwischen einer viertel Stunde bis zu einer halben Stunde (25%). Bei der KG erhalten 57% Besuche zwischen einer und zwei Stunden und eine Person erhält einmal bzw. zweimal im Jahr Besuch.

Bei den Kontakten und dem Sozialverhalten der Bewohnerinnen innerhalb der Gruppen (Oase und KG) und zu dem Pflegepersonal und zu anderen Bewohnerinnen zeigen sich jedoch Unterschiede.

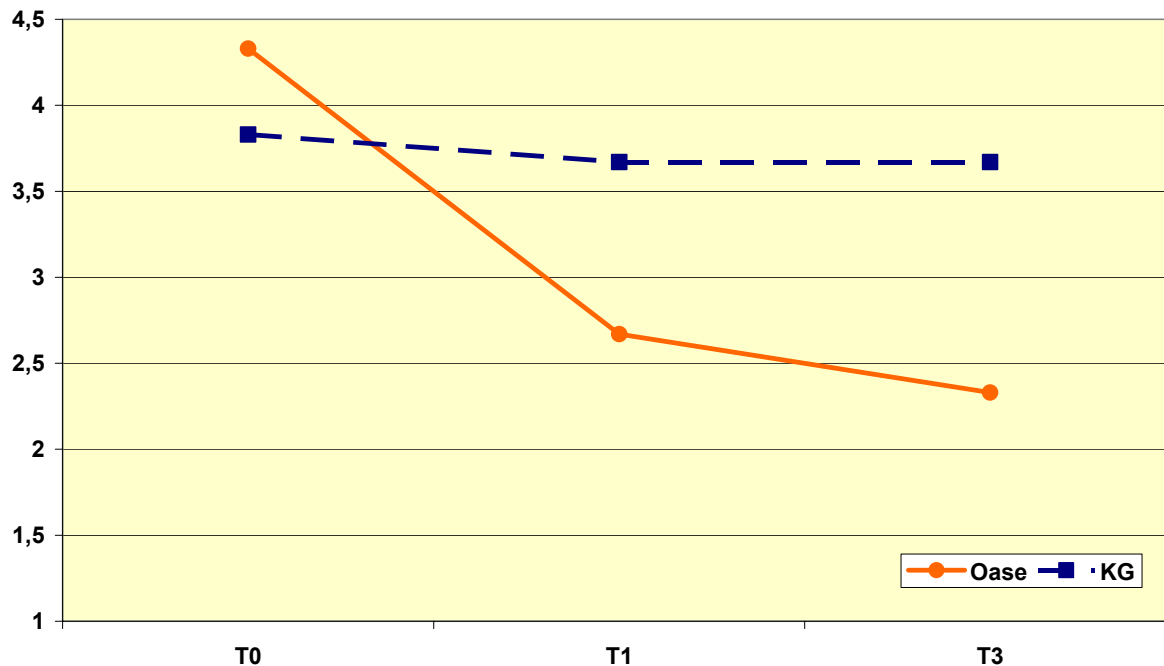
Anhand der NOSGER soll das soziale Verhalten der Bewohnerinnen in der Oase und der Kontrollgruppe in den Einzelwerten und im Verlauf der Mittelwerte aufgezeigt werden. Die Beobachtungsskala der NOSGER enthält drei von fünf Elementen im Sozialverhalten, die nicht mobilitätsabhängig sind, sowie zwei Werte „hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande“ und „hält Kontakt zu Freunden oder Angehörigen aufrecht“, die eher mobilitätsabhängig sind. Werden alle Werte zusammengefasst erhält man zunächst einen Gesamtwert.

Werte von mehr als 15 Punkten sind charakteristisch für Personen mit schwerer Demenz. Bei Werten über 20 Punkten sind nur noch wenige Reaktionen vorhanden.

Trotz völlig eingeschränkter Mobilität nähern sich einige Bewohnerinnen in der Oase im Zeitverlauf der Marke von 15 Punkten. Wie entwickeln sich jedoch mobilitätsunabhängige Sozialverhalten wie: „(Blick-)Kontakte mit Personen in der Umgebung herstellen“, die „Aufnahme der Umgebung“ und „auf Kontakte positiv zu reagieren“?

¹ Die regelmäßigen Besuch beziehen sich auf täglich, mehrmals wöchentlich und 1-2X im Monat.

Abb. 14: Nimmt (Blick-)Kontakte mit Personen in der Umgebung auf, im Vergleich Oase und KG NOSGER (N=12)

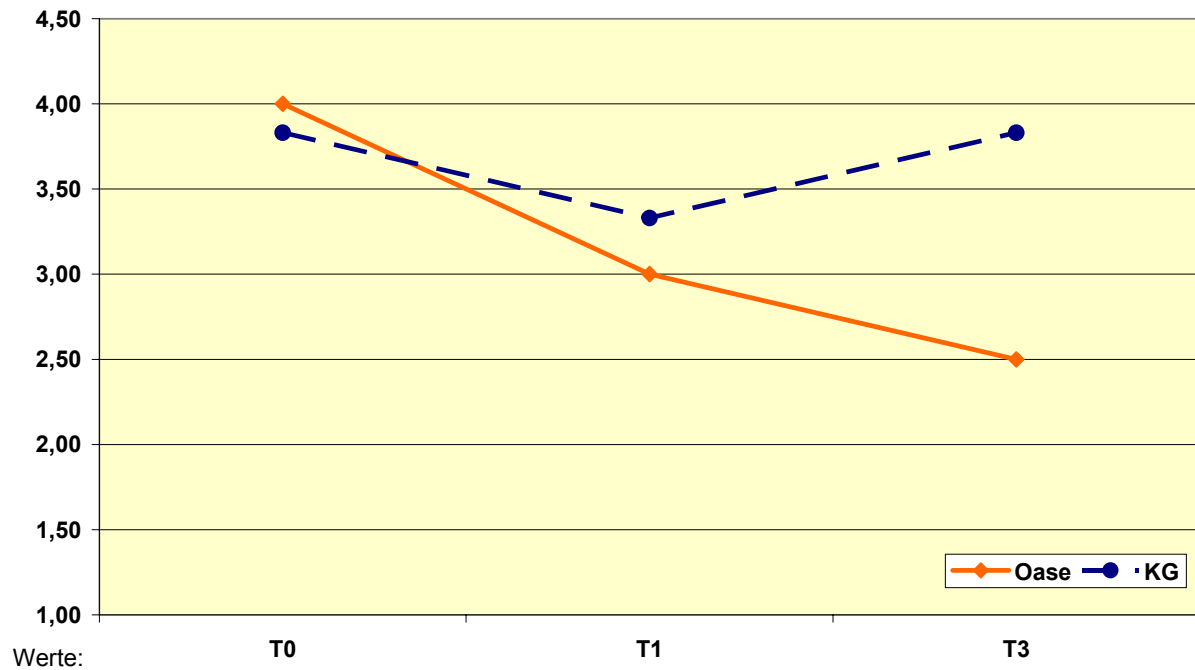


Werte: 1=immer, 2=meistens, 3=oft, 4=hie und da, 5=nie. Darstellung der Mittelwerte, Anova-Tabelle $p=0,049$

Die Aufgeschlossenheit gegenüber der sozialen Umgebung wird maßgeblich von den Gelegenheiten zur Kontaktaufnahme bestimmt. Sie erzielt auch trainierende Effekte. In der Pflegeoase nehmen die Kontaktaufnahmen der Bewohnerinnen bei etwa gleichen Ausgangswerten bereits nach kurzer Zeit (etwa 1 Monat) in der Oase einen deutlichen Zuwachs ein, der auch 10 Monate später noch weitere Gewinne erzielt. Die Kontaktaufnahme in der Kontrollgruppe im Einzelzimmer bleibt auf dem Ausgangsniveau von „Kontaktaufnahme hie und da“.

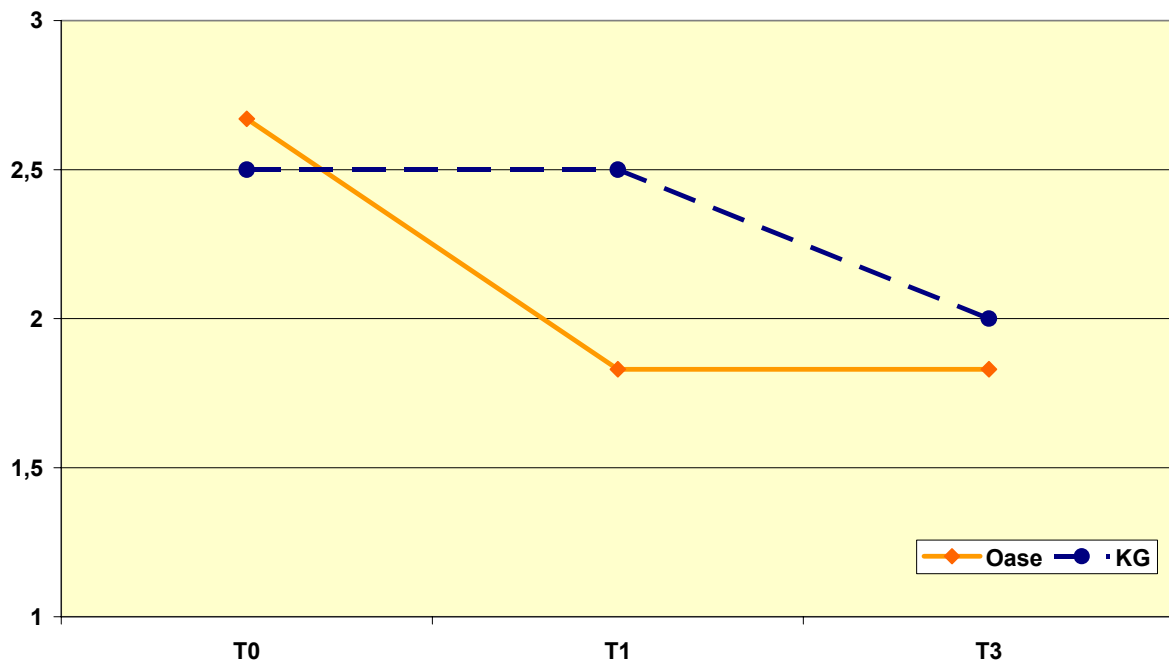
Weitere Verhalten, die ebenfalls keine Mobilität voraussetzen, wurden mit „Anteilnahme an den Vorgängen der Umgebung“ und „Wirkt im Kontakt freundlich und positiv“ einbezogen. Hier fließen die in den vergangenen 14 Tagen ausgeübten Verhalten ein, die auf Ereignisse der Umgebung bezogen sind.

Abb. 15: Nimmt Anteil an den Vorgängen in der Umgebung, im Vergleich Oase und KG, NOSGER (N=12)



1=immer, 2=meistens, 3=oft, 4=hie und da, 5=nie. Darstellung der Mittelwerte, Anova-Tabelle $p=0,073$

Abb. 16: Wirkt im Kontakt mit Angehörigen oder Freunden freundlich und positiv, im Vergleich Oase und KG, NOSGER (N=12)



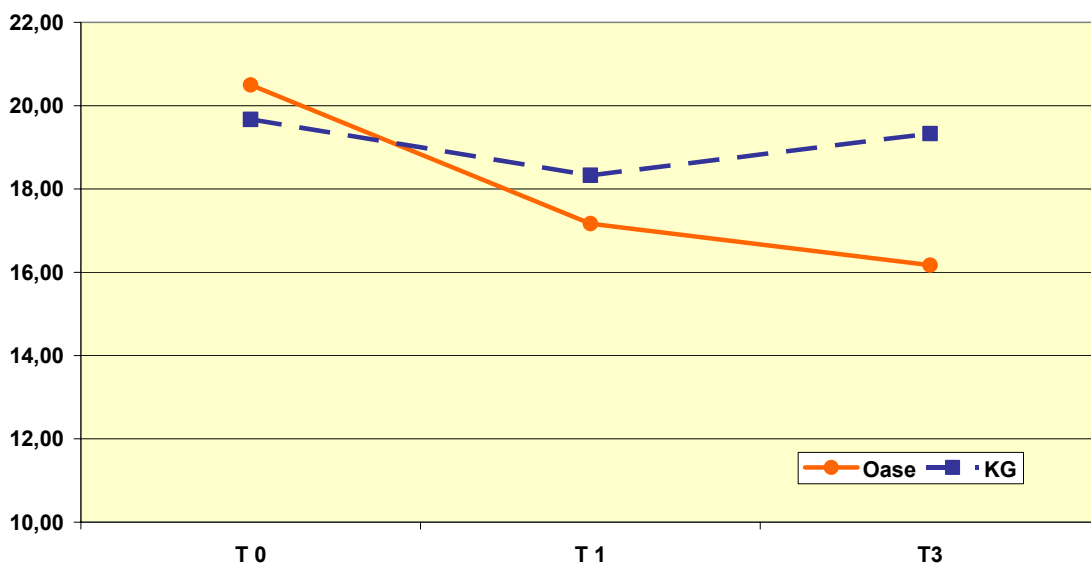
Werte: 1=immer, 2=meistens, 3=oft, 4=hie und da, 5=nie. Darstellung der Mittelwerte, Anova-Tabelle $p=0,333$

Der Wert „Nimmt Anteil an den Vorgängen in der Umgebung“ belegt nochmals die Aufgeschlossenheit der Bewohnerinnen in der Pflegeoase gegenüber dem dort ablaufenden Geschehen. Die äußere Reaktion mit positiver und freundlicher Haltung im Kontakt mit Angehörigen und Freunden ist gegenüber der aufmerksamen Beobachtung des Geschehens im Vergleich nicht so weit auseinander, auch wenn sich Oasenbewohnerinnen im Trend häufiger positiv zeigen gibt es hier Annäherungen. Die Häufigkeit der Kategorie „meistens“ belegt auch für die Kontrollgruppe ein freundliches Klima.

Die Verhalten in der Pflegeoase wie auch in der Kontrollgruppe zeigen bezüglich der Wahrnehmung anderer Personen im Einzelfall noch höheres Interesse an anderen Menschen als es die Durchschnittswerte in den Abbildungen aufzeigen.

Insgesamt unter Berücksichtigung aller NOSGER - Kategorien des Sozialverhaltens zeigen auch diese Werte ausgehend von etwa gleichem Niveau einen eindeutigen Trend zugunsten der Entwicklung bei den Bewohnerinnen in der Pflegeoase.

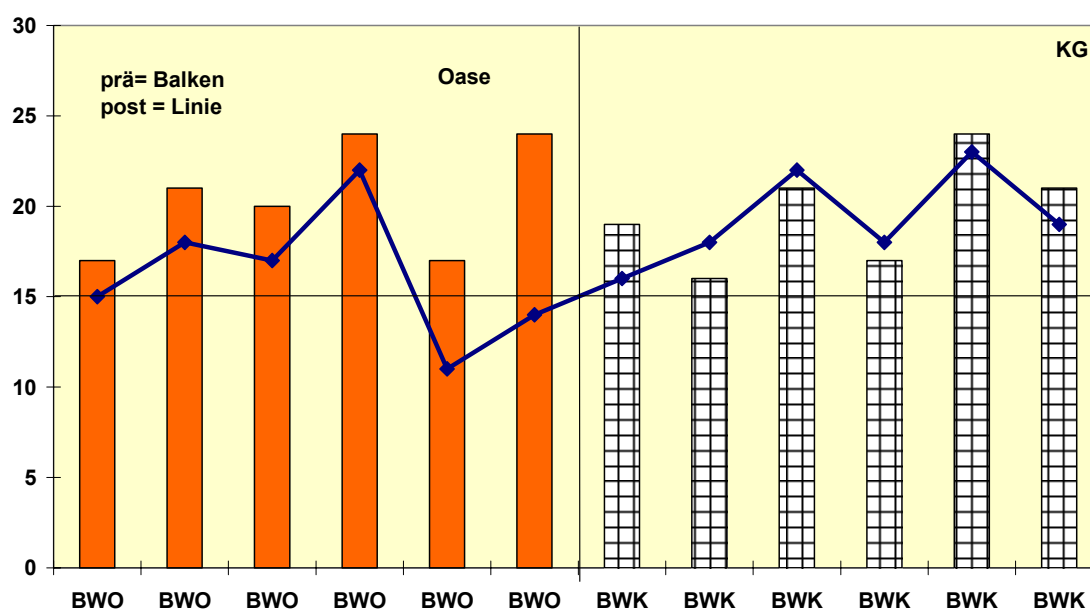
Abb. 17: Sozialverhalten im Verlauf Oase und KG (N=12) mit der NOSGER



Werte: 1=immer, 2=meistens, 3=oft, 4=hie und da, 5=nie. Wertespektrum zwischen 5 und 25 Punkten.
Darstellung der Mittelwerte, Anova-Tabelle p= n.s.

Die Werte von Einzelbewohnerinnen zeigen die bereits angesprochenen individuellen Unterschiede in der Ausprägung sozialer Anteilnahme. Die Abbildung 18 zeigt auf der linken Hälfte der Grafik, dass alle Bewohnerinnen der Pflegeoase positive Entwicklungen durchlaufen. Die Linie liegt unterhalb der Balkenobergrenze, das bedeutet mehr soziale Aufgeschlossenheit (je niedriger der Wert um so positiver die Entwicklung).

Abb. 18: Sozialverhalten im Verlauf Oase und KG, Einzelbewohnerinnen (N=12) mit der NOSGER



BWO = Bewohner Pflegeoase; BWK = Bewohner Kontrollgruppe

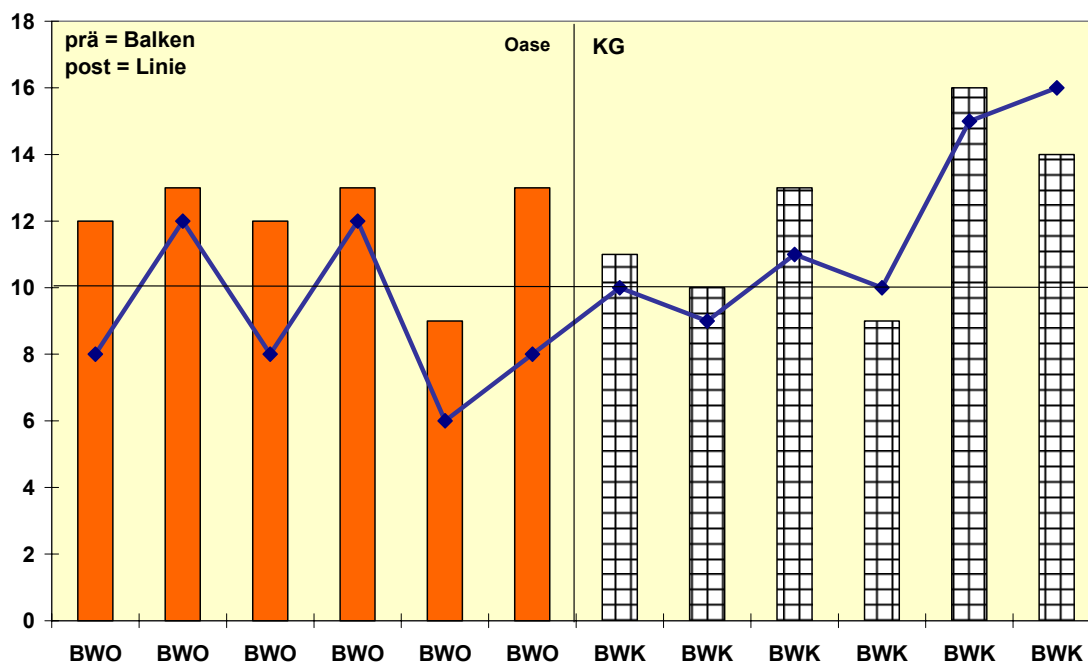
Bei Bewohnerinnen in der Kontrollgruppe sind bei zwei Personen leichte Verbesserungen der Sozialwerte zu konstatieren, insgesamt liegen die Werte jedoch im kritischen Bereich, in dem Besucher oder Besucherinnen bzw. andere Personen nur noch wenig wahrgenommen werden.

7.2 Stimmung

Mit den Werten für Stimmung soll gegenübergestellt werden, ob im Dauerlebensraum Pflegeoase die ständige Anwesenheit von Mitbewohnerinnen, Personal und Besuchern größeren Einfluss auf die Bewohnerinnen nimmt als im Einzelzimmer mit deutlich weniger Sozialkontakten.

In der Abbildung 19 sind die Einzelwerte aus der Pflegeoase und der Kontrollgruppe für jede Bewohnerin im Verlauf aufgeführt.

Abb. 19: Stimmung im Verlauf Oase und KG, Einzelbewohner/innen (N=12) mit der NOSGER

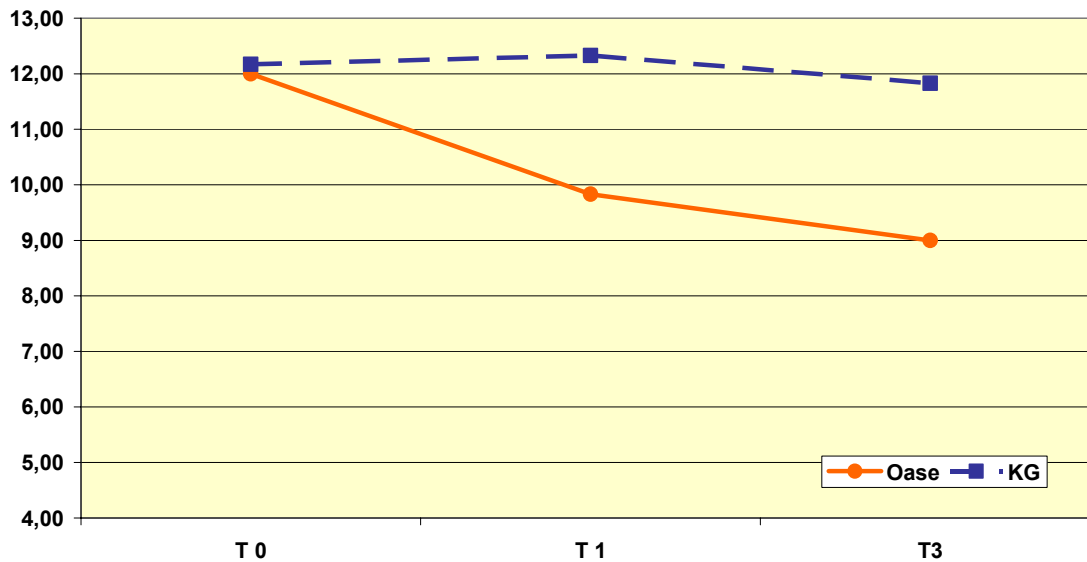


Stimmungswerte: Wirkt traurig, weinerlich, erscheint gut gelaunt, freut sich auf Ereignisse. BWO = Bewohner Oase, BWK = Bewohner Kontrollgruppe

Auch hier gilt: Je niedriger der Wert, je positiver die Stimmung. Die Werte der Bewohnerinnen in der Pflegeoase bewegen sich im Zeitverlauf etwa zum Normalbereich hin (Linie linke Hälfte der Abbildung), in drei Fällen auch noch besser. In der Kontrollgruppe liegen die Werte für Stimmung über dem Normalbereich, in drei Fällen nähern sie sich diesem an und in drei Fällen liegen sie darüber. Im Zeitverlauf können sie sich nicht wesentlich verbessern.

Der Gesamtwert für Stimmung lässt auch den Trend für die Pflegeoase und für die Kontrollgruppe erkennen. Im Trend sollen auch hier wieder die Mittelwerte des Summenscore zur graphischen Darstellung herangezogen werden (Abbildung 20).

Abb. 20: Stimmung im Verlauf Oase und KG, Mittelwerte (N=12) mit der NOSGER



T0: p=n.s., T1: n.s., T3: P=* (Trend)

Wie bereits in der Darstellung des „Störenden Verhaltens“ (Kap. 6.4) gezeigt, sind ganz ähnliche Verläufe in der „Stimmung“ bemerkbar. Auch hier verläuft die Entwicklung scherenförmig auseinander. Bei gleicher Ausgangslage hat sich die Stimmung der Bewohnerinnen in der Pflegeoase bereits nach einem Monat verbessert und vergrößert den Abstand zur Kontrollgruppe im weiteren Verlauf noch leicht.

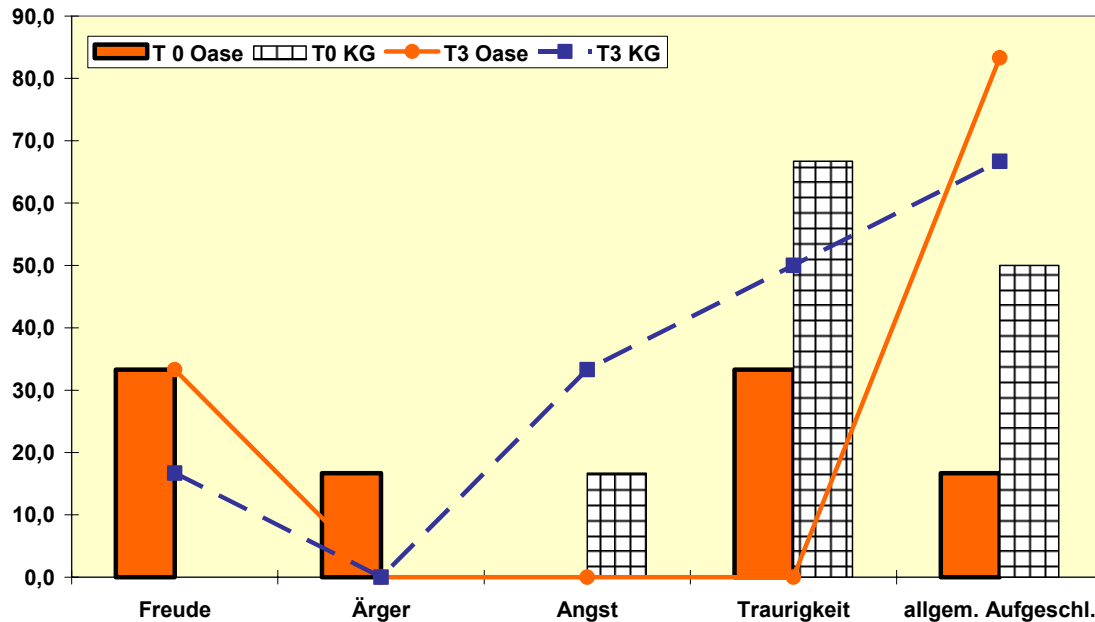
Die positiven Veränderungen bei den Pflegeoasenbewohnerinnen gegen die leichte Verschlechterung in den Einzelzimmern kann auf die kommunikationsfördernde Atmosphäre in den Oasen zurückgeführt werden.

Wie wirkt sich die kommunikationsfördernde Atmosphäre bei den Oasenbewohnerinnen im Vergleich zu den Bewohnerinnen in den Einzelzimmern aus? Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz zeigen ein relativ differenziertes emotionales Erleben, das sich im mimischen Ausdruck zeigt.

Anhand der folgenden Abbildung 21 sollen Ausdrucksformen wie Freude, Ärger/Zorn, Angst, Traurigkeit und allgemeine Aufgeschossenheit bei den Bewohnerinnen im Vergleich und im Zeitverlauf aufgezeigt werden. Das eingesetzte Beobachtungsverfahren registriert die Ausdrucksweisen nach Eintritt in den Raum. Die Bewohnerin

nimmt die beobachtende Person wahr. Es werden keine besonderen Ansprachen gegenüber der Bewohnerin ausgeübt.

Abb. 21: Emotionales Erleben im Vergleich Oase und KG (N=12) mit der AARS¹



Die Reaktion nach Wahrnehmung der besuchenden Person in der Pflegeoase (durchgehende Linie bzw. Kontrollgruppe mit Einzelzimmer (gestrichelte Linie und karierte Balken) innerhalb von 10 Minuten.

Die Emotionen verändern sich in der Dauer des Auftretens im Zeitverlauf.

Erläuterung zu Abbildung 21:

- Die Äußerung von Freude bleibt in der Oase auf selber Höhe und nimmt in der KG zu,
- Anzeichen von Ärger verschwinden bzw. tauchen auch weiterhin nicht auf (KG),
- Zeichen von Angst verschwinden in der Oase und steigen in der KG an
- Traurigkeit wird in der Oase nicht mehr beobachtet und nimmt in der KG leicht ab
- die allgemeine Aufgeschlossenheit nimmt in der Oase erheblich und in der KG leicht zu.

¹ Hier wurden die Beobachtungswerte ab 1. Min. bis mehr als 5 Minuten Dauer zusammengezogen. Die AARS (Apparent Affect Rating Scale) misst die Äußerungen bzw. Regungen in einem 10 Minuten Takt.

Der Vergleich sieht die Bewohnerinnen der Pflegeoase gegenüber den Bewohnerinnen in den Einzelzimmern emotional im positiven Bereich.

Um längere Phasen von positiven wie negativen Emotionen zu beobachten wurde die Quality of Life in Late Stage of Dementia (Qualid) einbezogen. Hier werden Verhalten nicht nur im 10-Minuten-Bereich sondern über den Zeitraum der letzten Woche beobachtet und vom Personal festgehalten. Unterschieden wird hier nach negativen und positiven Emotionen und nach Emotionen mit und ohne Anlass.

Tabelle 7: Positive Emotionen in % (Qualid) T0 und T3 im Vergleich (N=12)

	lacht		Genießt zu Essen		Genießt Berührungen		Genießt Interaktion		Erscheint emotional ausgeglichen	
	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag
Oase										
T 0	66,7	0,0	50,0	16,7	100	0,0	33,3	16,7	50,0	0,0
T 3	16,7	33,3	100	0,0	66,7	33,3	50,0	50,0	33,3	50,0
KG										
T 0	50,0	0,0	66,7	0,0	100	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0
T 3	50,0	16,7	66,7	16,7	83,3	16,7	50,0	33,3	0,0	66,7

Bei beiden Bewohnergruppen zeigen sich im Verlauf höhere positive Emotionen (zusammen mit und ohne Anlass) zum Zeitpunkt T3. In der Pflegeoase werden die positiven Empfindungen in drei von fünf Werten stärker wahrgenommen. Somit werden die kurzen Episoden, die im 10-Minutenzeitraum schon deutlich erkennbar waren auch über einen längeren Zeitraum erhalten und treten kontinuierlich auf.

Wie zeigen sich nun die Veränderungen bei den negativen Emotionen im Vergleich? Die negativen Emotionen (Tab. 8) weisen bei den Oasenbewohnerinnen eine Fortsetzung der bereits in kurzen Zeiträumen gesehenen Abnahme negativer Emotionen auf.

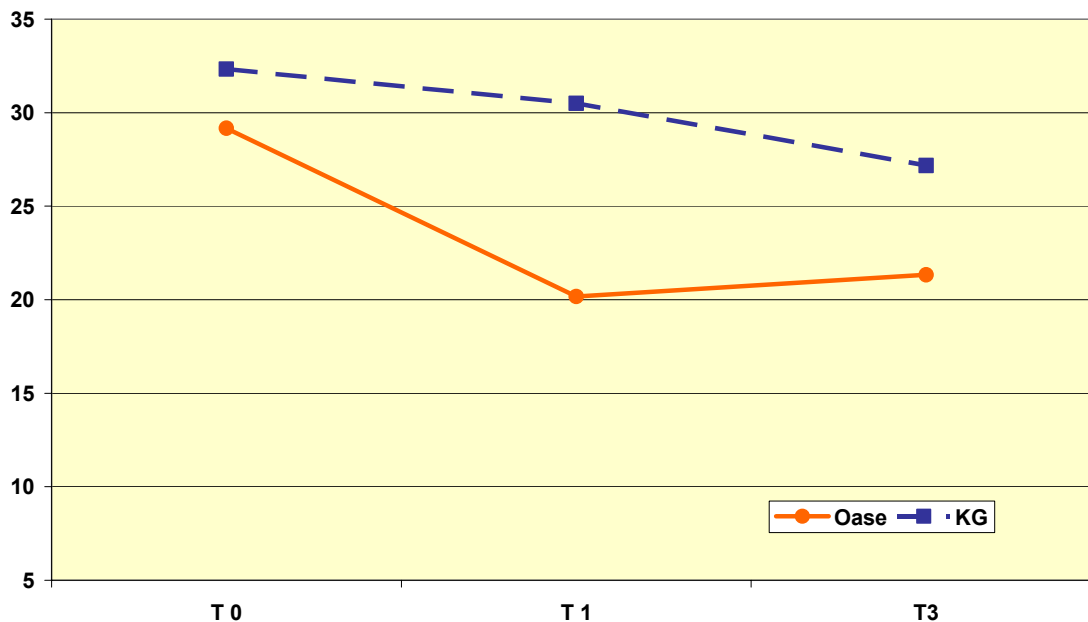
Aber auch in der Kontrollgruppe sind positive Veränderungen wahrzunehmen, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie in der Oase. Die Abstände der Werte zwischen Pflegeoasen und Kontrollgruppe bleiben etwa erhalten.

Tabelle 8: Negative Emotionen in % (Qualid) T1 und T3 im Vergleich (N=12)

	Erscheint traurig		weint		Mimik bedeutet Unwohlsein Schmerzen		Körperlich unwohl		Äußerungen weisen auf Unzufriedenheit hin		Leicht erregbar, gereizt	
	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag	Mit Anlass 1x Tag	Ohne Anlass 1x Tag
Oase												
T 1	16,7	33,3	0,0	33,3	50,0	33,3	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0	0,0
T 3	16,7	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	16,7	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0
KG												
T 1	0,0	50,0	0,0	33,3	0,0	83,3	0,0	16,7	0,0	50,0	0,0	0,0
T 3	0,0	66,7	0,0	16,7	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0

Um dies noch einmal insgesamt zu verdeutlichen, werden die Mittelwerte der beiden Vergleichsgruppen miteinander verglichen und hier wird sichtbar, dass im Trend ein Abstand in den Werten besteht.

Abb. 22: Emotionales Erleben im Vergleich Oase und KG (N=12), Qualid, Mittelwerte



7.3 Therapien

Besonders starke Ausdrucksformen in Gestik, Mimik, Körpersprache, Atmung zeigte sich bei den Bewohnerinnen bei den regelmäßigen wöchentlichen Therapien, wie der Musiktherapie und der Ergotherapie.

Anhand der Beobachtungsprotokolle werden die Reaktionen von einzelnen Bewohnerinnen aufgezeichnet. Im Ergebnis wurden sehr unterschiedliche wie auch vielfältige Anreize mittels therapeutischer Intervention eingesetzt. Insbesondere Musiktherapie und Ergotherapie eröffnen sehr intensive Auseinandersetzungen und Kommunikationen mit den Bewohnerinnen.

Mit der musiktherapeutischen Ansprache wird die Möglichkeit eröffnet, sehr individuell auf die besonderen Vorlieben der Bewohnerinnen einzugehen. Hierüber lassen sich auch biografische Bezüge herstellen. Ganz wesentlich ist die Beachtung der jeweiligen Tagesform sowie die Konzentrations- und Aufnahmevermögen.

Auf die Musiktherapie reagieren die Bewohnerinnen je nach Tagesverfassung sehr unterschiedlich. Einige sind am ehesten im Bett erreichbar, andere auch am Gemeinschaftstisch ansprechbar. Sie verhalten sich sehr intensiv emotional und dankbar, manchmal fließen auch Tränen. Die Musiktherapeutin versucht sie dann im Klang „einzuhüllen“. Wenn eine Melodie jemanden besonders anspricht, wird dies durch Mimik und intensivem Augenkontakt angezeigt. Sie muss das Stück manchmal mehrfach bis zu sechs Mal spielen, wie etwa bei einer Person die bekannte Melodie „Schenkt man sich Rosen ...“. Die musikalische Verbindung von Gesang und Instrument mit bekannten Melodien lockert und entspannt. Es führt häufig zu rhythmischen Armbewegungen wie beim Tanz. Solche leichten musikalischen Kontaktaufnahmen können bis zu 40 Minuten andauern. Das Ende der Aufnahmefähigkeit kündigt sich meist durch Schläfrigkeit, müde Augen und Abwenden an.

Eine Bewohnerin in einem besonders schweren Demenzstadium hatte bis dahin sehr wenig von ihrer Umgebung wahrgenommen, schläft sehr viel und zeigte nur geringe Reaktionen. Bei der Musik wird sie wach, lächelt, „legt sich in die Musik“, genießt, schläft nach ein paar Minuten ruhig ein¹. In solchen Fällen erreicht die Musik die Person für kurze Momente. Augenblicke des Wohlbehagens sind spürbar. Sie werden von Berührung begleitet, geben für den Moment Geborgenheit.

Andere Bewohnerinnen nehmen ihre Umwelt noch stärker wahr. Das Milieu der Pflegeoase ist hier gegenüber dem Einzelzimmer anregender und bietet zu allen Tageszeiten Anreize. Für diese Bewohnerinnen ist auch die musikalische Begleitung der

¹ Pflegebericht 24.06.2009

Mitbewohnerinnen immer auch Anregung für sich selbst. Sie reagieren sehr intensiv auf Musik und können auch erstaunlich lange konzentriert zuhören.

Bei einer Klangreise mit der Ocean-Drum¹ hören sie aufmerksam zu. Nach kurzer Zeit beginnen einige zu lautieren. Dies zieht sich über ca. 10 Minuten hin. Eine Woche später beim Sitztanz und Glockenspiel lassen sie sich ganz leicht führen und versuchen auf dem Glockenspiel zu spielen. Obwohl sich ihre Augen schließen beim Gesang und Spiel bleiben sie sehr aufmerksam².

Abb. 23: Taktile Stimulation mit Tastkarten



Abb. 24: Taktile Stimulation mit Steinen



In der Pflegeoase leben Bewohnerinnen, denen es bereits schwer fällt, den Kopf zu drehen. Eine Drehung in Richtung der Musiktherapeutin erfordert erhebliche Anstrengung. Das Erleben von Klängen wird bei diesen Personen durch das Auflegen einer Leier auf ihren Körper intensiviert. Tiefe Atemzüge und Mundbewegungen³ bereits nach einem halben Lied sind Zeichen von tiefer Entspannung⁴-

Zeichen von Entspannung sind nahezu bei allen Bewohnerinnen während der musikalischen Anregungen zu spüren. Zuvor auftretende Unruhe wie das Zucken der Beine lockern sich, sie werden ruhiger. Die Atmung wird gleichmäßiger⁵. Beim Sitztanz zur Volksmusik lässt es eine Bewohnerin zu, dass ihre Hand genommen wird. Als die Therapeutin ihr sagt, dass sie jetzt gemeinsam tanzen werden, öffnet sie die Augen und schaut die Therapeutin an und beginnt zu weinen. Sie weint längere Zeit still vor sich hin und beruhigt sich dann wieder und lässt sich noch eine Weile mit der Musik führen.

Die Bewohnerin reagiert stark durch deutliche Mimik und Körperbewegungen auf höhere Töne. Bei tieferen Tönen entspannt sie sich und ihr Atem wird gleichmäßiger⁶.

¹ Die Ocean-Drum kommt aus Amerika, ist mit Metallkugeln gefüllt und mit Kunststoff bespannt. Wird die Ocean-Drum langsam geschwenkt, entsteht ein Geräusch wie von sich bewegenden Wellen.

² Therapiedokumentation, Oktober

³ Therapiedokumentation, November 2009

⁴ Therapiedokumentation, 14.10.2009 und 21.10.2009

⁵ Therapiedokumentation, Dezember 2009

⁶ Therapiedokumentation

Das Medium der Musik erreicht alle Bewohnerinnen, allerdings auf sehr individuelle Art. Jede erfährt eine andere Ansprache. Einige reagieren auf die Musik die sie mögen mit viel Emotionalität, vielleicht durch Erinnerungen angeregt, andere sind sehr lebhaft und nehmen gerne an der Musik teil. Sie nutzen musikalische Anreize zur Kommunikation, wollen sich oft bei der Musik artikulieren, lachen auch dabei. Für diesen Personenkreis bietet die Oase Gelegenheit, miteinander in Kontakt zu kommen.

Abb. 25: Klangbaum, Foto: ISGOS



Beispielhaft soll diese Gegebenheit hierfür stehen: Drei Personen sitzen in der Oase um den Gemeinschaftstisch, auf dem verschiedene Musikinstrumente liegen. Die Musiktherapeutin setzt sich zu einer Bewohnerin an den Tisch und beginnt den musikalischen Einstieg mit der Flöte, dem diese sehr aufmerksam zuhört. Die Therapeutin beginnt zu singen „im Frühtau zu Berge...“, die Bewohnerin greift nach einer Rassel auf dem Tisch, lässt sie aber gleich wieder los. Sie lacht zusammen mit der Therapeutin und versucht zu sprechen und will auf Fragen antworten. Sie nimmt wieder die kleine Rassel in die Hand und legt sie in die andere Hand. Letztlich will sie doch nicht mit der Rassel spielen und schüttelt den Kopf. Sie betrachtet

die kleine Rassel. Die Therapeutin bezeichnet die kleine Rassel als Kokosnuss. Daraufhin lächelt sie intensiv und äußert „will nicht mehr“ und stöhnt dabei ganz intensiv. Die Musiktherapeutin singt „Im schönsten Wiesengrunde ist mein Heimathaus“ und spielt dazu Gitarre. Eine Bewohnerin zeigt auf die ihr gegenüber sitzende Person die ebenfalls zuhört. Bei der Melodie wippen sie beide mit den Füßen. Schließlich ist Kaffeezeit und der Kaffee und Kuchen wird herein gebracht. Die Frauen um den Gemeinschaftstisch lachen.¹

Die Aufmerksamkeit von Menschen mit schwerer Demenz zu erregen, ist mit musikalischen Anreizen relativ leicht zu erreichen. Die Ansprache muss sehr vorsichtig und persönlich erfolgen. Die Vorlieben der Bewohnerinnen sollten als erstes herausgefunden werden, die Atmosphäre muss so hergestellt werden, dass nach Möglichkeit mehrere Personen einbezogen werden können. Der geeignete individuell anregende Ansprechort muss berücksichtigt werden. Wenn die Voraussetzungen stimmen, kann es zu solch anregenden Momenten kommen, in denen eine Bewohnerin mit schwerer Demenz derart ansprechbar ist.

¹ Beobachtungsprotokoll ISGOS v. 24. Juli 2009

Bei dem Klavierspiel beobachtet eine Bewohnerin die Therapeutin sehr lange und intensiv. Wenn sie ans Klavier geholt wird, lässt sie leicht ihre Hand führen und spielt einige Töne, wobei sie versonnen lächelt. Als die Therapeutin zu singen anfängt,



Abb. 26: Klavierübungen, Bild: ISGOS

sucht sie den Blickkontakt und strahlt. Zu guter letzt sagt sie „schön“. Beim Klangspiel und Sitztanz beobachtet sie genau die Therapeutin als sie ihr die Leier auf den Schoß legt. „Plötzlich kommen ihre Hände und sie versucht selbst zu zupfen. Gelingen ihr einige Töne lacht sie auf und strahlt“¹. Sie zeigt auch gute Reaktion beim Sitztanz, sie bewegt ihre Arme selbstständig. Besonders gut reagiert sie auf die Ocean-Drum, sie beobachtet die rollenden Kugeln genau und lacht dabei herzlich.

Auch beim Ballspiel am Tisch zeigt sie erstaunlich gute Reaktionen, „Sie scheint den Ball auch aus den Augenwinkeln beobachten zu können, da sie den Lauf ohne direkten Blickkontakt stoppen kann“².

Mit Hilfe von Therapien können gezielt Wege beschritten werden um einen Zugang zu den demenziell erkrankten Menschen zu finden. Gegenüber der alltagsorientierten und milieuthérapeutisch ausgerichteten Betreuung können weitere Effekte erzielt werden, die von den Bewohnerinnen mit den ihnen noch verfügbaren Ausdrucksformen „kommentiert“ werden. Basale Stimulationen, ergotherapeutische und musiktherapeutische Anregungen zielen auf körperliche und sensorische Empfindungen, die bei den Bewohnerinnen in sehr individueller Weise anregen.

Die oben zusammenfassend dargestellten protokollierten Beobachtungen musiktherapeutischer Intervention sollte die besonderen Effekte auf das Wohlbefinden wie auch die Möglichkeit belegen, mit diesem Vorgehen vorhandene Ressourcen der Bewohnerinnen anzusprechen und zu fördern. Musiktherapie ist als Bestandteil eines umfassenden Betreuungsansatzes zu sehen, in dem der milieuthérapeutische Zugang mit einer bewusst kommunikationsfördernden Umgebung eine zentrale Bedeutung einnimmt. Das Milieu bildet den strukturellen Verbund zwischen Raum, Bewohnern, Besuchern und Pflegenden. Es soll ein gemeinsames Erleben ermöglichen. Im

¹ Therapiedokumentation, 04.11.2009

² Ebda., 17.11.2009

Zusammenhang mit noch mobilen und weniger demenzkranken Personen kann auch von Gemeinschaften gesprochen werden.

Pflegeoasen bilden soziale Gemeinschaften neuen Typs. Ihnen kommen die Milieustrukturen zugute, in dem ein zentraler Bezugspunkt, der die soziale Mitte darstellt, von Allen als solcher wahrgenommen und als Orientierungsmerkmal immer wieder neu erkannt wird. Ein integratives Gesamtkonzept kommt bei Personen in diesem Demenzstadium jedoch nicht allein mit dem Angebot einer alltagsorientierten sozialen Umgebung aus, sondern sollte auch die persönlichen Ressourcen jeder Bewohnerin ansprechen. Bewährt hat sich in Pur Vital, wie auch in anderen Pflegeoasen, der biografisch ausgerichtete Zugang zu den Bewohnerinnen. Hier wiederum kommt der Musiktherapie eine hervorgehobene Stellung zu. Sie kann Emotionen auslösen durch Rückgriff auf besonders bekannte Rhythmen und Melodien wie etwa bayerische Festzeltmusik oder einprägende musikalische Bezüge wie sie beispielsweise Kirchenlieder darstellen. Erinnerungen von einprägsamen Erlebnissen werden bei Menschen geweckt, die mit Verbalsprache nicht mehr erreichbar sind.

Musiktherapie bietet die individuelle wie auch die gemeinsame Ansprache der Bewohnerinnen in der Pflegeoase im Pur Vital. Von Vorteil hat sich eine integrierte Zuwendung erwiesen. Die Bewohnerinnen saßen um den gemeinsamen Tisch und wurden hier nacheinander musikalisch angesprochen. So nahm jeder vier bis sechsmal Anteil und konnte je nach Tagesform allen Anregungen lauschen oder sich innerlich zurückziehen, wenn die Anforderungen die Konzentration überforderten. Zu beobachten waren gemeinsame Reaktionen bei einigen Liedern, die von mehreren Personen als anregend empfunden wurden, erkennbar durch Handbewegungen, vor allem Fußwippen, freundliches bis fröhliches Minenspiel, Zeichen geben durch Handausstrecken, Vorbeugen, Kopf drehen, Erhöhung des Speichelflusses u.a..

Ein bedeutender kommunikativer Effekt war darin zu sehen, mitzuteilen, wann die Kraft des aktiven oder auch passiven Teilnehmens am Ende ist. Jede der Bewohnerinnen hat ihre eigene Sprache gefunden, um mitzuteilen, wann es genug ist. So schließt eine Bewohnerin die Augen, bis die Musik beendet ist, eine andere versucht dies verbal sprachlich auszudrücken, was dann so klingt wie „ich habe jetzt genug“. Auch andere Zeichen wie Hände schließen, Kopf wegdrehen, sich anderen Dingen zuwenden oder auch einschlafen werden eingesetzt. Der Therapeutin wird damit mitgeteilt, dass nicht mehr zugehört wird. Der eigene Wille wird somit kundgetan.

Der gemessene Effekt liegt in der Erhaltung der genannten nicht verbal sprachlichen Kommunikation. Der Einsatz zweimal wöchentlich zweieinhalb Stunden trainiert und erhält die Fähigkeiten diese Form der Kommunikation weiter auszuüben.

Die Protokollierung und Überprüfung mit dem Beobachtungsverfahren der AARS zeigte einen Zuwachs an geäußerten positiven Emotionen.

Die Anzeichen von ‚Freude‘ und ‚Allgemeiner Aufgeschlossenheit‘ erreichten bei allen gemessenen Bewohnerinnen mehr als 5 Minuten während des Beobachtungszeitraumes von 10 Minuten. Während der Dauer der Therapie wurden keine negativen Emotionen wie Ärger, Angst oder Traurigkeit beobachtet.

Mit der individuellen und zugleich gemeinsamen Ansprache der Bewohnerinnen durch die Musiktherapie wird eine Zeitstabilisierung erreicht. Der Tagesrhythmus wird gefestigt und Musik als Orientierungselement wahrgenommen. Zusammen mit dem Lichtkonzept, mit dem eine quantitative und qualitative Lichtsteuerung möglich ist wird der Tages- und Nachtrhythmus gestärkt.

7.4 Zusammenfassung subjektives Erleben

Das subjektive Erleben wird durch Besuche, Pflegekonzept, Umgebungsfaktoren und Therapien beeinflusst. Die Besuchshäufigkeiten und ihre Intensität sind Stabilisierungsfaktoren mit Wirkung auf personenbezogene Orientierung. Auch wenn die Angehörigen nur wenig überzeugt sind, dass sie von ihren Verwandten wieder erkannt werden, so lassen sich doch einige Hinweise finden, dass sie zumindest als regelmäßig besuchende Person wieder erinnert werden, wenn auch nicht in ihrer früheren Rolle als Partner, Tochter oder Sohn.

Der regelmäßige Besuch in der Pflegeoase entlastet nicht nur die Angehörigen, sondern strukturiert auch Zeitabläufe, die von den Bewohnerinnen als solche wahrgenommen werden. Das wird immer dann deutlich, wenn Besuche, die mindestens wöchentlich stattfinden, ausfallen. Die unruhige Suche nach den Besuchern wird noch im Stadium schwerster Demenz beobachtet, schwindet jedoch mit Verlust wesentlicher Grundfunktionen (etwa bei Demenzgrad nach Reisberg, Beurteilung Stufe 7 e).

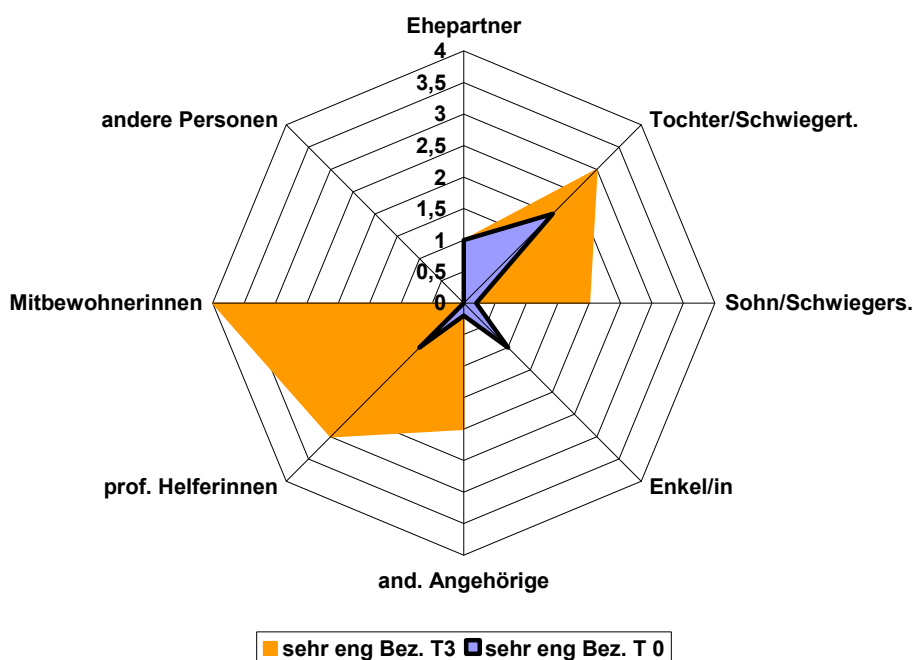
Ein Drittel der Oasenbewohnerinnen erhalten regelmäßig Besuche durch ihre Angehörigen oder Verwandten, bei den Kontrollgruppenbewohnerinnen ist es sogar jede Zweite die regelmäßig zwischen einer viertel Stunde bis zu zwei Stunden Besuch erhalten. Die Häufigkeit der Besuche hat sich im Zeitverlauf leicht erhöht.

Das intensivste subjektive Erleben findet jedoch für die Oasenbewohnerinnen im Gemeinschaftsbereich statt, für die Kontrollgruppenbewohnerinnen in ihren Einzelzimmern und über Tag auch in den Gemeinschaftsbereichen.

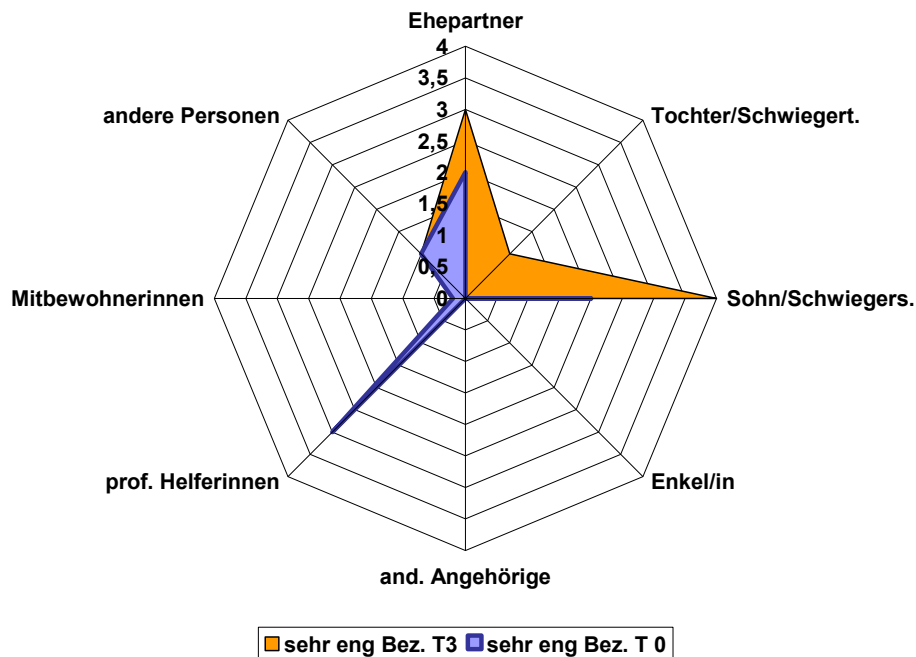
Obwohl die Alltagsaktivitäten bei den Bewohnerinnen sehr stark eingeschränkt sind, zeigt sich bei den Oasenbewohnerinnen noch ein hohes Interesse an ihrer Umwelt, sie nehmen in den Zeitverläufen mehr Kontakte auf als die Kontrollgruppenbewohnerinnen. Der Einschätzung des Personals zu Folge haben sich die Intensitäten in den Kontakten der Oasebewohnerinnen erheblich verbreitet. So werden „sehr enge Verbundenheiten“¹ im Zeitverlauf in der Oase zu den Angehörigen, dem Personal und den Mitbewohnern verdreifacht (siehe Abbildung 27). Auch in der Kontrollgruppe erhöhen sich die sehr engen Verbundenheiten, allerdings deutlich weniger im Ausmaß aber dennoch in einer Steigerung um 50% (siehe Abbildung 28).

Der Unterschied zwischen den Bewohnerinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe liegt in der Häufigkeit und Intensität des **sozialen Erlebens**. Das hat zur Folge, dass in dem Bereich **Stimmungen** die Bewohnerinnen der Oase deutlich bessere Werte als die Kontrollgruppe erzielen.

Abb. 27: **Sehr enge** Verbundenheiten der Oasenbewohnerinnen



¹ Es konnte in der Einschätzung der Verbundenheit der Bewohnerinnen zu verschiedenen Personen eine abgestufte Bewertung abgegeben werden: 1. sehr enge Verbundenheit, 2. enge Verbundenheit, 3. weniger enge Verbundenheit

Abb. 28: **Sehr enge** Verbundenheiten der Kontrollgruppenbewohnerinnen

Bei dem **emotionalen Erleben** zeigen sich bei beiden Gruppen Unterschiede je nach Beobachtungslänge. Während sich in den kurzen Beobachtungsphasen von bis zu einer Minute wenige Unterschiede in den positiven Emotionen zeigen, erreichen die positiven Werte in den längeren Beobachtungsphasen Vorteile.

Die Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen fallen zum Teil recht deutlich aus. Das war schon an der Kontaktintensität „sehr enge Verbundenheit“ im Zeitverlauf mit verschiedenen Personengruppen deutlich geworden.

Ein weiterer positiver Effekt liegt in der Reduzierung negativer Verhalten. Die Oasenbewohnerinnen zeigen zum Zeitpunkt T3 insgesamt eine höhere Zufriedenheit auf als die Kontrollgruppenteilnehmerinnen und zeigen mehr Interesse an anderen Personen und suchen mehr Kontakte.

8.0 Personal

Im Zuge der Veränderung der Bewohnerinnen zu Menschen mit Schwerstpflegebedürftigkeit und mit somatischen und demenziellen Erkrankungen, zumeist verbunden mit Bettlägerigkeit, musste versucht werden, mit neuen Konzepten die Betreuungsanteile gegenüber der reinen Pflege zu erhalten und nach Möglichkeit zu erhöhen.

Mit welchen beruflichen Anforderungen in der Pflege ist die Umstellung auf die Versorgung in einer Pflegeoase verbunden? Was erwarten die Pflegekräfte von der Oase und was glauben Sie, was sich für die Bewohnerinnen ändert? Wie sehen sie die Veränderungen nach einem Jahr Oase, haben sich ihre Erwartungen erfüllt? Eine der wesentlichen Fragen beschäftigt sich mit der physischen und psychischen Belastung des Pflegepersonals. Des Weiteren sollte herausgefunden werden, ob Berufserwartungen mit den erlebten Arbeitsbelastungen wie Schichtarbeit, Arbeitsumgebung, körperliche Belastung, psychische Belastung aus unterschiedlichen Bereichen in Einklang stehen oder ob Diskrepanzen bestehen und einzelne Belastungen als Stressoren wirken.

8.1 Durchführung der Studie

Die Pflegekräfte die in der Pflegeoase im Pur Vital tätig waren, wurden zu zwei Zeitpunkten befragt. Die erste Befragung erfolgte im März 2009 und die zweite im Abstand von ca. 10 Monaten (im Januar 2010). Es sollten nur Pflegekräfte in die Befragung einbezogen werden, die überwiegend oder ausschließlich in der Oase tätig waren, mit mindestens einer ca. 2/3 – Vollzeitstelle. Die Befragung erfolgte in Form eines Interviews und umfasste offene Fragen ebenso wie teilstandardisierte und standardisierte Fragen. An der ersten und zweiten Befragung nahmen die gleichen Pflegekräfte teil, so dass hier keine Ausfälle vorliegen. Anhand der Tabelle werden einige Grunddaten der Pflegekräfte aufgezeigt.

Tabelle 9: Stichprobe Personal, N=5

	Alle
Gender weiblich	80,0%
Familienstand - verheiratet/Partner	60,0%
Kinder	80,0%
Alter i.M.	28,8 Jahre
Beruf Fachkraft	80,0%
Zuvor anderer Beruf	60,0%
Berufserfahrung in der Pflege	9,9 Jahre
Durchschnittliche Arbeitszeit/Woche	29,4 Stunden
Durchschnittliche Überstunden/Monat	8,6 Stunden
Schichtdienst Wechsel früh und spät	40,0 %
Nur Tagdienst	60,0%
Wegezeit für eine Fahrt zur Arbeit	9,2 Minuten

Einschließlich der Überstunden liegt die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit bei ca. 38,0 Stunden.

8.2 Erwartungen und Motive der Pflegekräfte

Die Pflege in einem organisatorisch neu aufgebauten Bereich setzt voraus, dass die Pflegekräfte sich hierauf einstellen können und gewisse eigene Ziele anstreben. Die Einrichtung hat die Besetzung der Oase mit einem ausgewählten Personal vorgenommen. Vorerfahrungen mit dieser besonderen Konzeption lagen beim Personal nicht vor, so gab es am Anfang bei einigen der befragten Pflegekräfte auch einige Vorbehalte und Ängste mit der Einrichtung der Pflegeoase, wie einige Aussagen aufzeigen.

„Ja schon, ich habe mir das ganze komplizierter vorgestellt, heute finde ich es positiv“ (ID 10001). „Ja, am Anfang, die Sprachlosigkeit der Bewohnerinnen, nun gefällt es mir sehr gut“ (ID 10003).

Einig waren sich alle Befragten, dass sich die Betreuung für die Bewohnerinnen verbessern könnte durch mehr Präsenz und mehr Zeit für die Einzelnen. Durch die stärkere Präsenz können intensivere zwischenmenschliche Beziehungen aufgebaut werden.

Stellvertretend für alle Pflegekräfte die Meinung einer Pflegekraft. „Man muss offener sein und man ist mehr im Geschehen. Die Bewohnerinnen folgen einem mit dem Blick. Es ist immer jemand anwesend. Notfälle können schneller erkannt werden.“ (ID 10001).

Das im Pur Vital umgesetzte Konzept erfordert Teamarbeit und durch die Schwerpunktsetzung auf biografiebezogene Pflege auch sehr stark eine Identifizierung mit dem Konzept. So gaben auch alle Befragten an, dass ihnen die Teamarbeit sehr wichtig sei, eine Identifizierung mit dem Konzept Pflegeoase bewegt sich bei den Befragten zwischen wichtig bis sehr wichtig. Eine Arbeit gerade mit demenziellen und schwerstpflegebedürftigen Bewohnerinnen sehen immerhin 80% als sehr wichtig an und 20% als wichtig. Ihre fachliche Kompetenz und Verantwortung einzubringen, finden 80% als sehr wichtig und 20% als wichtig.

So auch die Aussage einer Pflegekraft zu der Frage, was das Besondere an der Oasekonzeption sei: „Eine best mögliche Betreuung zu leisten, gerontopsychiatrisch zu arbeiten, Basale Stimulation anzuwenden, morgens mit Vogelgezwitscher, abends mit Musik.“ (ID 10004).

Tabelle 10: Erwartungen und Motive im Verlauf bei den Pflegekräften¹

Motive	1. Welle	2. Welle
Kontakt zu Kollegen und Team-Arbeit	5,00 (sehr wichtig)	4,60 (Trend zu sehr wichtig)
Konzeption entspricht meinen Vorstellungen	4,60 (Trend zu sehr wichtig)	4,60 (Trend zu sehr wichtig)
Schwerstpflegebedürftigen und Demenzkranken helfen	4,80 (Trend zu sehr wichtig)	4,60 (Trend zu sehr wichtig)
Fachliche Kompetenz und Verantwortung einbringen	4,80 (Trend zu sehr wichtig)	4,60 (Trend zu sehr wichtig)

Antwortvorgaben: 1=völlig unwichtig, 2= nicht wichtig, 3=teils/teils, 4=wichtig, 5=sehr wichtig

Auch nach ca. 10 Monaten Erfahrungen mit der Pflegeoase zeigen sich die vorgeannten Werte und Motive relativ konstant auch wenn sie in einigen Mittelwerten kleinere Abschwächungen erfahren.

Insgesamt sehen die Pflegekräfte nach ca. einem Jahr Pflegeoase einen Erfolg für die Bewohnerinnen, „sie nehmen schneller Kontakt zur Umwelt auf, sie sind wacher geworden, nehmen ihre Umwelt mehr wahr und auch uns als Personal“.

„Schimpfen und Misshandlung tritt bei den Bewohnerinnen gar nicht mehr auf, die Grundstimmung ist freundlich“. (ID 20001).

Eine andere Pflegekraft sieht die Veränderung wie folgt: „Die Bewohnerinnen in der Pflegeoase haben meines Erachtens eine positive Veränderung erfahren. Man fühlt sich in der Oase wie in einer Gemeinschaft. Pflegerisch hat man einen guten Gesamtüberblick durch die guten Räumlichkeiten“. (ID 20005).

Für sich selbst streichen die Pflegekräfte positiv heraus, dass die Teamarbeit sehr verlässlich ist und Zeit da ist um den Bewohnerinnen etwas Gutes zu tun. Das es ein angenehmes Arbeiten in einer angenehmen schönen Umgebung ist und die Arbeit in der Oase vor allem ruhiger ist.

Negativ wird gesehen, dass zu wenig Personal in der Spätschicht anwesend ist, dadurch können nicht mehr alle Ziele in der Oase umgesetzt werden.²

Auch mit dem intensiveren Umgang und den daraus entstehenden Bindungen zu den Bewohnerinnen können die meisten Pflegekräfte gut umgehen. Sie lassen zwar Bindungen zu, schaffen aber Grenzen und versuchen keine Unterschiede zu einzelnen Bewohnerinnen aufzubauen. Schwieriger wird es, wenn intensivere Beziehungen zu einzelnen Bewohnerinnen entstehen können.

¹ Die Antwortvorgaben waren: 1= völlig unwichtig, 2= nicht wichtig; 3= teils/teils, 4= wichtig und 5= sehr wichtig

² Zweite Welle Interviews, Dezember 2009

„Man soll zu allen die gleichen Bindungen eingehen. Zu Frau x habe ich eine intensivere Bindung. Ich weiß nicht, wie ich darauf reagieren werde, wenn sie stirbt“. (ID 20003).

Andere Pflegekräfte gehen pragmatischer daran. „Ich kann im Laufe der Jahre das distanziert betrachten, ich kann damit umgehen“. (ID 20004).

Aber wie sieht es mit den Belastungen der Pflegekräfte in diesem neuen Bereich aus.

8.3 Belastungen durch problematisches Verhalten (Verhaltensstörung)

Zu den bedingungsbezogenen Stressoren zählen Belastungen durch die Bewohnerinnen. Hier sind es vor allem auch die neuropsychiatrischen Symptome und Störungen, die in der Pflege belastend wirken können. In 12 Items wurde nach dem Grad der Belastungen verschiedener Symptome gefragt. Die Symptome selbst wurden dem Neuropsychiatrischen Inventar (NPI) entnommen.

Die einzelnen Symptome lassen sich in vier Symptomgruppen zusammenfassen:¹

Tabelle 11: Emotionale Belastung durch Verhaltensstörungen der Bewohnerinnen (NPI)

	Psychotische Symptome	Affektive Störungen	Fehlende Motivation / Antrieb / Psychomotorik	Vegetative Störungen
	Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung / Agitiertheit	Depression, Angst, Euphorie	Apathie, Entthemung, Reizbarkeit, abweichendes motorisches Verhalten	Schlaf- Essstörungen
Gesamtdurchschnitt Belastung	i.M. 2,00 (leicht)	i.M. 1,67 (minimal mit Trend zu leicht)	i.M. 2,33 (leicht mit Trend zu mittelschwer)	i.M. 1,33 (minimal mit Trend zu leicht)

Die neuropsychiatrischen Verhalten traten schon zu Beginn in der Oase bei den Bewohnerinnen nur noch gering auf, so verwundert es nicht, dass die Belastungen durch die Verhaltensstörungen der Bewohnerinnen auch bei den Pflegekräften sehr niedrig liegen. Selbst die Apathie, die sich bei den Bewohnerinnen in der Oase ja in leichter Form bis zur ersten Welle fortsetzt, zeigt bei den Pflegekräften nur geringe Belastungswerte die sich um den Wert „leicht“ bewegen.

Auch wenn die emotionalen Belastungen des Personals insgesamt sehr niedrig liegen, so zeigen sich dennoch im Einzelnen auch spürbare Belastungen, die durch Bewohnerinnen mit auftretenden Wahnvorstellungen oder Essstörungen ausgelöst

¹F 14 Emotionale Belastungen mit 12 Items von 1= minimal, 2=leicht, 3=mittelschwer, 4=schwer bis 5= sehr schwer

werden. Solche Erscheinungen werden als „leicht belastend“ mit Trend zu „mittelschwer belastend“ wahrgenommen.

8.4 Belastungen durch körperliche Beschwerden

„Die Arbeitswissenschaft versteht unter Arbeitsbelastungen „auf das Individuum von außen einwirkende Faktoren“ wie:

1. Physische Belastungen (z.B. bei Beanspruchung der Muskulatur beim Tragen und Heben, Zurücklegen langer Wegstrecken u.ä),
2. Physikalische und chemische Belastungen (z.B. durch Hitze, Lärm, Gerüche),
3. Psychosoziale Belastungen (z.B. durch schlechtes Arbeitsklima)¹.

Belastungen können von den Pflegekräften unterschiedlich wahrgenommen werden, „von daher zählt nicht nur die Größe der Belastung, sondern auch das subjektive Belastungsempfinden“ (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006:116).

Die Auswirkungen körperlicher Belastungen wurden in Anlehnung an den Gießener Beschwerdebogen ermittelt. Die 12 Items werden zu vier Kategorien zusammengefasst, wie Herzbeschwerden, Gliederschmerzen, Magenschmerzen und Erschöpfungsneigung.

Welche körperlichen Belastungen treten bei den Pflegekräften auf, die alle Verrichtungen und Transfers bei den schwerstpflegebedürftigen, schwerstdemenziell erkrankten Bewohnerinnen leisten müssen? Verändern sich die Belastungen in der Zeit?

Anhand der Mittelwertmessungen der körperlichen Belastungen über zwei Wellen soll festgestellt werden, wie sich die Pflege der schwerstdemenziell Erkrankten auf die Pflegekräfte auswirkt.

Tabelle 12: Auswirkungen körperlicher Belastungen bei den Pflegekräften

	Herzbeschwerden Herzklopfen Atemnot	Kreuz- Rücken- schmerzen Nacken- Schulter- schmerzen Kopfschmerzen	Sodbrennen Magenschmerzen Übelkeit	Rasche Erschöpfung Schlafstörungen Mattigkeit
Gesamtdurchschnitt Belastung 1. Welle	i.M. 1,27 (nicht bis selten)	i.M. 2,27 (selten bis manchmal)	i.M. 1,33 (nicht bis selten)	i.M. 1,40 (nicht bis selten)
Gesamtdurchschnitt Belastung 2. Welle	i.M. 1,00 (nie)	i.M. 3,01 (manchmal)	i.M. 2,13 (selten)	i.M. 2,00 (selten)

¹ Nach Zimmer et. al. (1998). In: Reggentin, H. / Dettbarn-Reggentin, J. (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern, Stuttgart, S. 116

Im Zeitverlauf zeigt sich, dass einige Werte bei den Pflegekräften leicht zunehmen. Vor allem die „klassischen“ Belastungen in der Pflege, wie Kreuz- und Rückenschmerzen verzeichnen eine Zunahme im Mittel zu „manchmal“ auftretend. Auch die Magenschmerzen und die rasche Erschöpfung zeigen leicht veränderte Werte.

Die Pflege scheint in Pur Vital mit dem Oase-Konzept die Belastungen des Pflegepersonals auf ein relativ niedriges Niveau gelenkt zu haben. Die Belastungen die auftreten liegen alle im unteren Bereich zwischen selten bis manchmal. Einige Trends zu mittelstarker Belastung („manchmal“ auftretend) liegen ‚nur‘ im Bereich der Kreuz- und Rückenschmerzen.

8.5 Bedingungsbezogene Stressoren

Inwieweit tragen die Arbeitsbedingen wie Kollegen, Leitung, pflegerische Tätigkeiten wie auch Angehörige zu einer Entstehung von Stress bei und zu eventuellen Folgen wie Ermüdungserscheinungen oder „burn out“?

Das kollegiale Umfeld einschließlich der Leitung kann Stress auslösen wie auch die Entstehung von Stress verhindern. Welche Entwicklungen zeichnen sich ab? Gefragt wurde nach konzeptioneller Übereinstimmung, Einschätzung der Kolleginnen und Kollegen wie auch nach Fluktuation des Personals und Fehlzeiten und deren eventuell belastende Auswirkungen¹.

Über beide Erhebungszeitpunkte hinweg liegen Belastungen aus dem Kollegenkreis und der Leitung auf sehr geringem Niveau. Ausnahme bildete zu T1 die Fluktuation des Personals die zum Wert „stark“ hin tendierte, aber in der zweiten Befragung nur noch Werte zwischen keine bis geringe Belastungen zeigte. Selbst die Fehlzeiten der Kolleginnen und Kollegen lösten nur geringe Belastungen aus. Alle anderen Arbeitsbelastungen liegen auf einem sehr geringen Niveau.

8.6 Einschätzung der Zusammenarbeit und Belastungen

Im Pur Vital wird die selbstständige Arbeit relativ hoch bewertet, 80% der Befragten gaben an, dass Ihnen das sehr wichtig wäre. Über ihre Arbeit und die Arbeitsschritte zu sprechen und Rückmeldungen von ihren Vorgesetzten zu erhalten geben alle Befragten an. Insgesamt werden in Pur Vital die Arbeitsbedingungen als nicht belastend und relativ selbstständig angesehen.

¹ F 17 Arbeitsbelastungen im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen sowie der Leitung. 7 Items von 1= keine, 2=geringe, 3=mittelstarke, 4=starke bis 5= sehr starke

Neue Konzepte beunruhigen Angehörige, wenn sie nicht von vornherein einbezogen werden. Die Frage nach dem Verhalten von Angehörigen und möglichen Belastungen durch unterschiedliche Erwartungen sollte Aufschluss über dieses Verhältnis geben.

Wenn auch die meisten Mittelwerte relativ günstig zugunsten einvernehmlicher Zusammenarbeit ausfallen, sehen die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in dem Desinteresse einiger Angehörigen eine mittelstarke Belastung. Ansonsten wird die Zusammenarbeit mit den Angehörigen als gut angesehen. Vor allem zu einigen Angehörigen die häufiger zu Besuch kommen verbessert sich der Kontakt. Es entsteht so etwas wie ein familiärer Umgang, ein Vertrauen.

So auch die Aussage einer Pflegerin zu den Angehörigen. „Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist sehr gut. Der Sohn von Frau F ist hoch zufrieden. Das ist sehr wichtig, das Verstehen. Die Angehörigen sollen wissen was wir tun“. (ID 20004).

8.7 Bewohnerbezogene Anforderungen

Ein weiterer Einfluss auf als belastend empfundene Arbeitsbedingungen geht von den Pflegebedürftigen und ihren Erkrankungen aus. Die Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen sowie auch die Verschlechterung somatischer Erkrankungen erfordern einen erhöhten Betreuungsaufwand. Wie werden die zusätzlichen Pflege- und Betreuungsleistungen aufgenommen? Führen sie zu neuen oder stärkeren Belastungen?

Im Durchschnitt aller Befragten liegen die Belastungen aus Zeitdruck, Verhaltensauffälligkeiten und Motivation immobiler schwerstpflegebedürftiger Bewohnerinnen zwischen „keine“ Belastung bis „gering“ und „mittelstark“. Vor allem der Zeitdruck löst bei den Pflegekräften durchschnittlich mittelstarke Belastungen aus

Die bewohnerbezogenen Belastungen liegen bei den Befragten im Pur Vital sehr niedrig, dies liegt zum einen sicher an den schwersterkrankten Bewohnerinnen, die eine besondere Betreuungsform in der Oase vorfinden aber auch an der Einstellung und den hierauf abgestimmten Strukturen. Lediglich der Zeitdruck löst Belastungen aus.

Bedingungsbezogene Stressoren können auch mit der Einrichtung, seiner Zukunft, seinen baulichen Mängeln oder fehlenden Möglichkeiten zur Weiterbildung zusammenhängen. Auch organisatorische Abläufe und Informationsflüsse können an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorbeilaufen und Belastungen erzeugen.

Insgesamt liegen die Werte im Durchschnitt in einem niedrigen Bereich und bieten wenig Anlässe zur Kritik. Die Werte befinden sich bei allen Fragen zwischen keine und geringe Belastung. Eine Ausnahme bildet die ungleichmäßige Verteilung der Arbeit, da zu bestimmten Zeiten zu wenig Arbeitskräfte vorhanden sind, dies führt bei den Kräften zu Belastungen die zwischen gering bis mittelstark tendieren.

Ein Hinweis, der zu Belastungen führen könnte, sollte nicht unerwähnt bleiben. Die Unsicherheit über die eigene Zukunft in der Arbeit. Letzterer Punkt erzielt im Pur Vital keine Belastungen.

8.8 Einstellungen gegenüber Bewohnerinnen

Zwischen den bedingungsbezogenen Stressoren und den personenbezogenen Risikofaktoren zu denen auch die Kompetenzen des Personals zu zählen sind, liegen die Einstellungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie können ein vertrauensvolles Miteinander stärken oder auch behindern und so zu belastenden Faktoren werden.

Die Ergebnisse zeigen, wiederum im Ganzen betrachtet positive Einstellungen zu den Bewohnerinnen. Es überwiegen die Vorstellungen von Bewohnerinnen, die trotz der Schwere ihrer Krankheit noch selbst über ihre eigenen Belange entscheiden sollten oder auch ihre Bedürfnisse mitteilen können.

Die betreffenden Werte erreichen im Pur Vital ein hohes Niveau und weisen auf ein besonderes Verhältnis zwischen Personal und Bewohnerinnen.

Zu Beginn befinden sich neue Konzepte noch in der Suchphase. Bei Problemen ist zu Fragen, ob das Personal mitgenommen wurde. Unsicherheiten und stärkere Belastungen können die Folge sein. Das Personal braucht einen eigenen Entscheidungsspielraum und die Rückendeckung der Leitung. Überdies sollten die Angehörigen stärker einbezogen und eingebunden werden. Belastungen gegenüber Angehörigen können nicht zuletzt aus der geringen Informiertheit über die Konzeption entspringen.

Im Pur Vital wurden bei den befragten Mitarbeiterinnen sehr geringe Belastungen bei einer hohen Übereinstimmung zwischen Konzept, Personalidentifikation und Einstellung zu den Bewohnerinnen ermittelt. Das typische „ausgebrannt sein“, wie es in der Pflege nach einigen Pflegejahren sehr häufig auftritt, fiel zu beiden Messzeitpunkten nur sehr gering aus. So gaben 20% an, dass sie sich manchmal wie ausgebrannt fühlen (T1 und T2) und 20% fühlen sich nur ab und zu wie ausgebrannt (T1 und T2). Bei 60% der Befragten tritt das Gefühl des „burn-out gar nicht auf bzw. in

der zweiten Welle bei 40% sehr selten. Insgesamt fühlen sich die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit optimistisch und schwungvoll (T1 100%, T2 80%).

Dies belegen auch einige Äußerungen der Pflegekräfte zu der Frage was das Besondere an dieser Konzeption ist.

„Die Bewohnerinnen sind orientierter und wacher, sie werden besser versorgt, man reagiert stärker auf die Bewohnerinnen. Man kann individueller auf die Bewohnerinnen eingehen. Die Nähe ist eine andere“. (ID10002).

Auch die Betreuung wird von den Pflegekräften als intensiver erlebt, „Die Bewohnerinnen haben sich verändert, sie blühen auf in der Oase. Die Erfolge in der Oase – jeder Tag ist ein neues Erlebnis“. (ID10003).

Die personelle Ausstattung ist auf die Integration der Pflegeoase in den Wohnbereich „Am Mühlbach“ im EG mit insgesamt 22 Bewohnern ausgelegt.

Das Personal arbeitet nicht nur in der Pflegeoase sondern ist für alle 22 Bewohner und Bewohnerinnen zuständig. Bei voller Personalbesetzung wird die Ausstattung nach Meinung der Wohnbereichsleitung für ausreichend gehalten, es darf jedoch niemand ausfallen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen die organisatorische Integration der Pflegeoase in den Wohnbereich für sich als vorteilhaft an, da sie Bewohnerinnen mit unterschiedlichen Ansprüchen und Anforderungen versorgen müssen. Das ist für sie abwechslungsreicher als nur eine Wohngruppe mit ausschließlich Schwerstpflegebedürftigen zu versorgen.

Der Pflegeschlüssel wird nach dem derzeitigen Stand so gehandhabt:

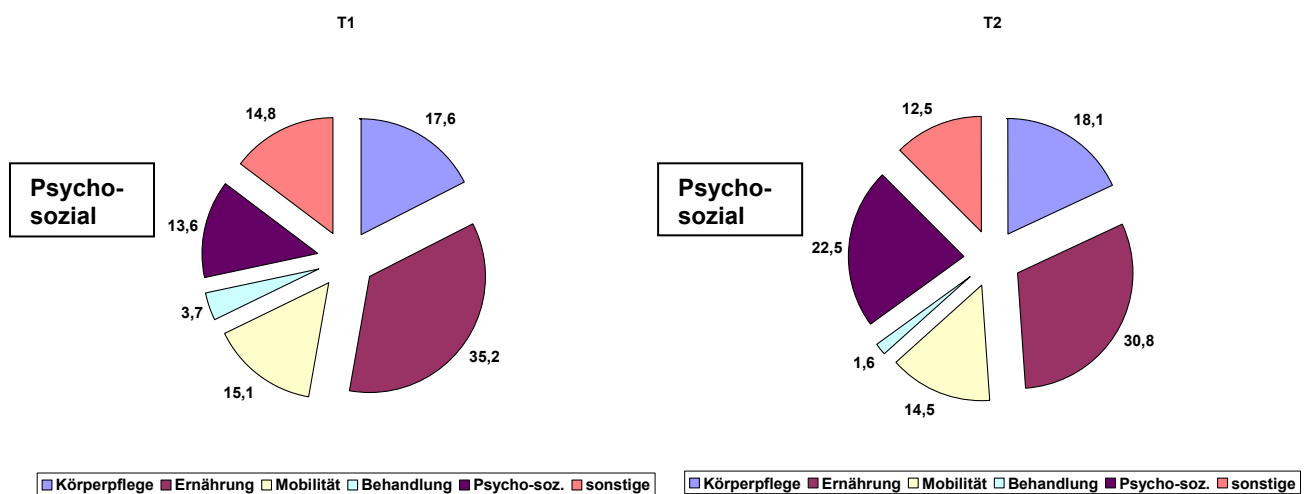
Tabelle 13: Pflegeschlüssel

Pflegestufe	Anhaltzahl
Pflegestufe 1: 4 Bewohner	Anhaltzahl 3,04
Pflegestufe 2: 5 Bewohner	Anhaltzahl 2,28
Pflegestufe 3: 13 Bewohner	Anhaltzahl 1,92

Die sich hieraus ergebende Stellenzahl liegt bei 9,76 Stellen für den Wohnbereich mit 22 Bewohnern und Bewohnerinnen. Die Pflegeoasebewohnerinnen sind hierin enthalten.

Die Regelung wird so gehandhabt, dass in der Früh- und Spätschicht jeweils mindestens 3 Kräfte anwesend sind. Nicht berücksichtigt sind Auszubildende oder Praktikantinnen.

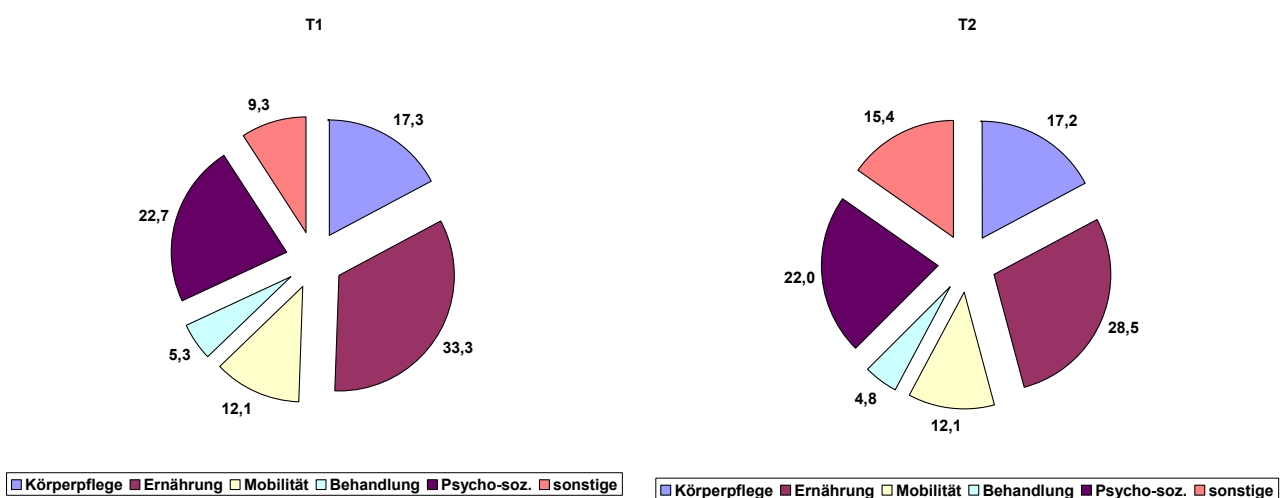
Abb. 29 : Verteilung der Pflege- und Betreuungszeit Pflegeoase zu T0 und T3



Die Leistungen der Pflege und Betreuung wurden in der Pflegeoase wie auch in den Einzelzimmern über den Zeitraum von T0 bis T3 (annähernd ein Jahr) um etwa 60% erhöht. Die Verteilung der zusätzlichen Zeiten wurde in der Oase vorrangig auf die psycho-soziale Betreuung gelegt. Daher steigt dieser Anteil überproportional an.

Die zusätzlichen Zeiten in der Kontrollgruppe werden dagegen relativ gleichmäßig verteilt mit einem kleinen Trend zu mehr Leistungen im nichtpflegerischen Bereich.

Abb. 30 Verteilung der Pflege- und Betreuungszeit Kontrollgruppe zu T0 und T3



Die Darstellungen im Zeitverlauf berücksichtigen nur wenige Personen, da durch Umzug oder Versterben einige der anfänglich erfassten Bewohnerinnen nun nicht mehr berücksichtigt werden konnten.

Die Darstellung soll einen Trend beschreiben, der in Pflegeoasen auch anderenorts zu beobachten ist. Mehrleistungen verteilen sich in den Pflegeoasen überproportional auf Leistungen der psycho-sozialen Betreuung.

Nicht einbezogen in die Verteilung wurden Leistungen der Therapie über SGB XI §87b und ebenso wenig sind Leistungen von Angehörigen berücksichtigt worden.

9.0 Angehörige

Die Konzeption der Pflegeoase stellt einen Wohntypus neuen Zuschnitts dar. Das Umfeld wird als Milieu aufgefasst, das nicht nur räumliche Elemente sondern soziale Beziehungen als Bestandteil enthält. Die Angehörigen sind ein wesentlicher Bestandteil. Sie bilden den Zugang und die Brücke zu den Demenzkranken. Mit ihrer Hilfe werden biografische Bezüge zu den Pflegebedürftigen hergestellt. Angehörige müssen dem Umzug in die Pflegeoase zustimmen. Deshalb ist ihre Einschätzung und weitere Unterstützung von hoher Bedeutung.

9.1 Zustimmung

Anfänglich hatten Angehörige Bedenken, weil der neue Wohnbereich auch ständiger Lebensraum für acht Bewohnerinnen bilden soll. Befürchtungen wurden beispielsweise über das Raumklima geäußert, denn alle Verrichtungen im Wohnbereich müssten doch auch Folgen für das Raumklima haben. Weitere Bedenken zielten auf die Aufhebung der Intimsphäre durch die Aufgabe des eigenen Zimmers. Besonders die räumliche Nähe zu anderen Bewohnerinnen und deren Besucher stellten ein Hemmnis dar. Angehörige wollen auch mitteilen was in ihrer Familie abläuft, auch wenn ihre pflegebedürftige Verwandte dies vermutlich nicht versteht, besteht das Bedürfnis hierüber zu sprechen. Sie möchten nicht, dass alle im Raum private Gespräche mithören.

Die Zustimmung zum Umzug war nicht allein mit Unsicherheit sondern auch mit Hoffnung verbunden. Das Konzept weckte Neugier, weil die Perspektive, nun die Betreuung in ständiger Beobachtung zu wissen auch Beruhigung auslöste. Einige der Vorbehalte entstanden aus Unkenntnis über die Bedeutung einer Pflegeoase. Es fehlte an sichtbarer Darstellung, die ja noch nicht vorgezeigt werden konnte

Die Befragung der Angehörigen fand ca. 8 Wochen nach Einzug statt. Insgesamt wurden sieben Angehörige zu ihrer Einschätzung der Pflegeoase befragt, darunter waren Töchter, Schwiegertöchter, Söhne, Nichten und eine Großnichte.

9.2 Einschätzung

Bereits in diesem relativ kurzen Zeitraum nach Einzug hatten sich anfängliche Bedenken aufgelöst und auch die unterschiedlichen Meinungen über die Pflegeoase innerhalb der Familien hatten sich nun recht einheitlich positiv zusammengeschlossen.

Angehörige möchten gern informiert sein und haben gemerkt, dass häufige Besuche sie mehr entlasten. Kleine Aufgaben, die über das Trösten, Beruhigen und Aufmuntern hinausgehen werden gern aufgenommen. Hierzu zählen Hilfen beim Essen und Trinken oder auch mal ein gemeinsamer Spaziergang mit der pflegebedürftigen Angehörigen im Rollstuhl, wird, wenn auch seltener, wahrgenommen.

Der Eindruck der Angehörigen über die Wirkung der Pflegeoase auf ihre Verwandte ist ungeteilt positiv.

So waren alle überrascht, dass die Luft sehr gut ist und sogar besser als zuvor im Einzelzimmer eingeschätzt wurde. Was die Angehörigen auch beeindruckte ist die ruhige und freundliche Atmosphäre, die sie als stimulierend für die Bewohnerinnen einschätzen. Der Wohncharakter des Aufenthaltsbereichs, seine farbliche Gestaltung und die Rückzugsbereiche werden sehr geschätzt. Letzterer Punkt allerdings nicht ungeteilt, da in einem Bereich die Betten etwas nah beieinander stehen und auch die Trennung zum Gemeinschaftsbereich nicht optimal gestaltet ist.

Als aufmerksam und bemüht wird das Personal angesehen, das sehr auf sie eingeht. Zusammengenommen wird die Atmosphäre als fördernd für die Bewohnerinnen wahrgenommen. Die Bewohnerinnen sind aufmerksamer, neugierig und schauen viel, nehmen die Umgebung und die Mitbewohnerinnen wahr.

Wünsche der Angehörigen richten sich auf Therapien wie Basale Stimulation, Ergotherapie und stark auf Musiktherapie. Im Pur Vital konnten diese Wünsche zwischenzeitlich mit den bereits dargestellten neuen Möglichkeiten aufgenommen und in das Pflegekonzept integriert werden.

Die Angehörigen haben sich übereinstimmend über die Konzeption der Pflegeoase dahingehend geäußert, dass Bewohnerinnen in diesem Krankheitsstadium nicht mehr allein im Zimmer bleiben müssen. Für sie als Angehörige ist es beruhigend zu wissen, dass sie ihre Verwandte nicht allein zurücklassen.

Für Angehörige gilt: Sie wollen einbezogen aber nicht verplant werden. In der Pflegeoase wird dieser Weg gesucht, wie Angehörige einbezogen werden können. Regelmäßige Treffs, ständige Ansprechpersonen, informieren und fragen, sind die wichtigsten Maßnahmen, auf die Angehörigen zuzugehen und sie einzubeziehen.

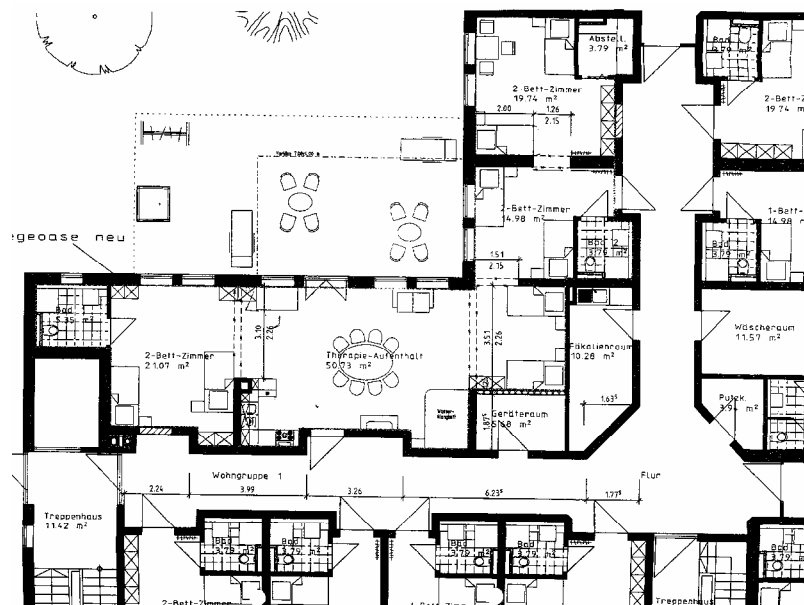
10.0 Bauliche Voraussetzungen und Gegebenheiten

Die baulich notwendigen Voraussetzungen für den Betrieb einer Pflegeoase weichen in allen Teilen von denen der im Heimbau geltenden Vorgaben ab. Das betrifft den Individualraum mit seiner Abgeschlossenheit, den Sanitärbereich und auch die Größen der gemeinschaftlich genutzten Flächen. Nach dem bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz „Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (PfleWoqG) sind nach §17 Erprobungsregelungen, Ausnahmeregelungen zulässig, nach denen abweichende Wohnformen erprobt werden können.

Die Heimaufsicht ist rechtzeitig einzubeziehen, wenn solche Vorhaben geplant sind.

Die Pflegeoase im Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching hat bestehende Räume zusammengeschlossen durch Entfernung von Trennwänden und Schaffung von Durchgängen. Daraus ist der räumliche Zusammenhang der Pflegeoase entstanden.

Abb. 31: Grundriss Pflegeoase



Der erste Entwurf wurde später noch leicht aus statischen Gründen geändert, aber das Grundprinzip ist bereits klar erkennbar. Die Räume gliedern sich im Winkel nach Südwest und umfassen einen Terrassenbereich.

Das Raumprogramm umfasst folgende Räume:

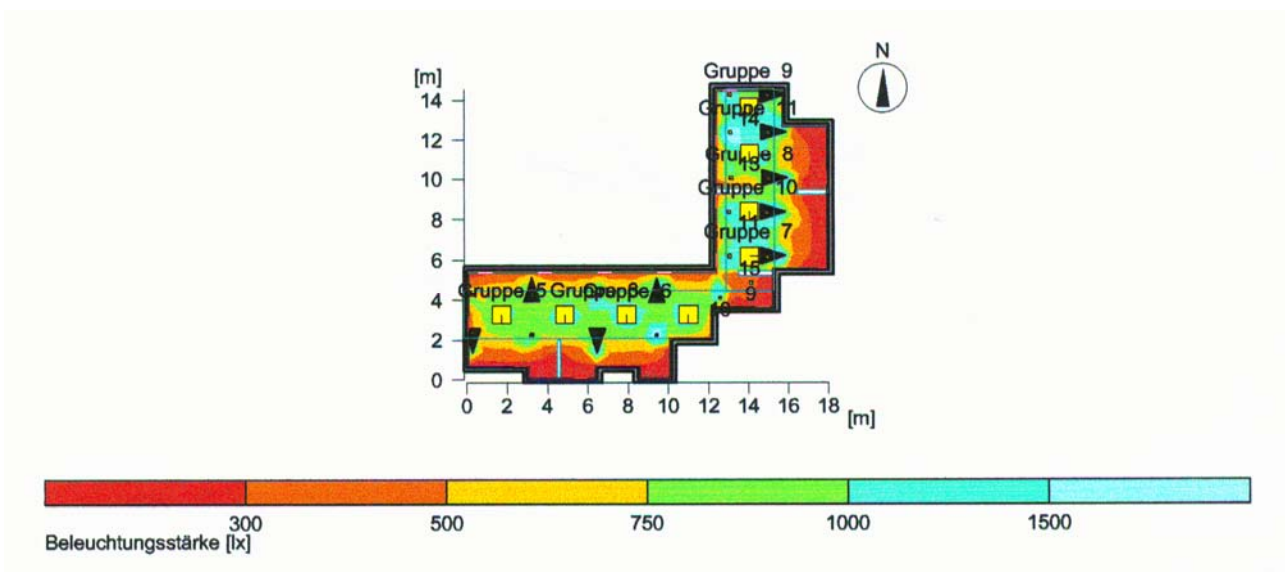
1. Wohn- Schlafbereiche für acht Bewohnerinnen
2. Therapie- Aufenthaltsbereiche (Gemeinschaftsbereich)

3. Sanitärräume (2)
4. Ausweichraum (ehem. Bewohnerzimmer mit Bad)
5. Mitnutzung des Pflegebades, des Fäkalraumes, des Geräteraumes und sonstiger Lagerräume, Küche.

Die Mitte wird beherrscht von dem zentralen Bezugspunkt der Pflegeoase, dem gemeinsamen Tisch. Hier finden die wesentlichen Tagesgestaltungsaktivitäten statt. Die Bewohnerinnen nehmen hier in der Regel die Mahlzeiten ein, werden in Therapien wie Musiktherapie einbezogen, Düfte und Kräuter werden hier wahrgenommen, Besuche empfangen und alle sonstigen mehr oder weniger sinnesanregenden Unternehmen durchgeführt.

Die Räume sind mit einem besonderen Licht- und Beleuchtungskonzept ausgestattet. Die Beleuchtungsstärke wie auch die Lichtzusammensetzung lassen sich digital oder auch von Hand steuern und können das Tageslicht in qualitativer Zusammensetzung imitieren.

Abb. 32: Lichtkonzept der Fa. Zumtobel

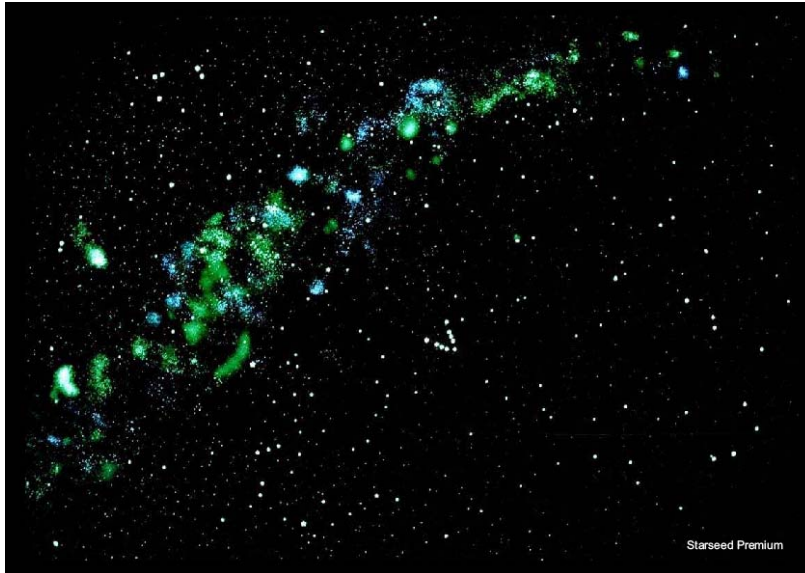


Der mittlere Bereich lässt sich mit bis zu 1.800 Lux Beleuchtungsstärke ausleuchten. Das soll den Erhalt des Tages- und Nachtrhythmus der Bewohnerinnen unterstützen. Die gemessene Tagesbeleuchtung lag in der Raummitte gegen Mittag immer auf über 600 Lux. In den individuellen Bewohnerbereichen wurden Werte von etwa 150 bis 300 Lux erreicht.

Ein zweites „high-light“ ist in den Bewohnerschlafbereichen eingerichtet. Hier handelt es sich um einen auf die Decke über dem Bett aufgetragenen Sternenhimmel. In die Farbe sind Mineralien eingestreut, die sich tagsüber durch das natürliche Licht oder auch das Kunstlicht mit Energie aufladen und diese Energie des Nachts wieder ab-

geben. Dies geschieht in Form von Lichtpunkten, die in Form eines Sternenhimmels aufgetragen sind.

Abb. 33: Sternenhimmel über Bewohnerbetten. Foto: TOP Impex Marketing GmbH



Der Lichttechnik wird eine stabilisierende Wirkung auf den Tag- und Nachtrhythmus zugesprochen. In dieser Studie können solche Effekte nicht isoliert betrachtet werden, konnten aber in der Pflegeoase eine stabilere Schlafzeit beobachten. Inwieweit dies auf die Lichteffekte zurückzuführen ist muss noch belegt werden.

Ein Aspekt, der die Stimmung fördern und die Orientierung verbessern soll, wird mit einer Farbgestaltung versucht. Diese hebt mit kräftigen Farben Raumteile hervor und hilft den Bewohnerinnen, sich im Raum besser orientieren zu können.

Abb. 34: Raumgestaltung mit farblicher Hervorhebung, Foto: ISGOS



Mit den gewählten Farben kann farbpsychologisch Stimmung oder besser Atmosphäre erzeugt werden, die auf die Bewohnerinnen entweder beruhigend oder anregend wirken soll. Die Atmosphäre wurde von allen befragten Angehörigen wie auch vom Personal als sehr ansprechend bezeichnet. Damit ist ein wichtiger Hinweis gegeben auf die Gestaltung des Lebensraumes, in dem auch gepflegt wird. Der Raum wurde als Wohnbereich angenommen und dies sollte auch das Ziel sein, eine Wohlfühlatmosphäre zu schaffen.

Zum Wohlfühlen gehört auch die angenehme Temperatur. In der Heizperiode bzw. im Übergang konnten Werte zwischen 22,3 und 23,3° C gemessen werden. Temperaturgefälle von der Mitte des Raumes zum Fenster bewegten sich im Toleranzbereich unterhalb 0,5° C. Zugserscheinungen waren nicht messbar. Im Sommer sind auch höhere Temperaturen bei entsprechenden Außentemperaturen gemessen worden. Das entspricht bezogen auf die Jahreszeit ebenfalls einem natürlichen Raumklima.

Die Luftfeuchtigkeit sollte zwischen 35% und 60% liegen. Zu verschiedenen Zeitpunkten in der Winterzeit lag die Luftfeuchte an der unteren Grenze, z.T. auch leicht darunter. Mittels Luftbefeuchter wurde die Luftfeuchte leicht erhöht.

Die Belüftung wird mit Lüftungsgeräten geregelt, bei Bedarf zusätzlich oder nur durch Außentüren. Die einströmende Luft wird vorgeheizt, so dass keine Kälteströme entstehen. Das Raumklima ist generell als nicht belastend empfunden worden.

Der Schall durch Sprechen, Singen oder Musizieren bzw. Instrumente während der Musiktherapie hat keine störenden Echos erzeugt. Die Bewohnerinnen haben in ihren Individualbereichen lautes Sprechen oder musikalische Darbietungen hören können. Es lagen Geräuschpegel bei ca. 45 bis 55 dB vor.

10.1 Außenanlage

Jede Pflegeoase sollte eine Außenanlage aufweisen und diese als Terrasse mit Garten wie in Garching oder zumindest als vorgelagerte Terrasse vor dem Gemeinschaftsbereich. Die Größe muss so bemessen sein, dass sie die Bewohnerliegestühle sowie einen oder zwei Tische aufnehmen kann. Die Möglichkeit eines Brunnens mit Fließwasser, Platz für Kräuterbeete, Tierhaltung (Kaninchen oder ähnlich) sollten bedacht werden.

Die Lage der Außenräume sollte in Richtung Nachmittagssonne liegen. Sie bringt nicht nur maximale Wärme, sondern auch Tageslicht.



Abb. 35: Terrassennutzung. Foto: Moser, Pur Vital

Tabelle 14: Zusammenstellung Daten Pur Vital, Pflegeoase und ISGOS-Mindeststandards

Pur Vital Pflegeoase	ISGOS - Mindeststandard
Wohnbereich Bewohner, individuell Vorhanden 8,1qm / BW Wohn- Schlafbereich 2 Bäder ca. 1 qm / BW	8-10 qm/BW Wohn- Schlafbereich 2 Bäder ca. 1 qm / BW
Gemeinschaftsbereich 8,1 qm / BW Mit integriertem Bereich für Personal	6-8 qm / BW mit Personalbereich (abtrennbar 6-8 qm)
Ausweichraum 16,9 qm + 3,8 qm Bad	Größe wie BW-Zimmer incl. Bad 16,0 qm + 4,0 qm Bad
Pflegebad (z.B. Aromabäder oder Liegeduschen) Im Wohnbereich vorhanden	Optional, wird empfohlen, da sehr gute Erfahrungen gemacht wurden 12-16 qm
Nebenräume Abstellraum 0,5 qm / BW (intern) Fäkalraum für den Wohnbereich Geräteraum für den Wohnbereich	Abstellraum 6,0 qm Fäkalraum wenn extra 4,0 qm Lager anteilig 4,0 bis 6,0 qm
Farben Kontrastig und betont, nicht überladen, denn auch Einrichtungsgegenstände bringen Farben mit	Farben sollten den Raum erkennbar machen, d.h. es sollten deutliche Kontraste geschaffen werden. Voll tönende Farben, nicht zu „farbmächtig“. Töne blau, grün gelb bis rot.
Licht Optimale Ausleuchtung digital und manuell steuerbar von 100 bis 1.800 Lux	Es sollte bis 500 Lux in Raummitte erzielt werden können. Viel Tageslicht nutzen. Im Bewohnerbereich bis 300 Lux schaltbar
Außenraum Terrasse mit kleinem Brunnen Für 8 Bewohnerinnen 5 qm / BW	Terrasse 5,0 – 8,0 qm / BW
Garten 100 qm mit Kaninchenstall	Garten 200 – 300 qm (Sonderbereich nur für Oase)

Die räumliche Auslegung liegt leicht über den Größen der derzeit in Deutschland bekannten Pflegeoasen jedoch in Teilbereichen an der unteren Grenze der vom ISGOS empfohlenen Größen.

Die individuelle räumliche Verfügbarkeit ist für einige Bewohnerinnen optimal für zwei Bewohnerinnen jedoch bedenklich eng und auch von Angehörigen so gesehen worden.

Insgesamt macht die Pflegeoase im Pur Vital einen wohnlichen Eindruck und dies wird von den Besuchern und vom Personal als angenehm empfunden.

Abb. 36: Gemeinschaftsbereich, Foto: Moser, Pur Vital Abb. 37: Blick in den Gemeinschaftsbereich, Foto Moser



Abb. 38: Klangspiel auf der Terrasse. Foto: ISGOS

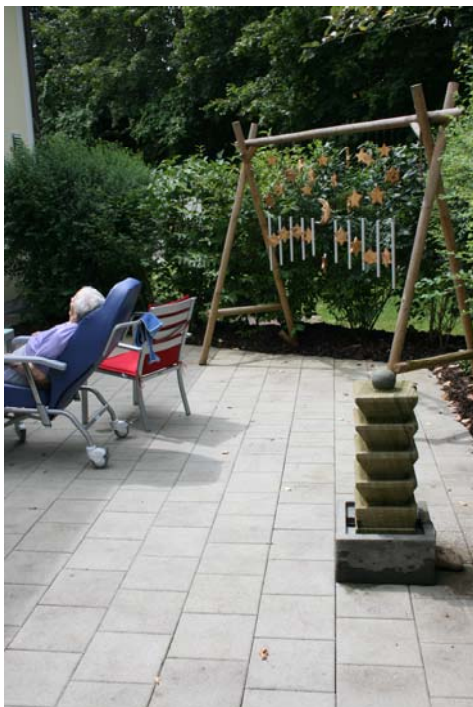


Abb. 39: Außenbereich Terrasse. Foto: ISGOS



11.0 Einschätzung der Pflegeoase durch die Leitung des Hauses

Die Einschätzung des Konzeptes wird von der Leitung (Hausleitung wie auch Wohnbereichsleitung) übereinstimmend in seiner Entwicklung auch nach einem Jahr Laufzeit durchweg positiv gesehen.

Die Möglichkeit, zusätzliche Kräfte für Therapien über die Mittel nach SGB XI §87b einsetzen zu können wird sehr gezielt wahrgenommen. Ergotherapie und Musiktherapie haben sich als zwei Säulen in der Betreuung und Pflege der Schwerstkranken herausgebildet. Die Effekte der Therapien sind sehr gut zu beobachten. In der Pflegeoase werden Einzeltherapien mit der Musiktherapeutin genutzt, andere Mitbewohnerinnen zugleich anzusprechen.

Die Konzeption hat sich in Richtung Therapie orientiert. Gegenüber der zu Beginn noch als Palliativversorgung gedachten Pflege wurde sie nun stärker auf einen fördernden Ansatz ausgerichtet. Die Entscheidung über die Zielrichtung geschieht jedoch im Einzelfall. Was auch von der Wohnbereichsleitung (WBL) hervorgehoben wird, ist die recht selbstständige und somit natürlich auch selbstverantwortliche Entscheidung über die Abläufe der Pflege. Der Spielraum ist recht hoch und kommt auch den Mitarbeiterinnen zugute.

Die pflegerische Bewertung des Konzeptes begründet sich aus Sicht der WBL aus der Notwendigkeit, den kognitiv rüstigen Bewohnerinnen die ihnen zustehende Betreuung so zu sichern, dass Störungen oder auch sehr intensive Pflegephasen bei einigen Bewohnerinnen nicht zu ihren Lasten gehen.

Die Grenzen der Wohngruppenversorgung werden bei Häufung schwer demenziell und somatisch erkrankter Bewohnerinnen bereits überschritten. Die Pflegeoase bietet diesen Bewohnerinnen eine besondere Möglichkeit miteinander zu kommunizieren.

Generell überzeugt das Konzept aus der Sicht der praktischen Verantwortung. Auch im Einzelnen sind etwa die besonderen Beleuchtungskonzepte mit der qualitativen Lichtsteuerung und dem Sternenhimmel über den Bewohnerbetten besondere Angebote. Die Ausstattung und Gestaltung gibt einen angenehmen Hintergrund für die Pflege.

Durch die Akzeptanz bzw. Anerkennung des MDK (sehr gut gefallen) wie auch der Heimaufsicht bekommen die Pflegekräfte wie auch das Haus Anerkennung für die Arbeit.

Aus der Sicht der Hausleitung wird die positive Aufnahme des Pflegeoasenkonzeptes durch das Personal gesehen. Mit der Organisation der Oase wird der Wohnbereichs-

leitung und deren Team viel Selbstständigkeit gelassen. Auch von Seiten der Pflegedienstleitung wird nicht in die Struktur eingegriffen. Die Organisation der Pflegeoase, wie sie bisher umgesetzt wurde, wird als gut eingestuft. Von Seiten der Hausleitung soll die Struktur gestärkt werden, auch wenn personell der Spielraum begrenzt ist. Es wird auf die Kontinuität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hoher Wert gelegt

Der Wunsch nach einer Präsenz der Mitarbeiterinnen wird unterstützt durch Angebote an Zusatzausbildung für qualifizierte Hilfskräfte. Wochenweise werden Kurse zum Erwerb einer Zusatzausbildung Fachkraft Geronto oder zur Weiterbildung für Alle durch externe Institute angeboten. Mit solchen Angeboten an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wird unter anderem das Ziel verfolgt, nach Pflegeauszeiten wieder Fuß zu fassen oder einsetzenden Routinen gegenzusteuern.

Die Arbeit in der Pflegeoase bzw. in dem Wohnbereich „Am Mühlbach“, dessen Bestandteil die Oase ist, wird von der Leitung als schwer angesehen. Daher wurde den Mitarbeiterinnen ein Extratag Urlaub zugestanden.

Das Konzept überzeugt, wenn auch kleine Mängel behoben werden müssen, so wird generell die Pflegeoase auch für andere Einrichtungen als empfehlenswert angesehen.

Woher kommen die Bewohnerinnen der Pflegeoase, die ja bestimmte Voraussetzungen erfüllen müssen, wenn in der eigenen Einrichtung keine Nachfolgerinnen mehr sind?

Aus der Sicht der Hausleitung wird nicht ausgeschlossen, dass diese auch aus anderen Einrichtungen kommen könnten. Beispielsweise aus einer Pflegeeinrichtung aus dem Nachbarort, die ebenfalls zu dem eigenen Träger gehört. Es sollten jedoch nur Personen sein, die auch zusammenpassen, also keine übermäßigen Verhaltensauffälligen aufweisen.

Für die Zukunft wird der Wunsch ausgesprochen, zur Erleichterung der Einschätzung der Bewohnerinnen eine Darstellung des Wohlbefindens für die Praxis zu bekommen, die es den Mitarbeiterinnen erleichtert, die Bewohnerinnen einzuschätzen.

12.0 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Das Ziel der Studie war es die Wirksamkeit der Pflegeoase auf die schwer pflegebedürftigen Bewohnerinnen zu ermitteln, sowie die Wirkung der milieuthérapeutischen Umgebung auf die Bewohnerinnen im Vergleich zu einer Bewohnergruppe mit ähnlichen Merkmalen (Parallelisierung) als Kontrollgruppe in einem Längsschnitt zu vergleichen.

Des Weiteren wurden die Belastungen von Pflegekräften zu zwei Zeitpunkten, einmal zu Beginn der Tätigkeit in der Pflegeoase und des Weiteren ca. 10 Monate später gemessen. Es sollten Belastungseffekte ermittelt werden, die im Zusammenhang mit der Pflege in diesem Bereich auftreten.

In die Studie wurden auch die Angehörigen von Bewohnerinnen der Pflegeoase einbezogen. Deren Einschätzung sollte die Sicht der Verbraucher und Verbraucherinnen und deren Bewertung dieses neuen Konzeptes darstellen.

12.1 Diskussion der Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum von ca. einem Jahr konnte der Verlauf der kognitiven, des physischen Leistungsvermögen wie auch der demenziellen Erkrankung nur wenig beeinflusst werden. Wenn auch Angehörige das Gefühl hatten, einige positive Veränderungen beobachtet zu haben, so konnten diese nicht eindeutig festgestellt werden. Andererseits verschlechterten sich die Werte nur sehr wenig. Der Stand der gemessenen Werte bei den Oasenbewohnerinnen wie auch bei den Kontrollgruppenteilnehmerinnen lag schon zuvor auf einem sehr niedrigen Niveau. Weitere Verschlechterungen wurden weder bei den physischen noch bei den kognitiven Werten gemessen.

Der Wertebereich zwischen der Gruppe der Pflegeoasenbewohnerinnen und der Kontrollgruppe stand zu Beginn der Studie vor Einzug in die Pflegeoase auf vergleichbarem Niveau. In nahezu allen gemessenen Bereichen veränderten sich die Werte bereits innerhalb von ein bis zwei Monaten nach Einzug zugunsten der Oasenbewohnerinnen.

Ebenso in den Dimensionen der erlebten Lebensqualität wie im subjektiven Wohlbefinden fallen die Unterschiede in den Werten in nahezu allen Bereichen zu Gunsten der Oasenbewohnerinnen aus. So gehen Schmerzempfindungen stärker zurück, störendes Verhalten reduziert sich nahezu und die Anteilnahme an der Umgebung verläuft intensiver im Vergleich. Insgesamt sind die Abstände in den Beobachtungszeit-

räumen von Beginn an deutlich in den Gruppen und im Verlauf weiter auseinander gehend, wenn auch dann nur noch schwach.

12.2 Dimension kognitive und nicht-kognitive Symptome

Kognitive Symptome der beiden Vergleichsgruppen liegen bereits im Stadium des Bereichs sehr schweren kognitiven Abbaus (nach Reisberg Stufe 7). Generell wird über emotionale Zuwendung kommuniziert. In dieser Art der Mitteilung sind relativ konstante Verhalten in der Oase beobachtet worden.

In den nicht-kognitiven Verhaltensstörungen gehen die Verläufe in der Pflegeoase gegen Null. Selbst Einzelwerte wie Apathie verschwinden völlig, waren sie noch vor Einzug bei sieben Personen in zum Teil hoher Ausprägung vorhanden. Gerade in diesem Wert zeigt die Kontrollgruppe gegenläufige Entwicklung.

12.3 Dimension Verhaltenskompetenz und Physis

Die selbstständige Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens ist weder für die Oasenbewohnerinnen noch für die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe möglich. Nach dem Barthel-Index erreichen sie im Mittel unter 5 Punkte bei 100 möglichen erreichbaren. Das bedeutet, eine Verschlechterung ist kaum mehr möglich und so ähneln sich beide Vergleichsgruppen in ihrem Verlauf. Verhaltenskompetenz wird aber auch durch die soziale Teilhabe begründet. Für weitestgehend immobile Personen bedeutet dies, Kontakt über andere kommunikative Ausdrucksformen zu suchen. Dazu zählen etwa Blickkontakt aufnehmen, den Kopf in Richtung Personen drehen, mimische Ausdrucksformen oder Lautäußerungen zur Kontaktaufnahme einzusetzen.

In der Kommunikation sind Oasebewohnerinnen im Vorteil, da sie über den Tag permanent Gelegenheit haben, sich den Mitbewohnerinnen, dem Personal oder auch Besuchern gegenüber bemerkbar machen zu können und dies auch tun.

Mit unterschiedlich eingesetzten Kommunikationsmitteln werden verbal sprachliche Verluste kompensiert. Dies ist im Einzelzimmer nicht möglich, da die Adressaten und somit auch weitere Adressanten fehlen. Die ungleich häufigere Gelegenheit der Kommunikation auch über emotionale und basal stimulierende Zuwendungen macht eine der Qualitäten der Pflegeoasen aus.

Die Entwicklung eines Kommunikationssystems stützt die soziale Teilhabe und ein solches Pflegeziel ist in einer kommunikationsfördernden Umgebung einfacher umzusetzen.

12.4 Dimension subjektives Erleben, Emotionen

Mit der Beobachtung emotionaler Ausdrucksformen und Verhalten sollten Ausdrucksweisen von Wohlbefinden festgehalten werden. In den meisten Werten, die negative Ausdrucksformen darstellten, lagen die Werte der Pflegeoasenbewohnerinnen im Trend in Richtung Verbesserung bei längeren Beobachtungsphasen von einer Woche. Aber auch in kurzen Beobachtungszeiträumen von 10 Minuten zeigte sich eine Abnahme der negativen Emotionen. Auch positive Emotionen entwickelten sich zugunsten der Oasebewohnerinnen. In der Kontrollgruppe zeigte sich eine unverändert Konstanz in den Emotionen. In den Beobachtungen über Zeiträume von etwa 14 Tagen (NOSGER) oder 4 Wochen (NPI) werden kurzfristige Stimmungsschwankungen überbrückt und daher stehen diese Werte für eine Einschätzung der Wirkung von Pflegeoasen im Vordergrund.

Die Bewohnerinnen nehmen jede auf ihre Art die Umwelt wahr. Auch das Sterben wird in der Oase anders erlebt, es findet in der vertraut gewordenen Umgebung statt. Die anderen Bewohnerinnen nehmen den Tod wahr. Die Andachten werden gemeinsam mit Bewohnerinnen, Angehörigen und Mitarbeiterinnen abgehalten. Die Aussegnung erfolgt innerhalb der Oase als letzte Lebensstätte der Bewohnerin.

Das Personal erlebt die neue Konzeption der Oase als positiv, sie müssen sich mehr auf die Bewohnerinnen einlassen und haben dadurch auch sehr viel mehr Freude und Spaß bei der Arbeit. Diese Beobachtung wurde generell in Pflegeoasen auch anderenorts gemacht.

Das selbstständige Arbeiten wird hier sehr hoch eingeschätzt. Belastungen die durch Verhaltensveränderungen und negative Emotionen der Bewohnerinnen verursacht werden können sind beim Personal in Pur Vital nicht zu beobachten, auch wenn von den Pflegekräften mehr psychische Kompetenz, mehr Verständnis, Einfühlungsvermögen und Fingerspitzengefühl gefordert wird.

Insgesamt zeigen sich bei den Pflegekräften in Pur Vital sehr geringe Belastungen bei einer hohen Übereinstimmung mit dem Konzept.

12.5 Dimension räumliche Umwelt

Eine ansprechend gestaltete Umwelt kann dazu beitragen, das Wohlbefinden der Bewohnerinnen zu verbessern. Die Bewohnerinnen der Pflegeoase sollen ihre Umgebung wahrnehmen und auch davon profitieren, wenn die Gestaltung auf eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeiten angepasst ist. In der Pflegeoase im Pur Vital wurde ein für Deutschland einmaliges Lichtkonzept entwickelt, deren Neuartigkeit auf einer digitalen Lichtsteuerung beruht. Es wird auf die Tages- und die Jahreszeit angepasst.

In das Licht-Konzept werden auch der Bereich der einzelnen Bewohnerinnen und ihr Schlafbereich einbezogen. Der Gemeinschaftsbereich wird mit besonders hoher Beleuchtungsstärke ausgestattet. Der vermutete und vom Personal berichtete Effekt liegt in der Unterstützung des Schlaf- Wachrhythmus der Bewohnerinnen (und des Personals?).

Mit einem individuellen Raumanteil von ca. 8 qm liegt dieses Konzept an der unteren Grenze räumlicher Standards, wenn auch im Bundesdurchschnitt über dem der bisherigen Pflegeoasen. Der Individualbereich darf nicht unterschätzt werden, zumal auch Angehörige einen Rückzugsbereich zusammen mit ihren pflegebedürftigen Verwandten suchen.

12.6 Pflegeoasen in Deutschland und Pflegeoase im Pur Vital Garching

Pflegeoasen stoßen bisher in Deutschland auf Skepsis da sie die individuelle Rückzugsmöglichkeit verhinderten und zu Lasten der Bewohnerinnen und des Personals, Raum sparten. Andere Vorstellungen schrecken vor dem Einraumwohnen mit anderen zuvor unbekanntem Menschen zurück. Vorstellungen von Geruchsbelastungen und Störungen des intimen Beisammenseins mit dem pflegebedürftigen Angehörigen stehen im Raum

Bisherige Erfahrungen des ISGOS als Begleitforscher haben die Befürchtungen nicht bestätigen können. Es haben sich eher gegenteilige Erfahrungen herausgebildet, die das Wohlbefinden der Bewohnerinnen gestärkt sehen.

In diesem Sinne ist auch die Pflegeoase im Pur Vital zu bewerten. In Übereinstimmung mit der Erfahrung der Angehörigen lassen sich die ermittelten Werte interpretieren. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Vergleich mit anderen Oasen, die ebenfalls bereits gute Belege für die positiven Effekte dieser Wohnform aufzeigen können.

Das Institut ISGOS hat in der Zeit von 2007 bis 2010 unterschiedliche Oasentypen in vier verschiedenen Bundesländern begleitet. Davon waren zwei Oasen in Nordrhein-Westfalen, eine in Hessen, zwei in Niedersachsen und das Pur Vital in Bayern. Die Gesamtstichprobe lag bei 73 Personen, 44 Personen aus der Oase und 29 Personen sind der Kontrollgruppe zuzurechnen. Die Ergebnisse die wir hier vergleichend heranziehen wollen, beziehen sich auf vier Oasen, bei einer Oase ist die Untersuchung noch nicht abgeschlossen (mit 6 Personen) und eine der Oasen war als Tagesoase (7 Personen + 5 KG) eingerichtet. 14 Personen sind innerhalb eines Jahres verstorben und eine Person in der Kontrollgruppe wurde aufgrund des niedrigen Alters aus der Stichprobe herausgenommen. Somit gehen in die neue Stichprobe 40 Personen ein, wovon 25 Personen der Oase zuzurechnen sind und 15 Personen der Kontrollgruppe.

Tabelle 15: Stichprobe aller Oasen und Kontrollgruppen N = 40

Merkmale	Oasenbewohner (N = 25)	Kontrollgruppe (KG) (N = 15)	χ^2
Alter i. M.	84,52	83,00	n.s.
Standardabweichung	4,79	5,92	
Pflegestufe II	20 %	26,7 %	n.s.
Pflegestufe III	80,0 %	73,3 %	n.s.
Barthel-Index	4 Punkte i.M.	5,33 Punkte i.M.	n.s.
Reisberg-Skala	6,60 i.M.	6,47 i.M.	n.s.

i.M. = im Mittel, n.s. = nicht signifikant

Ziel der Betreuung und Pflege in Oasen ist die Förderung des Wohlbefindens der Bewohnerinnen. An Hand von drei Werten soll vergleichend die Stimmung, das soziale Verhalten und das störende Verhalten aufgezeigt werden, wie es sich zurzeit in den untersuchten Oasen dargestellt hat. Im Anschluss werden zwei Werte noch einmal differenziert nach Oasen BRD und der hier im Untersuchungszeitraum begleiteten Oase im Pur Vital Seniorenpark Alztal und im Vergleich mit den Kontrollgruppen dargestellt.

Tabelle 16: NOSGER Stimmung im Vergleich Oasen und Kontrollgruppen

	T 1 i.M.	T 2 i.M.	T 3 i.M.
Oasen	10,80	9,80	9,56
Kontrollgruppe	11,80	11,60	11,73
Signifikanz nach Anova	n.s.	0,47	0,18

Nach Mann-Whitney-Test ergibt sich im Vergleich für T1 n.s., T2 = 0,051, T3 = 0,023
(n.s. = nicht signifikant, i-M. = im Mittel)

Die Stimmung zeigt zum Zeitpunkt T2 und T3 einen signifikanten Verlauf zwischen Oasen- und Kontrollgruppenbewohnerinnen. Während die Stimmung sich bei den Oasenbewohnerinnen eindeutig bis zum Zeitpunkt T3 verbessert, zeigen sich bei den Kontrollgruppenbewohnerinnen nur geringe Veränderungen bis zum Zeitpunkt T3.

Ein Weiterer wesentlicher Indikator für das Wohlbefinden ist das soziale Verhalten der Bewohnerinnen. Wie bildet sich hier das Verhältnis zwischen den beiden Gruppen ab?

Tabelle 17: NOSGER soziales Verhalten im Vergleich Oasen und Kontrollgruppen

	T 1 i.M.	T 2 i.M.	T 3 i.M.
Oasen	19,08	18,16	19,00
Kontrollgruppe	20,13	21,00	20,87
Signifikanz n. Anova	n.s	0,005	0,072

Nach Mann-Whitney-Test ergibt sich im Vergleich für T1 n.s., T2 =0,005, T3 = 0,072; (n.s. = nicht signifikant, i. M. = im Mittel)

Das soziale Verhalten der Bewohnerinnen in der Oase zeigt keine eindeutigen Veränderungen in den Zeitpunkten. In der zweiten Welle ergibt sich für die Oase eine signifikante Verbesserung. Im Trend kann aber bis zur dritten Messung eine Konstanz mit leichter Verbesserung beibehalten werden. Die Kontrollgruppe zeigt insgesamt eine Verschlechterung der Werte mit leichten Schwankungen zwischen T 2 und T3.

Tabelle 18: NOSGER störendes Verhalten im Vergleich Oasen und Kontrollgruppen

	T 1 i.M.	T 2 i.M.	T 3 i.M.
Oasen	6,04	5,80	5,84
Kontrollgruppe	6,80	6,87	7,27
Signifikanz n. Anova	0,102	0,028	0,028

Nach Mann-Whitney-Test ergibt sich im Vergleich für T1 0,057, T2 =0,015, T3 = 0,013; (i. M. = im Mittel)

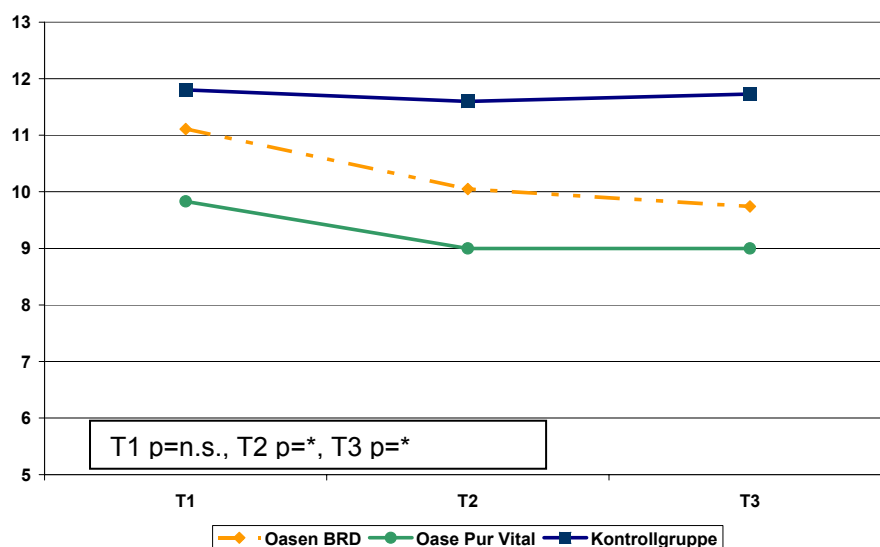
Auch im störenden Verhalten zeigt sich für die Oasenbewohnerinnen eine signifikante Verbesserung, während die Kontrollgruppenbewohnerinnen sich bis zum Zeitpunkt T 3 eindeutig verschlechtern.

Die bisher vorliegenden Gesamtdaten zeigen im Vergleich der Bewohnerinnen von Pflegeoasen zu Bewohnerinnen in Einzelzimmern auf der Normaltage einen recht eindeutigen positiven Effekt zugunsten der Oasebewohnerinnen.

Generell muss die Frage gestellt werden, ob sich diese positiven Tendenzen bei längeren Beobachtungszeiten noch verbessern lassen.

Die Anzeichen für Wohlbefinden haben wir noch einmal im Vergleich mit drei vergleichbaren Pflegeoasekonzepten und der Pflegeoase im Pur Vital dargestellt, verknüpft mit der Frage: Wo steht die Pflegeoase in Garching mit ihren Ergebnissen?

Abb. 40: NOSGER Stimmung im Vergleich N=40



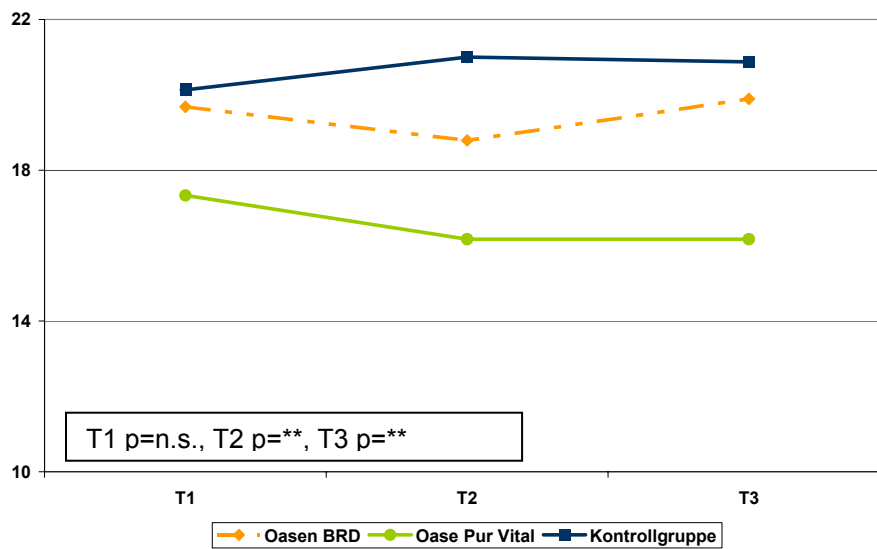
Die erste Vergleichsabbildung sieht drei Trendlinien im Vergleich. Die Linien sollen das Niveau der Stimmung von Oasebewohnerinnen darstellen.

Die NOSGER misst Stimmungen wie „wirkt weinerlich“, „erscheint gut gelaunt“, „freut sich auf Ereignisse“. Je niedriger der Wert, umso besser die Stimmung.

Die Kontrollgruppenbewohnerinnen in ihren Einzelzimmern weisen auf etwa gleich bleibende Stimmungslagen im oberen Bereich mit schwacher Ausprägung. Die Oasebewohnerinnen zeigen deutliche bessere Stimmungswerte und die positivsten Werte zeigen die Oasebewohnerinnen in der Pflegeoase im Pur Vital, die schon annähernd Normalwerte erreichen, wie sie auch Nichtkranke aufweisen können.

Ein zweiter Bereich, der die Bewohnerinnen einer Pflegeoase nach dem Willen seiner Träger in Vorteil gegenüber anderen Versorgungsformen setzen soll, ist das Sozialverhalten.

Abb. 41: NOSGER Sozialverhalten im Vergleich, N=40



Wie bereits bei der oben dargestellten Abbildung zur Stimmung bestehen auch im Bereich des Sozialverhaltens die gleichen Unterschiede. Während sich die Bewohnerinnen in der Pflegeoase im Pur Vital dem Grenzbereich zum Normalen nähern (bei ca. 15 Punkten für Heimbewohnerinnen), erreichen die Oasebewohnerinnen in anderen Pflegeoasen zwar bessere Werte als in der Kontrollgruppe, tendieren jedoch auch zum völligen Rückzug der Bewohnerinnen (ab ca. 20 bis 21 Punktwerte). Diese Trends sind auch bei anderen Werten erkennbar. Die Pflegeoase im Pur Vital weist auch gegenüber vergleichbaren Konzepten hervorgehobene Werte auf.

Die Einrichtung dieser speziellen Form sollte nicht ohne Begleitung durch ein wissenschaftliches Institut umgesetzt werden. Die Mindeststandards sind unbedingt einzuhalten, da die empfindlichen Bewohnerinnen in Pflegeoasen sofort auf Störungen reagieren.

Bewährt haben sich bisher homogene Zusammensetzungen wie sie im Pur Vital in Garching eingehalten wurden (Schwerstdemenz, schwerste somatische Erkrankungen, erheblich eingeschränkte Mobilität).

Die Raumkapazitäten sollten nicht hinter den im Pur Vital verfügbaren Räumen zurückfallen.

Das Konzept sollte sich an den Ressourcen der Bewohnerinnen orientieren.

Es ist ein Kommunikationskonzept, das die Interaktion der Bewohnerinnen mit ihren Angehörigen / Besuchern wie auch die des Personals steuert. Die wichtigste Komponente der Interaktion stellt die nonverbale Kommunikation dar. Diese muss das Personal beherrschen.

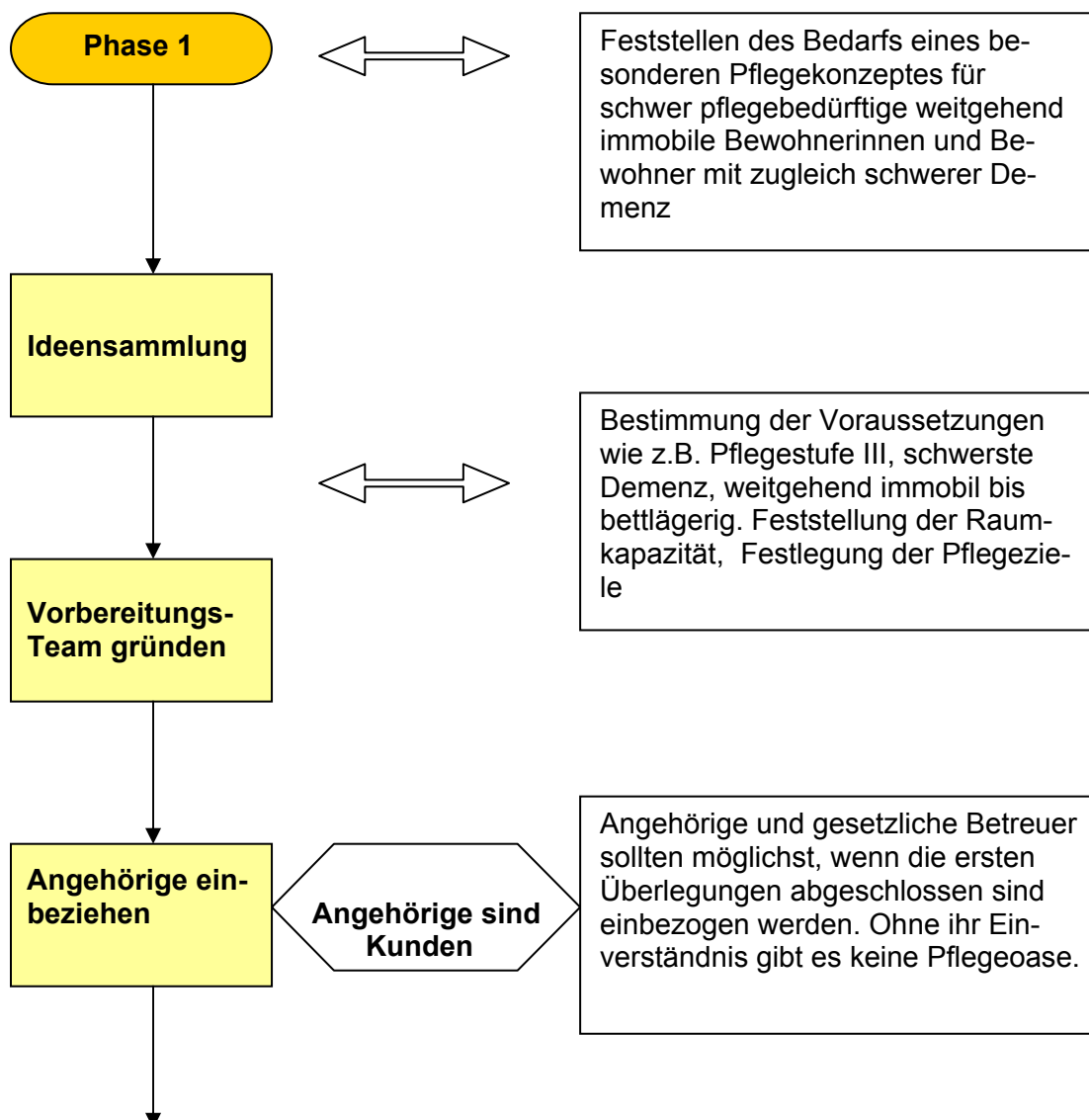
Die organisatorische Einbindung kann als eigenständiger Teil mit Präsenzkraft wie auch eingebunden in einen Wohnbereich geschehen.

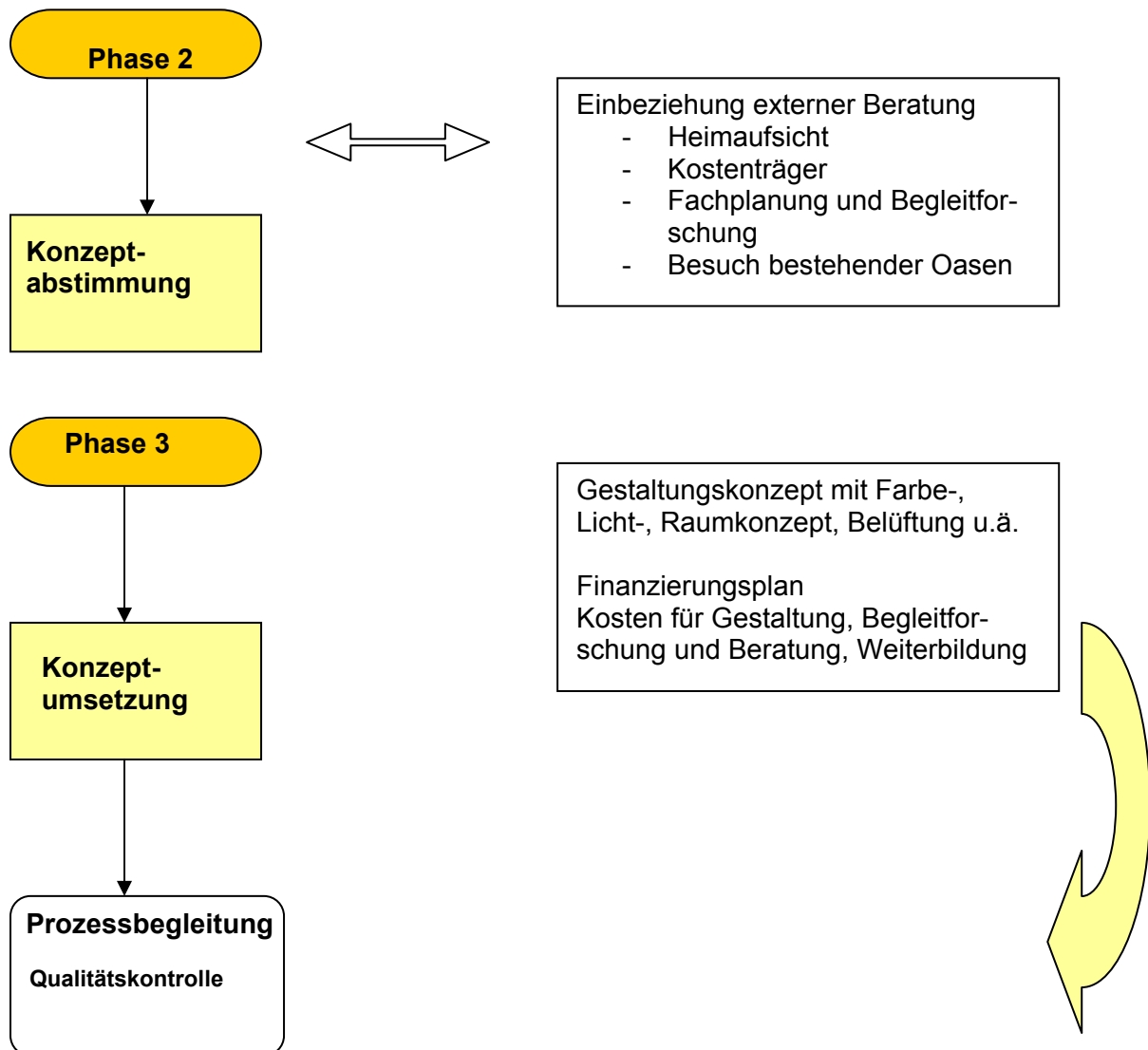
Die Bewohnerzahl kann zwischen drei und acht Personen liegen. Es müssen nicht nur Demenzkranke einbezogen werden. Auch andere Erkrankungen mit ähnlichen Auswirkungen finden in der Pflegeoase ein förderndes Umfeld.

Zukünftig sollte ein Instrument zur Beobachtung und Bewertung von Wohlbefinden entwickelt werden, mit dem das Personal im Schwerstpflegebereich leichter die Bedürfnisse der Bewohner und Bewohnerinnen einschätzen kann und das hilfreich auch bei der Pflegedokumentation einbezogen wird.

12.7 Leitfaden zur Entwicklung und Umsetzung eines Pflegeoasenkonzeptes

Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes „Pflegeoase“ für die besondere Betreuung schwer demenziell erkrankter Bewohnerinnen, die zugleich erhebliche Einschränkungen ihrer Mobilität aufweisen, die bis zur Bettlägerigkeit reicht.





Der Ablauf von der ersten Projektidee bis zum laufenden Betrieb folgt in etwa dem dargestellten Schema. Hilfreich ist die Einbeziehung wissenschaftlicher Begleitung von Beginn an. So reagieren Angehörige positiv, wenn eine externe Kontrolle durch ein erfahrenes Institut stattfindet.

Im Einzelnen gibt es natürlich Unterschiede, die in den Voraussetzungen und Vorkenntnissen einzelner Führungskräfte oder Mitarbeiterinnen begründet sind.

Phase 1

Den Anstoß zu ersten Überlegungen geben mitunter Mitarbeiterinnen, die aus Weiterbildungsseminaren/Fachtagungen erste Anregungen mitnehmen.

Auch von Leitungskräften kommen Impulse zur Weiterentwicklung der Betreuungskonzepte in Richtung Pflegeoase. Für den Träger ist die zukünftige Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens relevant und daher ist die Entwicklung spezialisierter Angebote auch aus wirtschaftlichen Erwägungen notwendig.

In einer Einrichtung in Niedersachsen haben sich zum Beispiel Pflegekräfte, Angehörige und die Hausleitung (zugleich Träger) zusammengeschlossen und gemeinsam eine bestehende Pflegeoase in der Schweiz angesehen, mit dem Ergebnis, nun ein solches Projekt ebenfalls in ihrem Hause umzusetzen.

Anregungen können auch von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Heimaufsicht kommen. Diese vermitteln dann auch Anfragen weiter.

Die Weiterentwicklung der Idee wird ganz überwiegend von mehreren Personen wie Fachkräften, Qualitätsbeauftragte, Wohnbereichs- und/oder Pflegedienstleitung und Hausleitung getragen. Die Wege sind mitunter etwas lang, wenn Träger über hierarchischen Entscheidungsstrukturen verfügen, die bis in die Spitze eingebunden werden müssen. Üblicherweise kann dieser Abschnitt der Ideenentwicklung mehrere Monate in Anspruch nehmen. Eine Person aus der Leitung (HL/PDL/WBL) des Hauses sollte als Ansprechperson die Koordination vornehmen.

Zumeist werden Angehörige erst dann einbezogen, wenn die Vorstellung über die Pflegeoase schon konkretere Formen angenommen hat. Angehörige über mögliche einschneidende Veränderungen zu informieren gehört zu den Pflichten des Trägers und stellt zudem eine vertrauensbildende Maßnahme dar. Angehörige erwarten in Anbetracht der sich verschlechternden gesundheitlichen Zustände ihrer Verwandten auch aktive konzeptionelle Maßnahmen. Die Pflegeoase selbst wird unter fachlicher Begründung durch den Träger/Heimleitung als mögliche Alternative angenommen (Ausnahmen der Ablehnung gibt es). Günstig sind Angehörigenabende, an denen die Begleitforschung das Konzept und die Umsetzungsschritte kurz und klar erläutert und zudem die fachliche Begleitung darstellt. Ein kurzer Film über ein bereits bestehendes Projekt schafft erste Einblicke in das Vorhaben.

Phase 2

Wenn die Heimaufsicht nicht bereits vorab angefragt bzw. informiert wurde, ist spätestens nun der Zeitpunkt gekommen, sie einzubeziehen. Mit dem Einzug in eine Pflegeoase sind auch vertragliche Veränderungen und weitere Fragen der Ausstattung verbunden.

Zu klären ist des Weiteren die Beantragung der Pflegestufe III Härtefall (SGB XI §43 Abs. 2 und 3) für die Bewohnerinnen. Das hat zur Folge, dass dem Kostenträger ein entsprechendes Konzept vorgelegt werden muss.

Ein anderer Punkt ist die räumliche Mindestausstattung. Reicht die räumliche Kapazität und welche technischen Voraussetzungen müssen vorgehalten werden? Die (Mehr-)Kosten für räumliche Anpassungsmaßnahmen müssen refinanziert und somit

mit den Angehörigen oder dem Sozialhilfeträger vereinbart werden. Auch wenn dies im überschaubaren Rahmen bleibt, muss dies geklärt werden.

Kosten verursacht auch die Begleitforschung. Hier muss vereinbart werden, welche Informationen später benötigt werden, welche Leistungen das Institut erbringen soll und ab wann die Forschung einsetzt. Wird sie mehr als Beratung und Weiterbildung verstanden, entstehen andere Kosten als wenn eine reine wissenschaftliche Untersuchung gewünscht wird. Von Vorteil ist, wenn die Begleitforschung schon vor Gründung der Oase erste Daten erheben kann, um den Verlauf besser aufzeigen zu können.

Für die Phase 2 sind bis zu 6 Monate zu veranschlagen.

Phase 3

Soweit noch keine Zusammenstellung der zu erwartenden Kosten vorgenommen wurde ist nun der Zeitpunkt gekommen. Wird eine Zusammenarbeit mit einem Institut von Beginn an geführt, übernimmt dies das Institut inklusive eventueller Architektenleistungen bei Umbau. Werden die Schritte selbst veranlasst muss nun die Koordinatorin die Zusammenstellung aller Leistungen und die weiteren Schritte der Umsetzung in die Hand nehmen.

Zu überlegen ist die begleitende Weiterbildung für das Personal der Pflegeoase. Auch ist hier die organisatorische Einbindung der Versorgung der Bewohnerinnen in der Pflegeoase zu klären. Sind sie eigenständig mit einer Präsenzkraft ausgestattet oder eingebunden in den übrigen Wohnbereich.

Dieser Abschnitt der Phase 3 wird etwa drei bis vier Monate dauern und somit ist insgesamt etwa ein Zeitraum von einem Jahr von der Entwicklung der Pflegeoasens-idee bis zum Einzug anzusetzen.

Einige Punkte sind hilfreich und leicht umsetzbar:

- Die Vermittlung von Hospitationen unterstützt die Pflegekräfte und nimmt etwas die anfängliche Unsicherheit.
- Eine begleitende Weiterbildung im ersten halben Jahr mit den wichtigsten Themen kann ebenfalls entlastend wirken.
- Besonders wichtig scheint die Angehörigeneinbindung zu sein. Denn in einigen Pflegeoasen gab es bereits vor der Umstellung auf diese besondere Betreuungsform Spannungen, die im Verlauf durch ein gezieltes Angehörigenkonzept abgebaut werden.

- Von Bedeutung ist die Suche nach Bewohnerinnen und Bewohnern, die potenziell für die Pflegeoase geeignet sind. Deren Angehörige/Betreuer müssen rechtzeitig angesprochen werden.

13.0 Literatur

Ahlund, O. (1999): Accomodating Alzheimers Group Living for Elderly with Alzheimers Disease. The Importance of Enviromental Design. Stride 1, S. 5-9

Annerstedt, L. / Sanada, L. / Gustafson, D. (1996): Education, Activity, Health, Blood pressure and Apolipoprotein. E as Predictors of Cognitive Change in Old Age. A Review. Gerontology 46, S. 163-167

Annerstedt, L. (1995): On group-living care fort he demented elderly. Experiences from the Malmö Model. Eigenverlag. Lund

Bär, M. / Kruse, A. / Re, S. (2003): Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Bd. 36, Heft 6, S. 454-462

Bamberg, E. / Keller, M. / Steinmetz, B. / Wohler, C. / Zeh, A. (2006): BGW-Stresskonzept- Das arbeitspsychologische Stressmodell. Bgwforschung, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.), Hamburg

Basler, H.D. / Hüger, D. / Kunz, R. / Luckmann, J. / Lukas, A. / Nikolaus, T. / Schuler, M.S. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD) – Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. In: Schmerz 20, S. 519-529

Becker, S. / Kruse, A. / Schröder, J. / Seidl, U. (2005): Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38, S. 108-121

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.) (2006): Aufbruch Pflege. Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. Hamburg

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.) (o.J.) BGW Gefährdungsermittlung und -beurteilung Psychische Belastung und Beanspruchung. Hamburg

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.) (2006): BGW-Betriebsbarometer. Anleitung für eine Mitarbeiterbefragung in der stationären Altenpflege. Zentrale Präventionsdienste, Hamburg

Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen ihres Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34, S. 108-115

Büssing, A. / Glaser, J. (2000): Psychischer Stress und Burnout in der Krankenpflege. Ergebnisse der Abschlussuntersuchung im Längsschnitt. Bericht Nr. 47 aus dem Lehrstuhl für Psychologie. München, Lehrstuhl für Psychologie

Büssing, A. / Glaser, J. / Höge, T. / Giesenbauer, B. (2000): Entwicklung eines Screeningverfahrens zur Erfassung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich. Bericht Nr. 52 aus dem Lehrstuhl für Psychologie. München, Lehrstuhl für Psychologie

Büssing, A. / Giesenbauer, G. / Glaser, J. / Höge, T. / (2001): Rahmenbedingungen der Arbeit in der stationären Altenpflege. Eine empirische Studie in bayerischen Altenpflegeheimen.. Bericht Nr. 57 aus dem Lehrstuhl für Psychologie. München, Lehrstuhl für Psychologie

Büssing, A. / Perrar, K.-M. (1992): Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory. Diagnostica 38: 328 – 353

Cummings, J.L, Kaufer, D .(2000): De Neuropsychiatrische Vragenlijst-Questionnaire (NOI-Q)

Cummings, J.L. (1994): The Neuropsychiatric Inventory. In: Neurology, 44, S. 2308-2314

Danuser, Claudia (2005): Schmerzerfassung bei verwirrten und dementen Menschen. Abschlussarbeit Palliative Care, Bildungszentrum SBK Zürich, Landquart

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2010): Pflegeoase im Herbergsverein, Altenheim und Diakoniestation zu Tostedt e.V. u.v. Schlussbericht

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2009): Modellprojekt Pflegeoase im Simeonsstift Vlotho. Alten- und Altenpflegeheim im Evangelischen Johanneswerk e.V. u.v. Schlussbericht

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2008): Projekt „Belastung in der Schwerstpflege“. Eine Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Dettbarn-Reggentin, J. (2008): Personalanforderungen im Wandel: Pflegebelastungen in neuen Konzepten (Teil 1). In: Carekonkret 48(11), 7

Dettbarn-Reggentin, J. (2008): Personalanforderungen im Wandel: Pflegebelastungen in neuen Konzepten (Teil 2). In: Carekonkret 49(11), 6

Dettbarn-Reggentin, J. (2008): Die Pflegeoase – ein geeigneter Lebensraum bei schweren Erkrankungen? (Teil 1). In: Carekonkret 38(11), 7

Dettbarn-Reggentin, J. (2008): Die Pflegeoase – ein geeigneter Lebensraum bei schweren Erkrankungen? (Teil 2). In: Carekonkret 39(11), 8

Dettbarn-Reggentin, J. (2008): Die Pflegeoase ist keine Universal-Lösung. In: Altenheim 48(3), 27-28

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2003): Wohngruppen für demenziell Erkrankte im Christinenstift in Linnich Gereonsweiler. Eine Studie im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie NRW, u.v. Projektbericht

Deutsche Gesellschaft Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) (o.J.): Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD), Bochum

Fischer, Thomas (2007); Hilfsmittel für die Beobachtung aber kein Ersatz der Fachlichkeit. In: Pflegezeitschrift 6/2007, S. 308-311

Frölich, Lutz (2008): Beurteilung von Verhalten und psychologischen Funktionen. Symposium – Bonn 11.-12. Dezember 2008 (World Conference Center Bonn)

Füsgen, I. (2004): Ein Tabuthema in der Demenztherapie? In: Füsgen, I. (Hrsg.): Musik- und Kunsttherapie bei Demenz. 16. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden, Bd. 12, S. 11-19

Großjohann, K., Dettbarn-Reggentin, J. (2008): Pro & Contra: Pflegeoasen als Wohnkonzept für Demenzkranke: In: *Altenheim* 47(2), 29

Gunzelmann, T. / Oswald, W.D. (2005): Grundriss Gerontologie: Gerontologische Diagnostik und Assessment. Stuttgart, Bd. 15

Haupt, Martin (2006): Nichtmedikamentöse Therapiemaßnahmen bei Demenzkranken. In: *Neurologie* 2/2006, S. 14-19

Hurley, A.C. / Volicer, B.J. / Hanrahan, S.H. / Volicer, L. (1992): Assessment of Discomfort in advanced Alzheimer Patients. In: *Research in Nursing & Health* 15 (3), S. 69-377

Hüther, P., Schmidt, T., Siebert, E., Kranz, B., Möller, S. (2007): Rahmenkonzept zur Pflege und Betreuung dementer, immobiler und gerontopsychiatrisch veränderter Bewohner in der Pflegeoase/Insel der Geborgenheit im Ev. Altenhilfezentrum Haus Salem. Unveröffentlichtes Manuskript

Ihl, R. / Frölich, L. (o.J.): Die Reisberg-Skalen. Beltz Test-Zentrale

Kitwood, T. (2008): Demenz der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, 5.te deutschsprachige Auflage

Kruse, Andreas (2004): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Vortrag am 19/20. März 2004 bei der Robert Bosch-Stiftung

Kunz, R. (2003): Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Band 36, Heft 5, S. 355-359

Landendorfer, Peter / Hesselbarth, Sabine (2003): Schmerz-Beurteilung bei „sprachlosen“ Patienten. In: *Der Allgemeinarzt* 10/2003, S. 822-828

Lawton, M.P. / Van Haitsma, K.S. / Klapper, J.A. (1996): Observed Affect in Nursing Home Residents“. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences* 51(1), S. 3-14

Lüttig, A. (2005): Schwerstpflegebedürftige: Die Pflegeoase vermeidet Isolation. In: *Altenheim* 44(11), 42-43

Martin, M. (2006): Pflegepersonal: Belastungsfaktoren und Entlastungsmöglichkeiten. Manuskript Vortrag

Menzi-Kuhn, Ch. (2006): Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Langzeiteinrichtungen. Universität Maastricht, NL, Fakultät der Gesundheitswissenschaften Fachrichtung Pflegewissenschaft

Oppikofer, S. / Lienhard, A. / Nussbaumer, R. (2005): Demenzpflege-Evaluation. Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz im Pflegeheim, Darstellung und Vergleich spezialisierter versus integrierter Betreuungsformen. Zürcher Schriften zur Gerontologie, Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie

Oppikofer, S. / Albrecht, K. / Schelling, H.R., Wettstein, A. (2002): Die Auswirkung sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Band 36, Heft 1, S. 39-48

Rabins, P.V. (2000): Measuring quality of Life in Persons with Dementia. In: International Psychogeriatric Association, 12, S. 47-49

Reggentin, H. / Dettbarn-Reggentin, J. (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Rutenkröger, A./Kuhn, C. (2008): „Im Blick Haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.). Internetversion

Selai, C. (2001): Assessing quality of life in dementia. In: Medical Care, 39, S. 753-755

Schäufele, M. / Köhler, L. / Lode, S. / Weyerer, S. (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, Ulrich / Wahl, Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). München

Schmermann, Meike (2009): Netze schaffen für Menschen mit Demenz eine gemeinsame Herausforderung für die Caritas. Fachtagung am 26. März 2009 in Münster

Schmieder, M. (2007): Pflegeoase Haus Sonnweid – Eine Oase für Mitarbeiter und Bewohner. In: Altenheim 46(8), 16-18

Schwarz, G. (2004): Schmerzwahrnehmung und Umgang mit Schmerzen bei demenzkranken Menschen. Impulsveranstaltung 18.11.2004, Stuttgart

Spiegel, R. (1992): Erfassung des Verhaltens psychogeriatrischer Patienten im Alltag mit der NOSGER. In: Jovic, N, / Uchtenhagen, A. (Hrsg): Ambulante Psychogeriatric. Neue Wege und Hinweise für die Praxis. Asanger, Heidelberg, S. 29-42

Statistisches Bundesamt DESTATIS (2010): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung in den Bundesländern. Dem früheren Bundesgebiet und den neuen Ländern bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Weiner, MF. / Martin-Cook, K. / Svetlik, DA. Saine, K. / Foster, B. / Fontaine, CS (2000): The quality of life in late-stage dementia (Qualid) scale. In: J Am Med Dir Assoc, 1(3), S. 114-116

Weyerer, S. / Schäufele, M. (2004): Evaluation der besonderen stationären Demen-tenbetreuung in Hamburg. Internetversion

Wettstein, A. / Bielak, A. / Rüegg, J. /Knecht, R. / Christen, Lisanne (o.J.): Quality of life in long-term health care institutions. The Zürich quality of life inventory. Stadtärztlicher Dienst, Zürich

Whitehouse, P. (1999): Quality of Life in Alzheimer's disease. Future directions. In: Journal-of-Mental-Health-and-Aging, 5, S. 107-111

Zaudig, M. / Hiller, W. (2000): Sidam-Handbuch, Huber Bern

Zimber, A. / Weyerer, S. (1998): Stress in der stationären Altenhilfe. Arbeitsbedin-gungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. Ergebnisse einer Verlaufsstudie. Vorge-stellt 64, KDA Köln.

Zimber, A. / Weyerer, S. (1999): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege. Hogrefe, Göt-tingen / Bern / Toronto / Seattle

Zimber, A. / Weyerer, S. (1999): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege. Auswirkungen der Pflegeversicherung. In: Zimber, A. / Wey-erer, S. (Hrsg.). Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Hogrefe, Höttingen / Bern / To-ronto / Seattle: 185 – 199

10.1 Internetberichte

http://www.bd-untermain.de/bwo/dcms/sys/pages/public/printversion.html?f_page_url

http://www.bduntermain.de/bwo/dcms/sites/bistum/extern/bd_untermain/demenz/ther...

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/mug/Abschnitt-2-ergebnisse-der...>

<http://www.dimdi/icd10/hamburgermanual.pdf>