Die Pflegeoase in der Ganzheitlichen Seniorenpflege GSF Goldkronach

- Das integrative Betreuungskonzept einer Pflegeoase mit einer Tagesbetreuungsgruppe –

Abschlussbericht

Bild: Eingang zum GSF

Jürgen Dettbarn-Reggentin M.A.
Heike Reggentin Dipl.-Pol.
ISGOS-Berlin
15. Dezember 2018

Durchführung

Jürgen Dettbarn-Reggentin M.A. (phil.pol.soz.), Gerontologe
ISGOS-Berlin, Projektleitung
Heike Reggentin Dipl.-Pol., Gerontologin
ISGOS-Berlin

Wir danken den Bewohnern und dem Personal des Hauses Ganzheitliche Seniorenpflege Goldkronach für die freundliche Aufnahme und geduldige Beantwortung der vielen Fragen.
Besonderer Dank gilt
Frau Andrea Tannreuther, Heimleiterin
Frau Elke Fehn Pflegedienstleitung
Frau Heidi Götzel, Gerontopsychiatrische Fachkraft

Gliederung

Inhaltsverzeichnis 4
Abbildungen 5
Vorwort 6
Zusammenfassung 8

1.0 Einleitung 11
2.0 Komponenten des Betreuungskonzeptes 13
2.1 Baulich- gestalterische Wohn- Pflegeumgebung 13
2.2 Bewohner der Pflegeoase 15
2.3 Bewohner der Wohngruppe mit Tagesbetreuung 16
2.4 Personal und Alltagsgestaltung 17
3.0 Methodisches Vorgehen der Evaluation 18
3.1 Forschungsfragen 18
3.2 Operationalisierung 19
4.0 Ergebnisse 22
4.1 Gesundheitlicher Status 23
4.2 Zusammenfassung Gesundheitszustand 25
5.0 Persönliche soziale Netzwerke 27
5.1 Soziale Beziehungen – soziale Umwelt 29
5.2 Nichtkognitive Symptome 31
5.3 Gesamtbetrachtung mit der Lebensqualitätsskala „Quality of Life in Late State-Stage of Dementia“ QUALID 33
5.4 Bericht 1 GSF 34
5.5 Bericht 2 GSF 38
6.0 Personal 43
7.0 Zusammenfassung 45

Abbildungen

Abb. 01: Blick in die Außenanlage 10
Abb. 02: Grundriss 3D mit Farbprobe 14
Abb. 03: Utensilien zur Unterstützung von Therapien für Demenzerkrankte 17
Abb. 04: Tabelle Zusammenstellung der Datenerhebungen nach jeweils vorgegebener Beobachtungsdauer 21
Abb. 05: Stichprobe Pflegeoase und Tagesgruppe 22
Abb. 06: Demenz Bezeichnung nach Diagnose 23
Abb. 07: Medikamentengruppen 24
Abb. 08: Verlauf der Schmerzerfassung 25
Abb. 09: Aquarium in der Pflegeoase 26
Abb. 10: Häufigkeit der Kontakte 27
Abb. 11: Anzahl Kontaktpersonen im Verlauf, Durchschnittswerte 27
Abb. 12: Netzwerke BW Pflegeoase 28
Abb. 13: Netzwerk BW Tagesgruppe 28
Abb. 14: NOSGER Gesamttrend Soziales Verhalten 29
Abb. 15: NOSGER Gesamttrend Stimmung 30
Abb. 16: NOSGER Gesamttrend Störendes Verhalten 31
Abb. 17: NPI Gesamtverlauf 32
Abb. 18: NPI Einzelverläufe Auffälligkeiten 33
Abb. 19: Gesamtwohlbefinden mit der QUALID 34
Abb. 20: Blick in die Pflegeoase 37
Abb. 21: Blick in die Pflegeoase 37
Abb. 22: Raum für die kleine Gruppe mit Küche 41
Abb. 23: Innenhof mit Terrasse 42
Abb. 24: Innenhof mit Terrasse 42
Abb. 25: Personalbelastung im Verlauf nach NPI 43
Abb. 26: Belastung des Personals durch nichtkognitive Verhaltensstörungen 44

Alle Fotos wurden uns von GSF-Goldkronach zur Verfügung gestellt

Die Pflegeoase in der Ganzheitlichen Seniorenpflege GSF Goldkronach

- Das integrative Betreuungskonzept einer Pflegeoase mit einer Tagesbetreuungsgruppe –

Vorwort

In seinem Selbstverständnis sieht der Träger des Hauses „Ganzheitliche Seniorenpflege Fichtelgebirge GmbH“ (GSF) das Ziel seiner pflegerischen Handlungen in der Umsetzung eines ganzheitlichen Kompetenzmodells. Körperpflege und Geistespflege wird nach diesem Modell als Einheit angesehen. Die Herausforderungen liegen in der Betreuung von Menschen mit Demenz und anderer vorliegender kognitiver Beeinträchtigungen.

Die GSF betreut zum Projektbeginn Oktober 2017 insgesamt 59 Bewohnerinnen und Bewohner, die sich auf das Erdgeschoss und die 2 Obergeschosse verteilen. Ein erheblicher Anteil der Bewohner weist eine Demenz mit unterschiedlichen Stadien auf, wobei wiederum eine zunehmende Anzahl der Betroffenen das Stadium einer weit fortgeschrittenen Demenz aufweisen.
Für diese Bewohner wurde bereits im Jahr 2006 eine Tagesbetreuungsgruppe eingerichtet, in der die Tagesbegleitung mit eigens an den Bedürfnissen dieser Bewohner ausgerichteten Tagesgestaltung umgesetzt wurde.
Das Ziel aller Maßnahmen war von Beginn an die Förderung der Lebensqualität auch bei Demenz, trotz nachlassender kognitiver Fähigkeiten und zunehmender Immobilität. Angesichts wachsender Zahlen schwer und schwerst demenziell erkrankter Bewohner im Haus GSF stellte sich die Frage nach einer erweiterten konzeptionellen Ausrichtung auf die individuellen Bedürfnisse und somit speziellen Angeboten für schwerst demenziell Erkrankte innerhalb der Demenztagesgruppe.

Diese Frage stellt sich auch anderen Pflegeeinrichtungen, wobei ein Konzept häufig genannt wird: Das Versorgungsmodell der Pflegeoase. In diesem Modell wird auf der Basis einer Kleingruppe von maximal 8 Personen mit vergleichbarem Schweregrad der Demenz ein Betreuungsablauf angeboten, der die individuellen wie auch gemeinschaftsbezogenen Bedürfnisse miteinander fördert. Mit dieser Ausrichtung nach mehr Lebensqualität durch Förderung des Wohlbefindens entspricht sie auch den Vorstellungen des GSF nach einem ganzheitlichen Pflegemodell.

Pflegeoasen bieten schwer und schwerst demenzkranken Personen eine räumliche und soziale Nähe. Ihre Unterstützung im Tagesablauf kann durch besondere Zuwendung durch das Personal wie auch durch die Wahrnehmung der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner erfolgen. Anders als bei bisher bekannten Pflegeoasen ist das Konzept auf zwei Betreuungsgruppen ausgerichtet. Somit soll eine individuelle Ausrichtung der Tagesgestaltung je nach Tagesform gefördert werden. Es ist kein starres System, welches nach Demenzstadium die Bewohner einteilt, sondern fließend ausgerichtet die Bewohner je nach Bedarf an

emotionaler, psychischer oder physischer Unterstützung einen angepassten Tagesablauf bietet.
Ein solches prozessorientiertes System setzt genaue Beobachtungen kleinster Veränderungen der Bewohner voraus und fördert einzelne Fähigkeiten. Anders als ganzheitliche Betreuungskonzepte, die nur mit einer Gruppe von 6 bis maximal 8 schwerst demenzkranken Bewohnern arbeiten und einen für alle gleichen Tagesablauf verfolgen, wird im GSF neben dem Gemeinschaftsansatz stärker auf differenzierte Gruppenförderung gesetzt.

Die Begleitstudie soll zeigen, ob diese Ausrichtung die betroffenen Bewohner erreichen und die Betreuung demenzkranker Menschen im Schwerststadium der Demenz nach einem differenzierten Pflegemodell die Lebensqualität erhöhen kann.

Zusammenfassung

Die in der Ganzheitlichen Seniorenpflege Goldkronach umgesetzte Pflegeoase entspricht dem Prinzip eines Mehrpersonenraums in dem Menschen mit schwerer Demenz das Erleben von Gemeinschaft ermöglicht werden soll. Die räumliche Organisation soll mit dazu beitragen, dass über Tag und in der Nacht Bewohnern das Gespür der Nähe zu anderen Personen gegeben wird.
Das Konzept der Pflegeoase ist im GSF eingebettet in ein Gesamtkonzept der Betreuung demenziell erkrankter Bewohner/innen innerhalb des Hauses, das vorrangig aus der Organisation von zwei Betreuungsgruppen, besteht - aus der kleineren Pflegeoasengruppe mit schwerst demenziell erkrankten Bewohner/innen und der größeren Tagesgruppe mit Teilnehmern aus dem Hause stammenden ebenfalls demenziell erkrankten Bewohnern in minder schweren Fällen. Die Alltagsgestaltung ist „durchlässig“ und lässt die Teilnahme an der jeweils anderen Tagesgestaltung zu.

Gesundheitliche Entwicklung
Anfänglich bestehende Unterschiede zwischen den Teilnehmern der beiden Gruppen, der Pflegeoase und der Tagesgruppe, haben sich im Verlauf angenähert. Die negativen Trends betreffen die Selbstständigkeit, gemessen an den alltagsverrichtenden Tätigkeiten (Barthel-Index) wie auch die Entwicklung der demenziellen Erkrankung, die einen Wert erreicht, der auf eine schwer demenzielle Erkrankung (Reisberg) bei beiden Gruppen hinweist. Deutlich wird die gesundheitliche Annäherung auch an Werten der Schmerzempfindung, gemessen mit der Beurteilungsskala von Schmerzen bei Demenz (BESD). Am Ende der Untersuchungszeit liegen die Werte beider Gruppen dicht beieinander. Die unterschiedlichen Zusammensetzungen und zum Teil verschiedenen Alltagsgestaltungen haben begrenzten Einfluss auf den abnehmenden Gesundheitstrend nehmen können.

Soziale Beziehungen
In beiden Gruppen verändern sich die sozialen Beziehungen zu nahestehenden Personen. Jedoch nehmen auch nichtkognitive Verhaltensauffälligkeiten Einfluss. Insbesondere treten Auffälligkeiten auf, wenn Umgebungsveränderungen die gewohnte Alltagsgestaltung beeinflussen, etwa bei Versterben von Mitbewohner/innen. Verluste können jedoch wieder kompensiert werden durch neue enge Beziehungen zu anderen Personen.
Die kontinuierliche Umsetzung der Tagesgestaltung durch strukturierte Abläufe in einer kleinen Gruppe wie die der Pflegeoase, wie sie im Verlauf umgesetzt wurden, zeigt hier positive Effekte. Der Zugewinn an vertrauten Personen lässt sich auch zahlenmäßig belegen, was in der größeren Tagesgruppe nicht in diesem Ausmaß zu beobachten war.
Erschwerend erweist sich in der Gewinnung sozialer Stabilität der Wechsel von Personen durch Versterben, von dem beide Gruppen betroffen waren. Das Maß war außergewöhnlich hoch: In der kleinen Pflegeoase verstarben 2 von sieben

Bewohnern und in der größeren Tagesgruppe verstarben 5 von elf Bewohnern, alle in der zweiten Untersuchungshälfte.

Die zuvor vielversprechende Entwicklung im Wohlbefinden, in den sozialen Beziehungen, der Stimmung wie auch im Gesamttrend weisen recht eindeutig auf diesen Einfluss. Die nichtkognitiven Störungen wiesen ebenfalls in diese Richtung. Sie prägen sich stärker in der größeren Gruppe aus, deren Teilnehmer/innen sich nicht in der räumlichen Nähe zueinander befinden wie in der Pflegeoase.

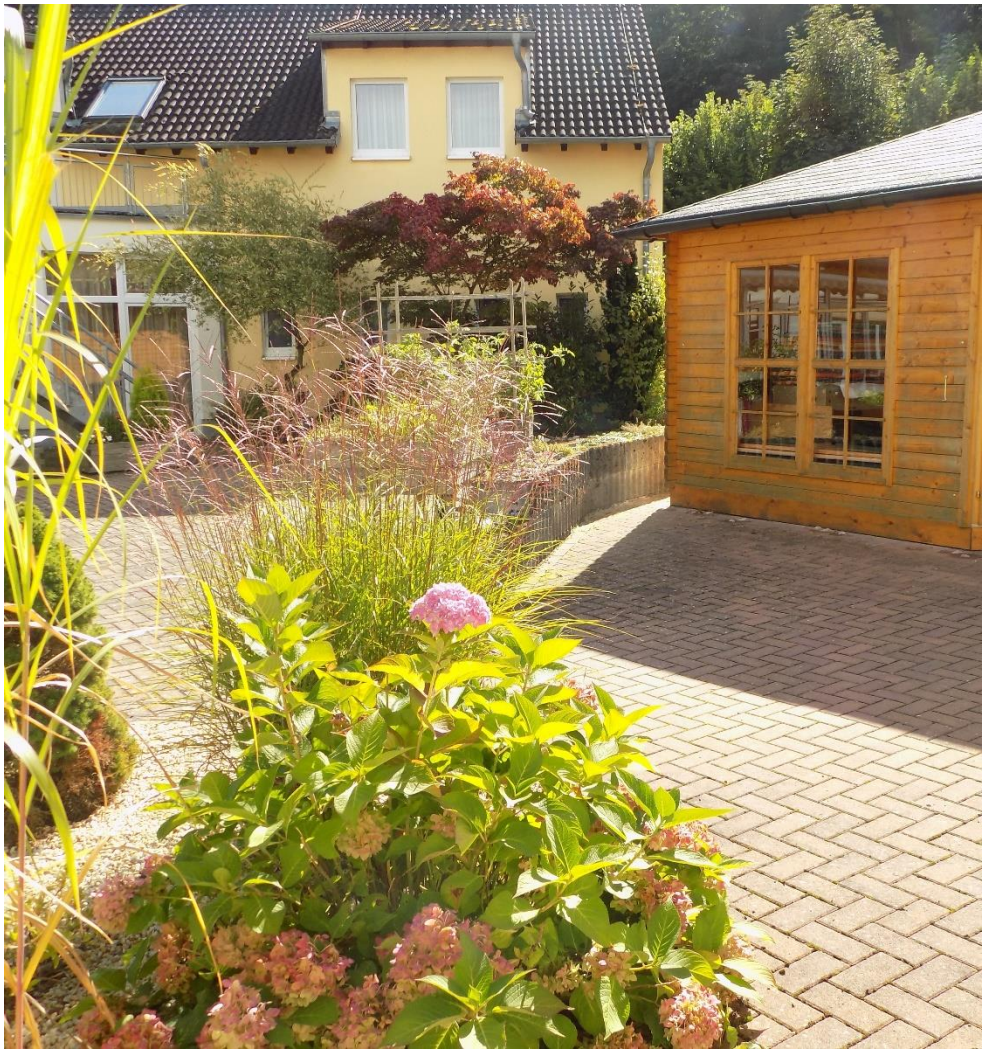
Die Pflegeoase wirkt sich stärkend auf deren Bewohner aus. Zu Beginn der Studie mit Einführung des Pflegeoasenkonzeptes lag der gesundheitliche Status der Pflegeoasenbewohner unterhalb des Status der Tagesgruppe. Deren Teilnehmer verschlechterten sich in ihren wesentlichen gesundheitlichen Merkmalen physischer und kognitiver Fähigkeiten auf das Niveau der Pflegeoase. Auch für diese Personen wäre nun eine weitere Pflegeoase notwendig, die ja bereits im GSF sich auch im Vergleich vorteilhaft für deren Bewohner gezeigt hat.

Die Beanspruchung des Personals zeigte keine auffälligen Mehrbelastungen, wie sie etwa in der Demenzbetreuung auftreten können. Insbesondere in der ersten Hälfte der Begleitforschung lagen die Belastungswerte nach Selbsteinschätzung auf einem sehr niedrigen Niveau, noch unterhalb bekannter Werte vergleichbarer Versorgungskonzepte.
Erst als die Sterberate der Bewohner ein außergewöhnlich hohes Ausmaß erreichte, traten Belastungen auf, die durch zeitweilig auftretende nichtkognitive Störungen der Bewohner ein Ausmaß „leichter Belastungen – meistens kein Problem“ erreichte.
Dies Belastungsniveau liegt immer noch unterhalb sonst bekannter Belastungen anderer Versorgungskonzepte für schwer demenziell erkrankte Bewohner in stationären Einrichtungen.

Die Ausgangskonzeption des GSF hat sich im Verlauf der Begleitstudie an die sich ändernden Gesundheitsbefinden der Teilnehmer/innen beider Gruppen anpassen müssen. Die strukturellen Voraussetzungen haben hierzu den Raum gegeben und die Bewohner/innen erreicht. Die Ergebnisse sprechen für das Konzept, soweit es auch weiterhin in der Lage ist, neue Anforderungen zu integrieren.

Zukünftig scheinen sich die Nachfragen nach Pflege im schweren Demenzbereich im Haus Ganzheitliche Seniorenpflege Fichtelgebirge in Goldkronach zu verstärken. Das dürfte nicht zuletzt durch die hohe Akzeptanz der besonderen Demenzbetreuung bewirkt worden sein, in dessen Mittelpunkt die Pflegeoase steht.

Abb. 01: Blick in die Außenanlage



1.0 Einleitung

Pflegeangebote für Menschen mit Demenz suchen nach Wegen, die durch die Krankheit erlittenen Verluste weitgehend kompensieren helfen. Das geschieht auf umfassende Weise. In der Literatur sind sehr unterschiedliche Herangehensweisen und somit ein breites Spektrum an alternativen Konzepten wie das der Pflegeoasen dargestellt worden (Brandenburg et.al. 2014[1]; Reggentin, H. Dettbarn-Reggentin, J. 2013[2]).

Mit der zunehmenden Zahl schwer demenziell erkrankter Bewohner und auch einer wachsenden Nachfrage von Personen mit schwerer demenzieller Erkrankung veranlasste die Pflegeeinrichtung *Ganzheitliche Seniorenpflege Fichtelgebirge GmbH (GSF)* die Betreuungsangebote auf die Besonderheiten dieser Bewohner einzustellen. Mit dem bereits seit 2006 beschrittenen Weg der Einrichtung einer Betreuungsgruppe für demenzkranke Bewohner war der Grundstock für weitere differenzierte Angebote der Tagesgestaltung gelegt.

Die Weiterentwicklung der Versorgungs- und Betreuungskonzeption stellte nunmehr die schwer demenzkranken und weitgehend immobilen Bewohner in den Blickpunkt, ohne die bisherige Betreuungsgruppe aus dem Auge zu verlieren. Die stärkere Neuausrichtung auf die Schwer- und Schwerstdemenz[3] erfolgte auch baulich mit der Umgestaltung des gesamten Seitentrakts im Erdgeschoss der Pflegeeinrichtung. In der neu geschaffenen Betreuungseinheit für demenzkranke Bewohner sollten nun eine Tagesgruppe – wie bisher– und eine integrierte Pflegeoase versorgt werden.

Mit der Zusammenführung der demenziell erkrankten Bewohner und deren Betreuung mit zwei Ausrichtungen, bezogen auf das Stadium der Demenz war es nun möglich, in einem Bereich durchlässige Tagesgestaltungen anzubieten, ohne einen Bewohner auszuschließen. Mobilitätseingeschränkte Bewohner mussten nun auch nicht mehr aus anderen Bereichen des Hauses zur Tagesgestaltung abgeholt werden, was immer mit einem hohen Zeitaufwand und nicht zuletzt mit großen Anstrengungen für Bewohner und Pflegepersonal verbunden war.

---

[1] Brandenburg, H./Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) (2013): Pflegeoasen in Deutschland, Forschungs- und Handlungsrelevante Perspektiven zu einem Wohn- Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Schlütersche Verlag Hannover

[2] Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J. (Hrsg.) (2013): Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren. Vincentz Network Hannover

[3] Konzepte für die besondere Versorgung schwer demenzkranker Menschen in Pflegeoasen siehe unter: Webseite StMGP Projekte Bayerischer Demenzstrategie, Handlungsfeld 6 Strategische Versorgung und Betreuung in Pflegeeinrichtungen. Pflegeoasen bei fortgeschrittener Demenz, Link zu den Berichten von ISGOS-Berlin:
Evaluierung Pflegeoase im Seniorenzentrum Bamberg
Evaluierung Pflegeoase im Seniorenzentrum Lechrain
Evaluierung Pflegeoase im Seniorenzentrum Abundus AZURIT in Fürstenzell
Evaluierung Pflegeoase im Seniorenpark Pur Vital in Garching/Alz (Zugriff 20.12.2018)

Andererseits zielte das Konzept der Trennung von demenzkranken Bewohnern und den übrigen geistig rüstigen Bewohnern auf eine Minderung an Störungen für beide Seiten.

Konzeptionell stellt dieses Mischkonzept eine Neuerung in der Betreuung demenzkranker Bewohner dar. Es verfolgt die besondere Betreuung, wie sie in einer Pflegeoase für schwer Demenzkranke geboten wird und sie sucht innerhalb der Demenzkranken eine Flexibilität in der Tagesgestaltung, die wiederum Alle berücksichtigt. Inwieweit dieses Experiment zum Wohlbefinden der demenzkranken Bewohner beiträgt bzw. beigetragen hat, war Gegenstand der Begleitstudie. Auch nichtkognitive Verhaltensauffälligkeiten nehmen Einfluss auf die emotionale Belastung der Pflegekräfte. Insbesondere treten Auffälligkeiten auf, wenn Umgebungsveränderungen die gewohnte Alltagsgestaltung beeinflussen, etwa bei Versterben von Bewohnern.

2.0 Komponenten des Betreuungskonzeptes

Das Grundkonzept der Betreuung der demenzkranken Bewohner im *GSF* steht wesentlich auf drei Säulen:

1. Der baulich-gestalterischen Wohn- Pflegeumgebung
2. Den Bewohnern und Teilnehmern der Tagesbetreuung des Demenz- Pflegebereiches
3. Dem Personal und der Alltagsgestaltung

2.1 Baulich- gestalterische Wohn- Pflegeumgebung

Mit der Zuordnung der demenziell erkrankten Bewohner zu einer Wohngruppe mit Tagesbetreuung und einer Pflegeoasengruppe war es notwendig, deren individuellen Wohn- Pflegebereich möglichst um die Tagesaufenthaltsbereiche zu gruppieren. Damit sollten kurze Wege zum Ort der Alltagsgestaltung geschaffen werden.
Da formal zwei Betreuungsgruppen geschaffen wurden, eine für die Bewohner mit noch nicht so weit fortgeschrittener Demenz und eine Gruppe mit schwerer Demenz und eingeschränkter Mobilität, sollte auch die räumliche Zusammenfassung der schwer demenziell Erkrankten in einer Einheit, der Pflegeoase, das Zusammenleben fördern.

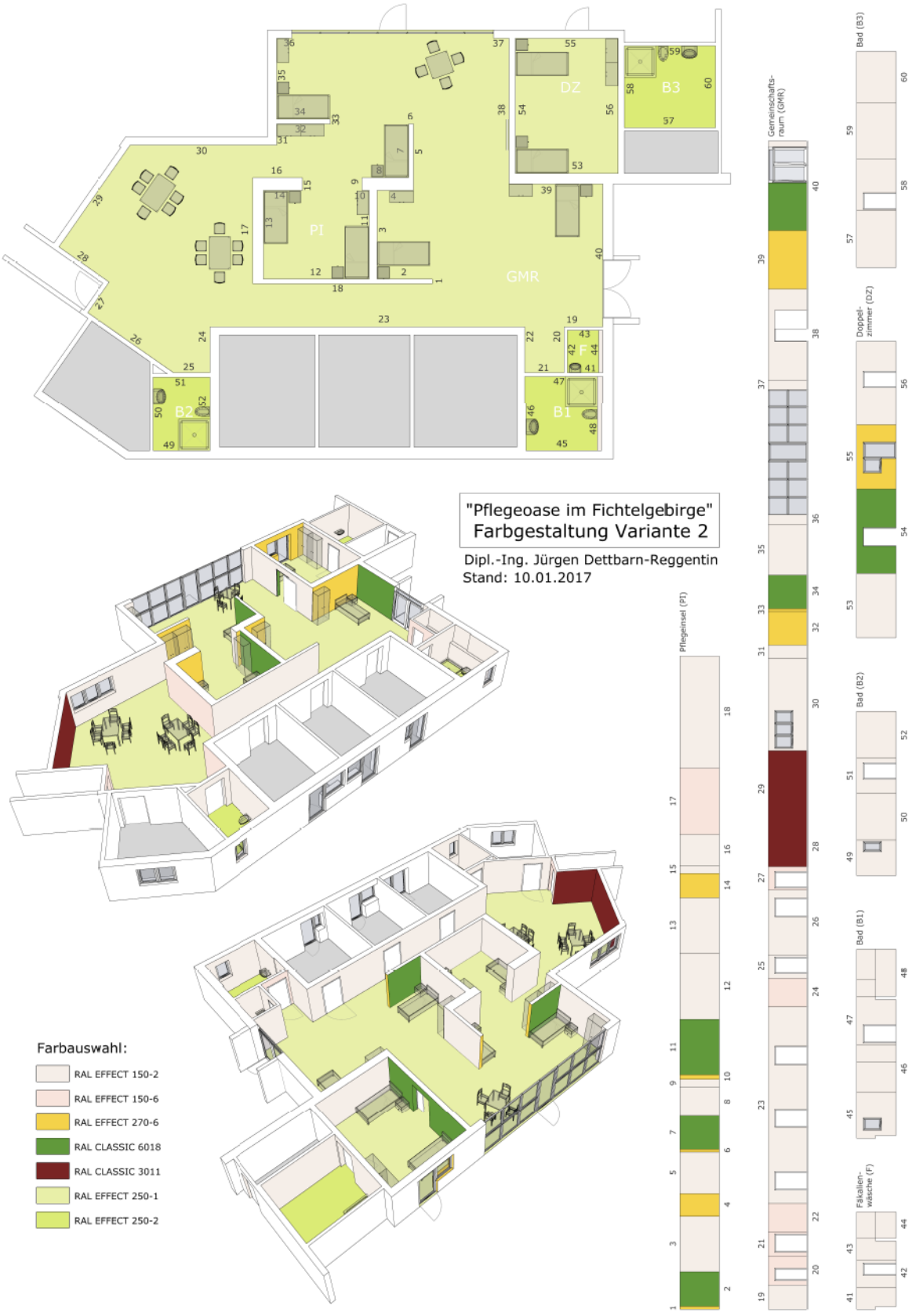
Von den beiden Bewohnergruppen wurden sieben Bewohner/innen der Pflegeoase zugeordnet, die sich auf die Raumbereiche um den Gemeinschaftsbereich herum verteilen. Die Bewohner/innen des Doppelzimmers wurden aufgrund ihrer fortgeschrittenen Demenz der Pflegeoase zugerechnet. Ihre individuellen Raumbereiche sind durch Raumteiler voneinander abgegrenzt, die leicht zu öffnen sind und jedem/r Bewohner/in jederzeit bei Bedarf oder auf Wunsch auch aus dem Bett heraus das Gemeinschaftserleben nahebringen kann.
Zwei der sieben Oasenbewohner/innen sind mit ihrem Doppelzimmer direkt an den Gemeinschaftsbereich angeschlossen. Die verbreiterte Türöffnung ist mittels eines blickschützenden Flächenvorhangs optisch abtrennbar, lässt die beiden Bewohner/innen jedoch akustisch zu jeder Zeit am Gemeinschaftsleben teilhaben. Auch die Individualbereiche der anderen Oasenbewohner sind mittels blickschützender Flächenvorhänge als Raumteiler vom Gemeinschaftsbereich getrennt.

Allen Bewohnern stehen jeweils ca. 10 qm individuelle Fläche zu (vergleichbar eines Doppelzimmeranteils). Dazu kommen der Gemeinschaftsbereich für die Pflegeoasenbewohner und der anschließende Gemeinschaftsbereich für die Tagesgruppe und die Bewohner der Wohngruppe, der zeitweise gemeinsam oder von einzelnen Pflegeoasenbewohnern mitgenutzt wird.
Der Gemeinschaftsbereich der Wohngruppe enthält eine Küchenzeile in der die Mahlzeiten mit aufbereitet werden und hier wird auch gemeinsam gegessen.

Der zentrale Erlebnispunkt der Pflegeoase und der Wohngruppe mit Tagesbetreuung ist der gemeinsam genutzte Gemeinschaftstisch, parallel zur langen Fensterfront stehend, erhält er sehr viel Tageslicht. Farblich sind Boden und Trennelemente in hellem gelb-grün bzw. hellem lindgrün gestaltet. Die Vorhänge sind ebenfalls in zarten Farbtönen mit

farbigen Längsstreifen gehalten. Hierzu ergänzen sich Einrichtungsgegenstände in kräftigen Rottönen.

Abb. 02: Grundriss 3D mit Farbprobe - Entwurf



Letztendlich wurde die Wand (Fläche 5,6,7, im Grundriss oben Mitte) weggelassen und somit 5 Wohn- Pflegeplätze für die Pflegeoase geschaffen. Jeder/m Bewohner/in stehen ca. 10 qm zur Verfügung.
Für die Oasenbewohner/innen wurden zwei Pflegebäder in unmittelbarer räumlicher Nähe geschaffen.
Die Beleuchtung ist steuerbar (dimmbar) und erreicht im Gemeinschaftsbereich bei voller Lichtstärke 1.600 Lux. Die Bewohnerbereiche sind bei voller Lichtstärke auf ca. 450 – 500 Lux dimmbar, in der Ruhephase lässt sich die Lichtstärke auf 120 bis 140 Lux herunterfahren. Die Beleuchtungsqualität weist eine Kelvintemperatur von ca. 3000 K auf. Das entspricht einem Rotlichtanteil, wie er bei einem frühnachmittäglichen Sonnentag auftritt. Die Raumtemperatur erreichte am Tag der Messung 24.6°C.

Die baulich-räumlichen Voraussetzungen entsprechen den geforderten Standards für Pflegeoase in Größe, Licht, Temperatur und farblicher Gestaltung. Die Ausrichtung an der langen Fensterfront bietet überdurchschnittliche Außenorientierung und natürliche Belichtung.

2.2 Bewohner der Pflegeoase

In der Definition der Zielgruppe für die Pflegeoase wurden Einschlusskriterien benannt, die auf den besonderen Betreuungsbedarf der Bewohner eingehen. Die aufgenommenen Bewohner weisen ein weit fortgeschrittenes Stadium der Demenz auf, benötigen einen hohen Unterstützungsbedarf in allen alltagsverrichtenden Tätigkeiten und sind weitgehend immobil bis bettlägerig und müssen mobilisiert werden. Die Bewohner lebten zuvor bereits in der Wohngruppe oder im Hause.

Auf die pflege- und betreuerischen Bedarfe bezogen benennt das Konzept die Merkmale[4]:

- „Der Grund- und behandlungspflegerische Bedarf ist sehr hoch,
- gleiches gilt für den Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme;
- Sprache und Gestik sind weitgehend verloren,
- Bedürfnisse bleiben erhalten, können aber nicht ausgedrückt werden;
- Gefühle können nur noch schwach über Mimik und Laute ausgedrückt werden,
- Körperliche Schwäche, die nur stundenweise Mobilisation zulässt, ist eingetreten.“

Zum Projektbeginn wurden 7 Bewohner/innen aufgenommen. Deren Voraussetzungen entsprachen mit einer Ausnahme eines Bewohners den Vorgaben. Dieser Bewohner hatte sich einfach selbst einen Platz ausgesucht und diesen für sich besetzt. Er wurde nicht umgesetzt, da er auch einen erhöhten Betreuungsbedarf aufweist, wenn auch die demenzielle Erkrankung noch nicht so weit fortgeschritten war und er sich offenbar in dieser Runde sehr wohl fühlt.

[4] GSF Seniorenpflege Fichtelgebirge GmbH (2014:6) Konzept der Betreuungseinheit für Demenzkranke, bearbeitet: Andrea Tannreuther

2.3 Bewohner der Wohngruppe mit Tagesbetreuung

Die Zuordnung der Teilnehmer/innen an der Wohngruppe mit Tagesbetreuung erfolgt aus den Bewohnern des allgemeinen Pflegebereiches und einem Tagespflegegast. Diese Bewohner bzw. Gast nehmen auf Grund einer fortschreitenden demenziellen Erkrankung nicht mehr am Alltag im allgemeinen Pflegebereich teil.
Sie werden in die Wohngruppe aufgenommen, kennen sich teilweise schon und erleben nun einen „sanften“ Übergang (nach Konzept) in den gemeinsamen Alltag. Sie sind noch nicht völlig von der Pflege abhängig und erleben in der Wohngruppe ein überschaubares Wohnumfeld mit geregelter Tagesstruktur und Anleitungen zur Alltagsgestaltung. Nach dem Konzept werden folgende Merkmale genannt:

- „aufgrund ihrer demenziellen Erkrankung gelingt es ihnen nicht mehr, sich im Tagesablauf den Anforderungen des Lebens und der Umwelt entsprechend zu verhalten;
- Vorhaben können nicht mehr erfolgreich in die Tat umgesetzt werden, ständige Misserfolge führen zu Ängsten;
- Sie können ihre Wahrnehmung nicht mehr ordnen und leiden daher an Reizüberflutung, worauf sie teilweise mit Rückzug oder Unruhe und aggressivem Verhalten reagieren;
- Sie erkunden ihre Umwelt ständig neu, weil sie ihre Wahrnehmungen nicht mehr zuordnen können. Oft betasten sie dabei Gegenstände oder wandern ziellos umher,
- sie haben ihre Fähigkeiten verloren Handlungen zu planen. Deshalb ist ihr Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege, beim Ankleiden und auch bei der Nahrungsaufnahme hoch;
- durch ihre Erkrankung haben sie Einschränkungen in der Mobilität und sind durch Verkennung ihrer Situation oft entsprechend sturzgefährdet“ (Konzept a.a.O.: 5).

Neben diesen Kernmerkmalen werden aber auch Ausschlussgründe für die Aufnahme in die Tagesgruppe aufgestellt:

- Menschen mit bestehenden Alkoholproblemen;
- Menschen, die ein regressives Verhalten mit Begleiterscheinungen wie z.B. Schreien oder Aggressivität aufweisen;
- Fremdgefährdung;
- Notwendigkeit der Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung;“ (Konzept a.a.O. 5).

Die Teilnehmer an der Tagesgruppe erreichen im Verlauf immer häufiger auch die Kriterien für die Aufnahme in die Pflegeoase.

2.4 Personal und Alltagsgestaltung

Mit der Konzentration in der Zusammensetzung der Wohngruppe und der Pflegeoase auf Demenzmerkmale (segregative Zusammensetzung) gibt dem Personal mehr Gelegenheit zur Kontaktaufnahme und somit zur Betreuung und Pflege, da die Zeit zum Aufsuchen der Bewohnerzimmer im Hause oder Transfers zum Gemeinschaftsbereich entfallen. Die Mitarbeiter/innen werden schneller in die Lage versetzt, auf psychosoziale Bedürfnisse zu reagieren.

Da es sich bei den Bewohnern um demenzkranke Personen im fortgeschrittenen Stadium handelt, wird eine Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung als Mentorin und Ansprechpartnerin eingesetzt, unterstützt durch eine zusätzliche Betreuungskraft. Der Einsatz beider Mitarbeiterinnen erfolgt täglich.

Alle einbezogenen Pflegekräfte absolvieren Weiterbildungsmaßnahmen, die auf die besonderen Bedürfnisse der demenzkranken Bewohner/innen ausgerichtet sind.

Eine Ergotherapeutin übernimmt von Montag bis Freitag basal stimulierende Aufgaben und eine Pflegefachkraft für Aromapflege unterstützt das Pflegeteam zweimal wöchentlich mit der Durchführung von Aromabädern für die Bewohner.

Abb. 03: Utensilien zur Unterstützung von Therapien für Demenzerkrankte

3.0 Methodisches Vorgehen der Evaluation

Mit der Einrichtung der Pflegeoase und deren Integration in die Tagesgruppe wurde räumlich eine Abweichung von den Anforderungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes Bayerns vorgenommen. Das betraf insbesondere die rein optische Abgrenzung der Bewohnerindividualbereiche. Ebenso waren Abweichungen bezüglich der Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Bädern notwendig, weil die Bewohner der Wohngruppe durch ihre weit fortgeschrittene Demenz nicht zur gefahrlosen, selbstständigen Nutzung eines Bades in der Lage sind. Dies wurde im Wege der Befreiung durch die Heimaufsicht (FQA) ermöglicht unter der Auflage der Evaluation der Maßnahmen.
Die Begleitforschung durch das ISGOS-Berlin hatte Wirkungen der veränderten baulichen Gegebenheiten somit ebenso einbezogen wie auch die subjektiven Voraussetzungen der Bewohner und ihre Veränderungen.
Konnten mit den geänderten Rahmenbedingungen positive Effekte auf die Oasenbewohner ausgeübt und ihr Wohlbefinden erhöht oder mindestens erhalten werden, wie es bereits in anderen vergleichbaren Pflegeoasenkonzepten beobachtet wurde?

3.1 Forschungsfragen

- Welche Wirksamkeit erzielt das vorgesehene Konzept auf die einbezogenen Bewohner in der Tagesgruppe und in der Pflegeoase im Hinblick auf ihr Wohlbefinden?
- Wie unterscheiden sich die Tagesabläufe der beiden Bewohnergruppen?
- Verändern sich im Beobachtungszeitraum von ca. 15 Monaten die gesundheitlichen Befinden der einbezogenen Bewohner?
- Wie werden Neuzugänge (Nachbelegung) integriert?
- Welche Umweltfaktoren haben sich als fördernd und welche als hemmend auf die Alltagsgestaltung und somit auf das Wohlbefinden erwiesen?

Aufgabe dieser Begleitstudie sollte es sein, empirische Daten zur Beantwortung der vorgenannten Fragen zu ermitteln und somit Hinweise zu geben, in wieweit die Zielerreichung mit den eingeleiteten Maßnahmen erreicht wurde.
Als wesentlicher Bewertungsfaktor wird die Äußerung von Wohlbefinden als Beitrag der Lebensqualität angesehen. Sie steht daher als ein Merkmal für die Zielerreichung des Pflegeoasenkonzeptes.
In der Begleitforschung wurden demgemäß die Auslöser bzw. Einflussgeber auf das Wohlbefinden mit einbezogen. Zusammenfassend zählen hierzu die baulich-räumlichen und sozialen Umgebungsfaktoren, die sozial-kommunikative Kompetenz der Bewohner und wie auch der physische und kognitive Status der Bewohner.

3.2 Operationalisierung

Zu Beginn der Begleitforschung wurden die entsprechenden Daten zum gesundheitlichen Wohlbefinden erhoben um damit den erhöhten Betreuungsbedarf zu belegen, sowie die Zugehörigkeit zur vorgesehenen Zielgruppe der Pflegeoase. Diese Daten wurden dann fortgeschrieben und zu zwei weiteren Zeitpunkten entsprechend im Verlauf festgehalten. Die Datenerhebung umfasste im Verlauf die Pflegeoasenbewohner wie auch die Teilnehmer an der Tagesgruppe, die ja räumlich direkt an die Pflegeoase angeschlossen ist und eine Durchlässigkeit beider Nutzergruppen zulässt.

Somit konnten im Längsschnitt Daten aus der Pflegeoase mit 5 Bewohner/innen und der Tagesgruppe mit 6 Bewohner/innen zum Vergleich herangezogen werden (Kontrollgruppenvergleichsstudie im Längsschnittdesign).
Der Erhebungszeitraum reichte vom 1. Oktober 2017 bis zum 31. Dezember 2018.

In diesem Zeitraum erfolgten drei Datenerhebungen:

1. Zu Beginn der Umstellung, erster Einsatz der Instrumente Oktober 2017.
2. Nach ca. 5-6 Monaten zweite Erhebung April 2018.
3. Nach weiteren 5-6 Monaten dritte Erhebung Oktober 2018.

Die erhobenen Daten umfassten in Anlehnung an vergleichbare Untersuchung von Pflegeoasen (a.a.O.):
1. Die soziodemografischen Daten der Studienteilnehmer (Bewohner) wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Herkunft, Angehörige und Sozialkontakte.

2. Den gesundheitlichen Status und Veränderungen im Beobachtungszeitraum

3. Das räumliche Umfeld mit der Gestaltung der Räume, Orientierung, physische Daten wie Temperatur, Schall/Geräuschpegel, Licht und Beleuchtungsstärken, Gemeinschaftsbereich, Privatheit der Bewohner.

4. Soziale Umwelt mit Kontakten und Kontakthäufigkeiten

5. Pflege und Betreuung, Infrastruktur

6. Äußerungen zum Wohlbefinden, der Stimmung wie auch zum Sozialverhalten und Verhaltensstörungen

Die Erhebungen wurden durch das Personal per standardisierter Erhebungsbögen und parallel kontrolliert durch das ISGOS mittels Beobachtungen an 5 Terminen laufend durchgeführt.

An Beobachtungs- bzw. Erhebungsinstrumenten wurden standardisierte Verfahren eingesetzt, wie sie bereits in anderen Evaluationsstudien zum Einsatz gekommen sind.

Kurzbeschreibung der Erhebungsbögen:

Barthel-Index

Hiermit wird die *Fähigkeit zur Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)* an Hand von 10 Verrichtungen z.B. selbstständig Essen können, Treppensteigen, An- und Ausziehen usw. gemessen. Es können 100 Punkte erreicht werden (die Person kann alles selbst). Werte unter 30 Punkten weisen auf einen hohen Unterstützungsbedarf und sind als Grenzwert (nach oben) für Bewohner/innen von Pflegeoasen gebräuchlich.

Reisberg-Skala

Das Stadium der demenziellen Erkrankung wurde mit der Reisbergskala eingeschätzt, ein Fremdbeobachtungsverfahren, da die Personen selbst nicht mehr adäquat antworten können. Bewohner/innen der Pflegeoase sollten mindestens das Stadium der schweren Demenz – Phase 6 von sieben Phasen oder Stufen der Demenz- aufweisen. Nach Reisberg können in dieser Phase zum Beispiel zeitliche Veränderungen nicht mehr wahrgenommen werden. Es können Unruhe und Aggressionen oder eine Störung des Tag- und Nachtrhythmus auftreten. Im weiteren Verlauf, in der Stufe der sehr schweren Demenz treten u.a. Sprachverluste und Verluste psychomotorischer Fähigkeiten auf.

Beurteilungsskala BESD: *Beurteilung von Schmerzen bei Demenz*.
Es können fünf Beobachtungsbereiche wie Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Annahme von Trost unterschieden werden. Die Ergebnisse zeigen bei einer Summe von maximal zehn Punkte bereits ab 6 Punkten einen Hinweis auf Behandlungsbedarf.

NOSGER *Nurses Observation Scale for Geriatric Patients*.
Die Skala enthält 30 Items in 6 Dimensionen – Stimmung, Sozialverhalten, Gedächtnis, IADL, ADL, Störendes Verhalten. Für die Einschätzung der Bewohnerverhalten wurden die Stimmung, das Sozialverhalten und das störende Verhalten einbezogen.

NPI-Q *Neuropsychiatrisches Inventar Questionnaire*.
In 12 Verhaltenskategorien werden Auffälligkeiten erfasst. Parallel können die hieraus resultierenden Belastungen des Personals mit aufgenommen werden. Einbezogen werden Wahn, Halluzinationen, Unruhe/Agitiertheit, Depression, Angst, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, motorische Unruhe, Appetit / Essverhalten bewertet.

QUALID *Quality of Life in Late Stage of Dementia.*
Es werden elf Verhalten und jeweils fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Erhoben werden die negativen wie positiven Emotionen. Mit elf Punkten wird die höchste bewertete Lebensqualität und mit 55 Punkten die niedrigste bewerte Lebensqualität erzielt.

Abb. 04: Tabelle Zusammenstellung der Datenerhebungen nach jeweils vorgegebener Beobachtungsdauer

Verfahren	Beobachtungszeit
Biografiebogen Enthält Gesundheits- und Sozialdaten	24 Items zu Beginn, mit reduziertem Umfang in den Befragungswellen Erhebung alle 5-6 Monate, T1 – T 3
Barthel-Index	Zu Beginn zur Feststellung der Einschlusskriterien
Reisberg-Skala	Zu Beginn zur Feststellung der Einschlusskriterien
BESD	Beobachtung über 2 Minuten
QUALID	Verhalten der vergangenen Woche
NOSGER	Vergangene 2 Wochen
NPI-Q	Vergangene 4 Wochen

Entwicklungsverläufe wurden ergänzend über die teilnehmende Beobachtung gewonnen bzw. die gewonnenen Daten kontrolliert. Die Beobachtungen fanden zwischen Oktober 2017 und Dezember 2018 zu 5 Terminen statt.
Die Datenauswertung aus den drei Erhebungswellen der Pflegeoasenbewohner und der Tagesgruppenteilnehmer wurde mittels des statistischen Programms SPSS vorgenommen.

4.0 Ergebnisse

Mit der Einrichtung der Pflegeoase sollen schwer demenziell erkrankte Bewohner in einer besonderen Betreuungsform unterstützt werden. Die Einschlusskriterien für die Pflegeoasenteilnahme waren zuvor definiert worden (s.o.). Hier werden zunächst die Stichprobenteilnehmer/innen dargestellt.

Abb. 05: Stichprobe Pflegeoase und Tagesgruppe

	Pflegeoase	**Tagesgruppe**	**Ausfälle bis T3**
Stichprobengröße	7 Bewohner/innen	11 Bewohnerinnen	2 BW Pflegeoase 5 BW Tagesgruppe
Gender m	1 BW	2 BW	
Alter Ø	87,4 Jahre	86,2 Jahre	94 Jahre Pflegeoase 86,4 Tagesgruppe
Familienstand			
• ledig	1 BW	1 BW	1 BW Tagesgruppe
• verheiratet	1 BW	2 BW	1 BW Tagesgruppe
• geschieden	-	1 BW	
• verwitwet	5 BW	7 BW	2 BW Pflegeoase 3 BW Tagesgruppe
Pflegegrad			
• PG 3	-	1 BW	
• PG 4	1 BW	5 BW	2 BW Tagesgruppe
• PG 5	6 BW	5 BW	2 BW Pflegeoase 3 BW Tagesgruppe
Barthel-Index Ø Punkte	10 Punkte	8,6 Punkte	7,5 Punkte Pflegeoase 7,0 Punkte Tagesgruppe
Reisberg-Skala Demenzstadium	5,9 Stufe	6,3 Stufe	6,0 Stufe Pflegeoase 6,2 Stufe Tagesgrup.
Kinder vorhanden: ja	5 BW	8 BW	
Rollstuhlnutzer	6 BW	7 BW	
Psychopharmaka	4 BW	5 BW	1 BW Pflegeoase 3 BW Tagesgruppe

Nach erfolgter Datenaufnahme und Vergleich der Daten stellte sich heraus, dass die beiden Gruppen, bis auf die Einordnung in Pflegegrade, sich nur wenig unterschieden. Die Vergleichswerte wiesen keine Signifikanz auf, so dass erwartete Unterschiede im weiteren Verlauf vorrangig aus der konzeptionell begründeten Betreuung resultieren würden. Das physische wie auch das kognitive Befinden der einbezogenen

Bewohner/innen erfüllten somit die Einschlusskriterien für diese besondere Betreuungsform.

4.1 Gesundheitlicher Status

In die Aufnahme der gesundheitsbezogenen Daten wurden ärztliche Diagnosen, die Kognition und das Schmerzerleben einbezogen.

Der kognitive Status, das Stadium der Demenz, wurde mit Hilfe der Reisbergskala eingeordnet. Die Bewertung erreichte im Mittel die Stufe 5,9 (Oasen) bzw. die Stufe 6,3 (Kontrollgruppe – KG). Da die Reisberg-Skala keine Feinabstimmung vorsieht, zeigen die erzielten Stufenwerte wenig voneinander abweichende Werte (nicht signifikant).

Abb. 06: Demenz Bezeichnung nach Diagnose

Pflegeoasen	Kontrollgruppe
Demenz	Demenz bei seniler Hirnatrophie und zerebrovaskulärer Insuffizienz
Demenz	Demenz
Demenz	Demenz, z.m. Alkoholabusus
	Demenz
HOPS	HOPS
Demenz, HOPS	Fortgeschrittene Alzheimerdemenz

Die Diagnosen fallen unterschiedlich aus: Neben der Demenz wurden im Durchschnitt weitere 4,0 Erkrankungen bei den Pflegeoasenbewohnern und 6,7 Erkrankungen bei den Kontrollgruppenteilnehmern diagnostiziert. Die Anzahl der Diagnosen reichen in den Pflegeoasen von drei Diagnosen bis fünf Diagnosen und bei den Kontrollgruppenteilnehmern von vier bis neun Diagnosen.

Die Pflegeoasengruppe verfügt gemessen an der Anzahl der Diagnosen über einen leicht besseren Gesundheitsstatus.

Die Einschätzung des Vorkommens einer Demenz lag nicht bei allen BW vor, dennoch fanden sich auch hier kaum Unterschiede.

Das (Hirn-)organische Psychosyndrom taucht immer noch in den Diagnosen – wenn auch nur vereinzelt – auf, wenn eine Demenz vermutet wird. Eine neurologische Diagnose sollte diese Bezeichnung nicht mehr enthalten. Personen im Schwerststadium der Demenz sind in der Erstdiagnose nur schwer einzuschätzen, da Rückmeldung von Seiten der Patienten fehlen. Eine genaue Diagnose ist sehr aufwendig und wird eher selten vorgenommen.

Medikamentierung

Das Ausmaß der Erkrankungen deutet bereits an, dass in deren Folge eine Medikamentenverordnung erfolgt. Der Überblick zeigt die Einnahme bestimmter Medikamentengruppen[5].

Abb. 07: Medikamentengruppen

Medikamenteneinnahme	Oasen T1	Oasen T3	Tagesgruppe T1	Tagesgruppe T3
Medikamentenanzahl gesamt/BW	5,0	5,0	6,7	5,6
Analgetika	2 BW	1 BW	5 BW	3 BW
Psychopharmaka	2 BW	0 BW	4 BW	4 BW
Antidementiva	1 BW	1 BW	0 BW	0 BW
Sedativa	1 BW	1 BW	0 BW	0 BW

Die Angaben beziehen sich auf Längsschnittdaten Pflegeoase N=5 BW und Tagesgruppe N=6 BW und stellen Durchschnittswerte dar mit Anzahl BW und je Gruppe mit entsprechendem Medikamentengebrauch.

Von den einbezogenen Teilnehmern der Oasen und der KG nahm jeweils nur eine Person nicht regelmäßig Medikamente ein.

Die Einnahme von Psychopharmaka liegt bei den Pflegeoasenbewohnern vergleichsweise niedrig. In der Tagesgruppe fällt die Anzahl der Einnehmenden etwas höher aus. Aus der Medikamentengruppe der Analgetika werden keine Medikamente angegeben. Da die Beobachtung (Abb. 10) Anzeichen von Schmerzen feststellten, besteht auch weiterhin ein Bedarf an Analgetika.

Schmerzerfassung

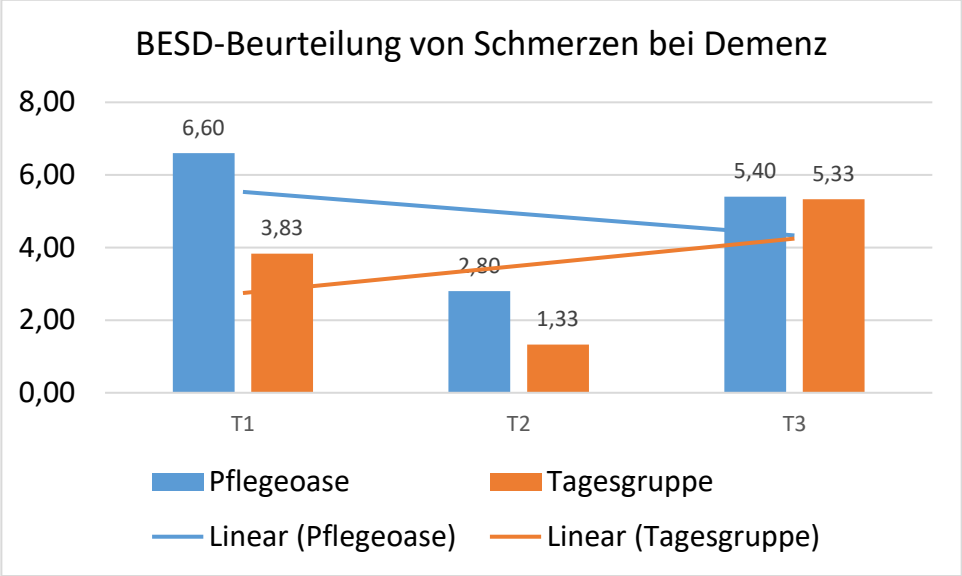
Mit der Beobachtung von Schmerzen werden nicht nur mögliche Ursachen von Erkrankungen aufgespürt, sondern auch in umgekehrter Bewertung Anzeichen von Wohlbefinden. Die Schmerzbeobachtung zählt zu den zentralen Bestandteilen pflegerischer Leistungen. Im Stadium der Schwerstdemenz fällt es den Betroffenen zunehmend schwerer, Schmerzen zu deuten oder zu bezeichnen. Die Beobachtung der (möglichen) Schmerzanzeichen bekommt die Funktion eines Frühwarnsystems für eine Erkrankung oder auch nur Unwohlsein.

Als Beobachtungsassessment wurde die BESD, Beurteilung von Schmerzen bei Demenz, eingesetzt. Die fünf Beobachtungsbereiche der Skala erfassen die Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache sowie eine Bewertung über den möglichen Zugang zu der betreffenden Person, Trost geben zu können.

[5] Nach: Rote Liste Arzneimittelverzeichnis (2002 und 2018): Edition Cantor Verlag Allendorf

Die Einschätzung lässt eine Punktbewertung von 0=keine Schmerzen bis 10=Behandlungsbedarf. Ab 2 Punkte sind Schmerzen wahrscheinlich.

Abb. 8: Verlauf der Schmerzerfassung



Nach ANOVA-Tabelle: T1 0,074 (Trend zur Signifikanz), T2 ns., T3 ns. Je niedriger der Wert, umso geringer das beobachtete Schmerzempfinden. Unterhalb von 2 Punkten (hier Zeitpunkt T2) wird kein Behandlungsbedarf vermutet. Bei mehr als sechs Punkten besteht ein Behandlungsbedarf.

Die beobachteten Schmerzäußerungen zeigten in beiden Vergleichsgruppen entgegengesetzte Verläufe. Während in der Pflegeoase im Trend (Trendlinie) eine Minderung der beobachteten Schmerzen registriert wurde, verlief der Trend in der Tagesgruppe in die entgegengesetzte Richtung.

Die zwischenzeitliche starke Verbesserung kann an den ungewöhnlichen Sommertemperaturen mit sehr viel Sonnenlicht beeinflusst worden sein. Mit den sich wieder verschlechternden BESD-Werten fällt eine spätherbstliche Krankheitswelle zusammen, in deren Verlauf in der Tagesgruppe fünf Personen und in der Pflegeoase zwei Personen verstarben.

Die Werte zum Zeitpunkt T3 liegen auf einem Niveau, das auf psychische Belastungen hinweist. Dies scheint hier nicht dem üblichen Verlauf zu entsprechen, wie er zum Zeitpunkt T2 angezeigt wurde und auch zu diesem Zeitpunkt mit anderen vergleichbaren Pflegeoasen gemessen wurde.

4.2 Zusammenfassung Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand pflegebedürftiger demenziell erkrankter Bewohner ist mit einer Konzeption wie sie im GSF umgesetzt wird, beeinflussbar, wenn auch nur begrenzt, wie es auch in vergleichbaren Pflegeoasenprojekten beobachtet wurde. Das zeigte sich im Verlauf der Beobachtungen beider Gruppen.

Mit der Umsetzung eines gemeinschaftsorientierten Konzeptes, in dem die Begegnung und die Wahrnehmung der Mitbewohner im Vordergrund stehen, können Störungen wie Ängste oder Schwankungen emotionaler Befindlichkeiten gemindert werden. Das gilt für beide Gruppen gleichermaßen.
Nicht alle negativen äußeren Einflüsse lassen sich jedoch kompensieren wie der Verlauf im GSF gezeigt hat.
Der Gesundheitszustand übt naturgemäß einen erheblichen Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden aus. Für sich betrachtet ist der Einfluss hierauf in der Pflege begrenzt. Anders verhält es sich jedoch mit dem Einfluss auf das allgemeine Wohlbefinden, das über den Gesundheitsstaus weitere Einflussfaktoren berücksichtigt.
Es sollen daher im Folgenden die persönlichen sozialen Netzwerke und die Beziehungen der Bewohner zu anderen Personen einbezogen werden. Ebenso spielt das eigene Sozialverhalten eine Rolle und hier die Gelegenheit soziale Beziehungen zu erhalten oder gar zu erweitern.

Abb. 9: Aquarium in der Pflegeoase

5.0 Persönliche soziale Netzwerke

Die Kontakte in sozialen Netzwerken, ihre Häufigkeit und ihre Intensität stellen für die Bewohner in stationären Einrichtungen einen Beitrag zur Stabilisierung ihrer sozialen Kompetenz dar, selbst im Schwerststadium der Demenz.

Das subjektive Erleben in der Begegnung mit Mitbewohnern und anderen Personen stützt das soziale und das emotionale Erleben, an dessen Anfang die Aufnahme von Kommunikation steht. Das persönliche soziale Netzwerk ist ein Ausdruck wie auch ein Ergebnis des Kommunikationsprozesses.

Die Größe und die Anzahl wie auch die Häufigkeit der Kontakte zeigen zunächst die Rahmenbedingungen auf, unter denen die Personen miteinander in Kontakt treten[6].

Abb. 10: Häufigkeit der Kontakte

	Pflegeoasen N=5			Tagesgruppe N=6		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
täglich	2	2	1	1	1	-
mehrmals wöchentlich	2	-	2	2	2	2
1 x Woche	-	2	1	2	2	3
1 – 2 x monatlich	1	1	1	-	-	-
seltener	-	-	-			
nie	-	-	-	1	1	1

Die Kontakthäufigkeit gestaltet sich relativ konstant im Zeitverlauf.

Wie breit sind die persönlichen sozialen Netzwerke angelegt, welchen sozialen Hintergrund bildet die Kontaktgrundlage?
Gemessen an der Anzahl der Kontaktpersonen ergeben sich folgende Durchschnittswerte:

Abb. 11: Anzahl Kontaktpersonen im Verlauf, Durchschnittswerte

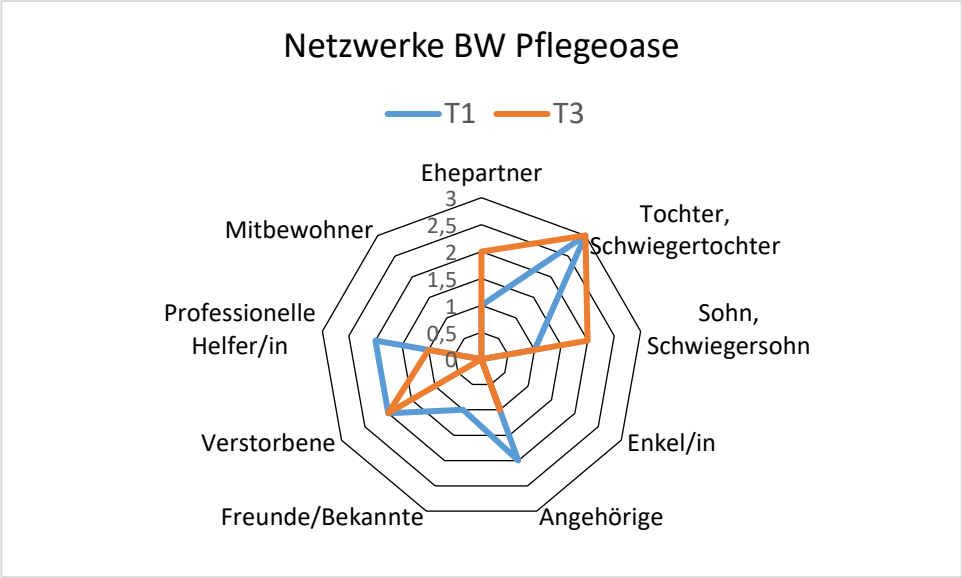
	Pflegeoasen N=5			**Tagesgruppe N=6**		
	T1	T2	T3	T1	T2	**T3**
Anzahl Kontaktpersonen	2,40	3,20	3,20	3,67	3,83	**3,33**

Der Gewinn an Kontaktpersonen für die Pflegeoasenbewohner fällt deutlich aus, während in der Tagesgruppe zunächst ebenfalls zusätzliche Kontaktpersonen bis T2 angeführt werden, die jedoch zu T3 wieder abnehmen. Hier wirkt sich wohl die Reduzierung um fünf Sterbefälle aus.

[6] In den Endberichten wie oben dargestellt, beispielhaft: Dettbarn-Reggentin, J./Reggentin, H. (2014): Pflegeoasen - Die besondere Betreuungsform im Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg SSB, herunterladbar unter: www.isgos.de

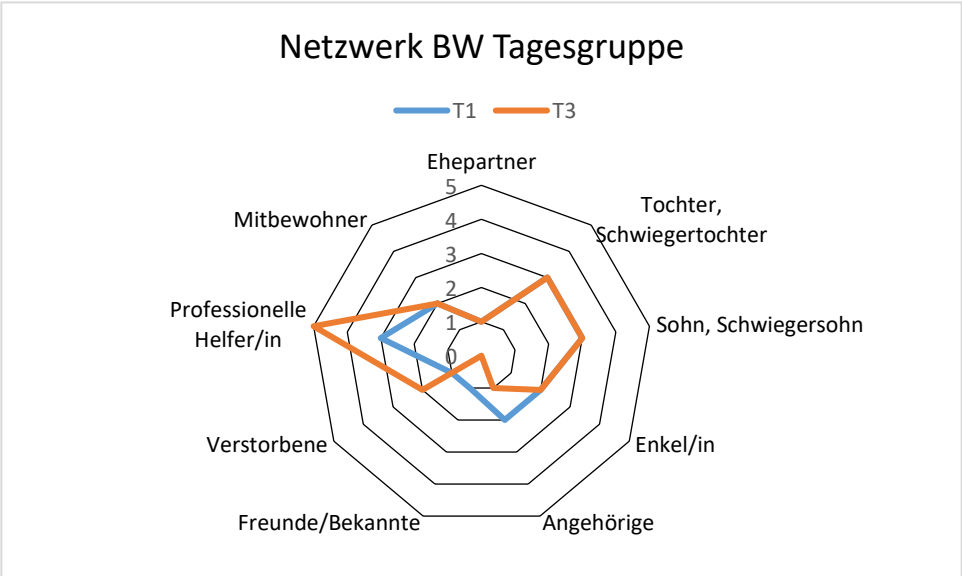
Der Gewinn an Kontaktpersonen kann als positiver Effekt der Oasenkonzeption angesehen werden. Wie entwickelt sich nun die Bedeutung der nahestehenden Personen mit sehr enger und enger Verbundenheit zu den Bewohner/innen?

Abb. 12: Netzwerke BW Pflegeoase



Die T3-Linie weist eine Reduzierung der engen Kontakte zu Angehörigen, Freunden und Bekannten sowie professionellen Helfer/innen (Pflegepersonal) aus. Dagegen sind Gewinne bei Ehepartnern, Söhnen und Schwiegersöhnen zu verzeichnen. Das könnte Rückschlüsse auf den sich verändernden Gesundheitszustandes geben, die mehr Familienangehörige einbezieht.
Auch in der Tagesgruppe kommt es zu leichten Veränderungen in den vertrauten sozialen Beziehungen. Während Angehörige sowie Freunde und Bekannte weniger genannt werden, steigt die enge bzw. sehr enge Vertrautheit zu Pflegekräften an.

Abb. 13: Netzwerk BW Tagesgruppe



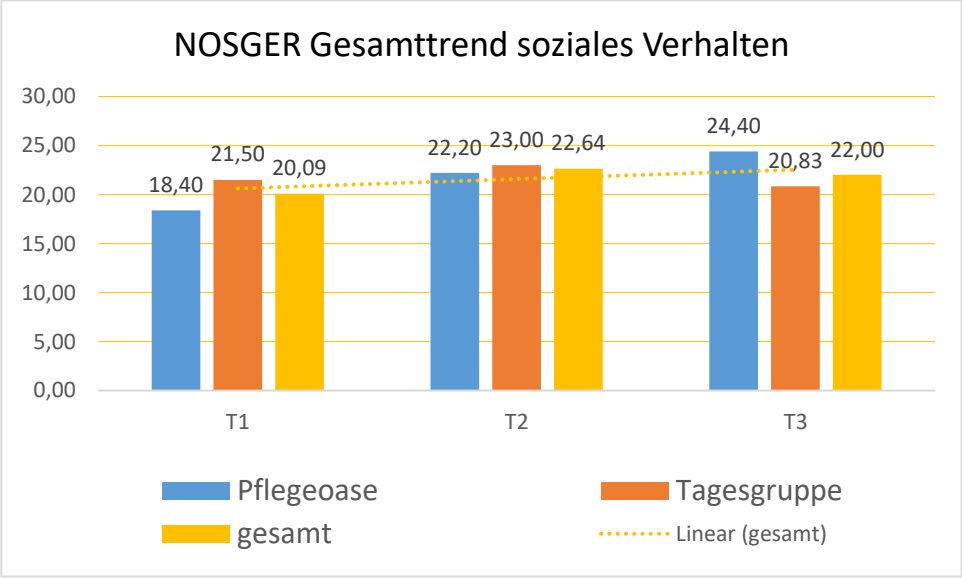
In beiden Gruppen werden Verluste in Teilen der sozialen Netzwerke kompensiert durch Zugewinne.

Es war erwartet worden, dass die Bewohner/innen der Pflegeoase im Verlaufe des Beobachtungszeitraumes von ca. 15 Monaten ihr soziales Netzwerk erweitern – was ja zumindest in der Anzahl geschehen ist – und enge Beziehungen zu anderen Personen aufbauen können. Das ist hier geschehen, wenn auch keine weiteren Zuwächse an Kontakten gemessen wurden. Es hatte sich jedoch eine relative Stabilität der Sozialkontakte der Pflegeoasenbewohner herausgebildet. Dies ist umso höher zu bewerten, als der häufige Wechsel der Bewohner durch Versterben inklusive der Tagesgruppenteilnehmer/innen, die ja auch im ständigen Kontakt zu den Pflegeoasenbewohnern stehen, den Aufbau von erweiterten stabilen Netzwerken erheblich erschwert hatte.

5.1 Soziale Beziehungen – soziale Umwelt

Der Aufbau oder auch der Erhalt sozialer Beziehungen kann unter ungünstigen Bedingungen, wie sie beispielsweise oben genannt wurden, erheblich erschwert werden. Das Konzept der Pflegeoasen soll strukturell die Voraussetzungen für Kontaktaufnahmen verbessern. Wie hat sich das Umweltverhalten verändert? Konnten soziale Verhalten angeregt werden?
Mit Hilfe von Beobachtungen soll diesen Fragen nachgegangen werden. Der Einsatz der NOSGER, sollte das Sozialverhalten erfassen. Anhand von fünf Werten wurden Reaktionen der Bewohner in Bezug zu anderen Personen erfasst. Da die teilnehmenden Probanden dieser Studie erheblich mobilitätseingeschränkt waren, sind Insbesondere nicht mobilitätsabhängige Werte relevant.

Abb. 14: NOSGER Gesamttrend soziales Verhalten



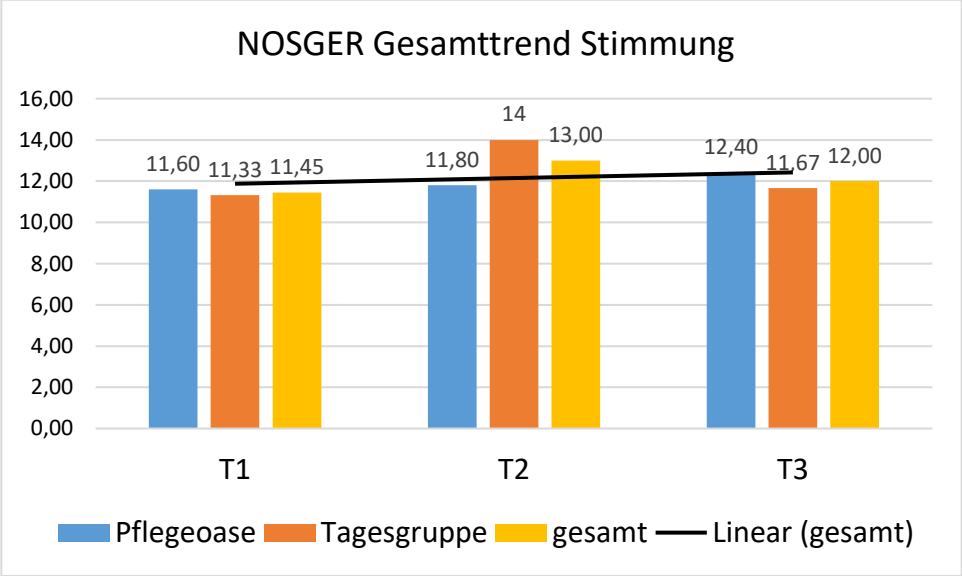
Gemessen wurden: Nimmt Anteil an der Umgebung, hilft anderen-soweit dazu in der Lage, nimmt Kontakt auf, hält Kontakt, wirkt freundlich und positiv. Je höher der Wert umso geringere Anzeichen von Sozialverhalten. Werte zwischen 12 bis 15 liegen für Bewohner stationärer Einrichtungen noch im Normalbereich. Bei immobilen Personen mit starker Demenz muss jedoch

der Wert höher angesetzt werden. Ein Wert um die 20 Punkte für die Bewohner beider Gruppen kann als Normalbereich angesehen werden.

In der Zusammenfassung der Werte der beiden Gruppen zeigen sich im Trend stabile Verläufe. Die Werte bleiben auf dem Niveau von etwa 20 Punkten. Das bedeutet, dass trotz Verschlechterung des Gesundheitszustandes die sozialen Verhalten beibehalten wurden.

Das liegt etwa auf dem Niveau anderer Pflegeoasen. Eine Ausnahme bildet der Wert der Pflegeoasenbewohner in T3, der sich verschlechtert hatte.

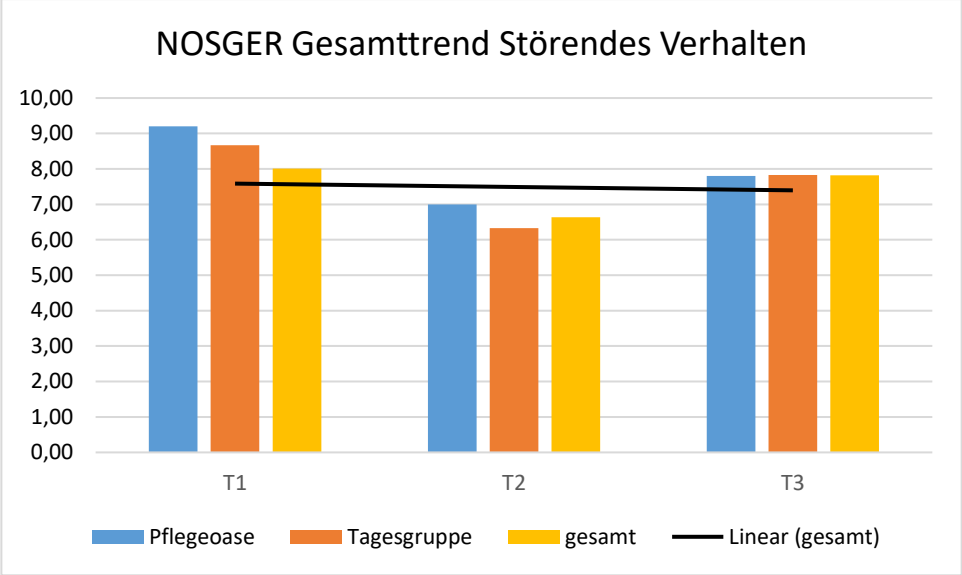
Abb. 15: NOSGER Gesamttrend Stimmung



Hierzu zählen die Merkmale: äußert sich traurig, und nimmt sich als Person nicht wahr, erscheint weinerlich, erscheint gut gelaunt, freut sich auf Ereignisse.

Wie bereits in Abbildung 14 gezeigt verläuft auch im Bereich der Stimmung die Trendlinie für beide Gruppen etwa gleich. Die Werte um 12 Punkte bedeuten eine für diese Personengruppe gute Stimmung zu erleben.

Abb. 16: NOSGER Gesamttrend Störendes Verhalten



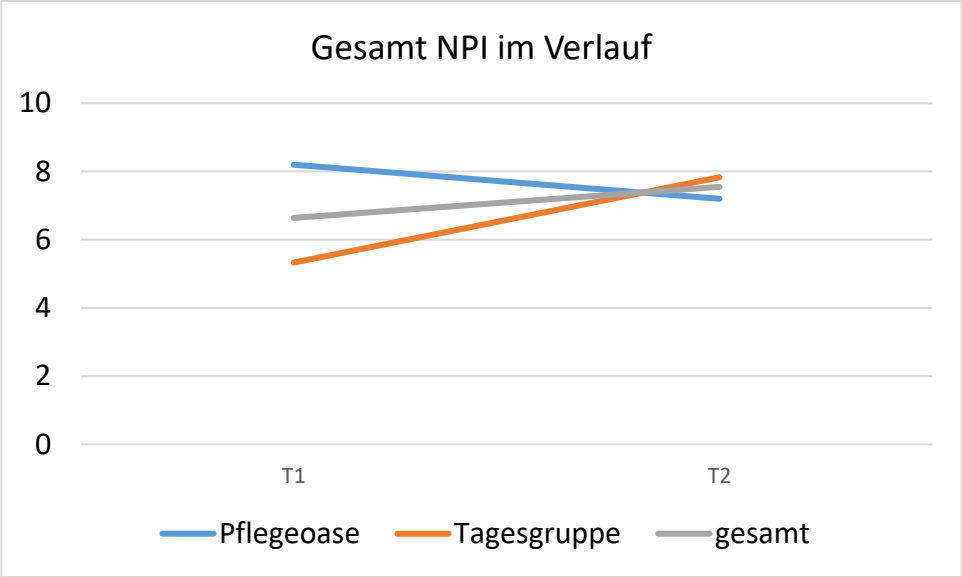
Gemessen wurden: Unruhe in der Nacht, Läuft davon, ist reizbar und zänkisch, ist aggressiv in Worten und Taten, ist eigensinnig. Minimalpunkte 5= kein störendes verhalten; Höchstpunktzahl 25= stark störendes verhalten

Störende Verhalten treten auch bei schwerer und Schwerstdemenz auf. Sie können die Entwicklung der Gruppe oder einzelner Bewohner behindern oder unmöglich machen. Das störende Verhalten wurde in beiden Gruppen kaum beobachtet und liegt auch im Trend noch leicht abnehmend. Anzeichen von Unwillen und Ablehnung des sozialen Miteinanders oder der räumlichen Umgebungsfaktoren sind nicht erkennbar. Im Beobachtungszeitraum, der sich auf die vergangenen zwei Wochen bezieht konnte bei allen drei Zeitpunkten ein ruhiger Verlauf gemessen werden.

5.2 Nichtkognitive Symptome

Als nichtkognitive Symptome mit neuropsychiatrischem Hintergrund können Verhaltensänderungen einen auffälligen Verlauf nehmen, die ebenfalls als störend aufgenommen werden. Das Auftreten solcher Verhaltensweisen kann zudem die Gemeinschaftsbildung kleiner Gruppen gefährden.

Abb. 17: NPI Gesamtverlauf



NPI-Q: Neuropsychiatrisches Inventar misst nichtkognitive Verhaltensauffälligkeiten.
12 Verhalten werden unterschieden. Bewertet wird das Verhalten der vergangenen vier Wochen.
In Abb. 18 sind die Gesamtwerte der 12 Items als Mittelwerte beider Gruppen abgebildet. Die mittlere Linie weist den zusammengefassten Durchschnitt beider Gruppen als Trend aus.

Aus unterschiedlichen Ausgangspositionen überschneiden sich die Werte zum Ende der Beobachtungszeit. Die Pflegeoase zeigt abnehmende Tendenz im Bereich kognitiver Störungen, die Tagesgruppenteilnehmer/innen weisen einen aufsteigenden Trend auf. Die leicht zunehmenden Auffälligkeiten / Störungen dürften auch hier auf den hohen Teilnehmerwechsel zurückzuführen sein.

Die Werte im Einzelnen verdeutlichen eine nur schwach ausgeprägte Verhaltens-auffälligkeit der Bewohner in den beiden Gruppen. Insbesondere die Bewohner/innen der Pflegeoase zeigen abnehmende Tendenzen in den Auffälligkeitswerten.

Abb. 18: NPI Einzelverläufe Auffälligkeiten

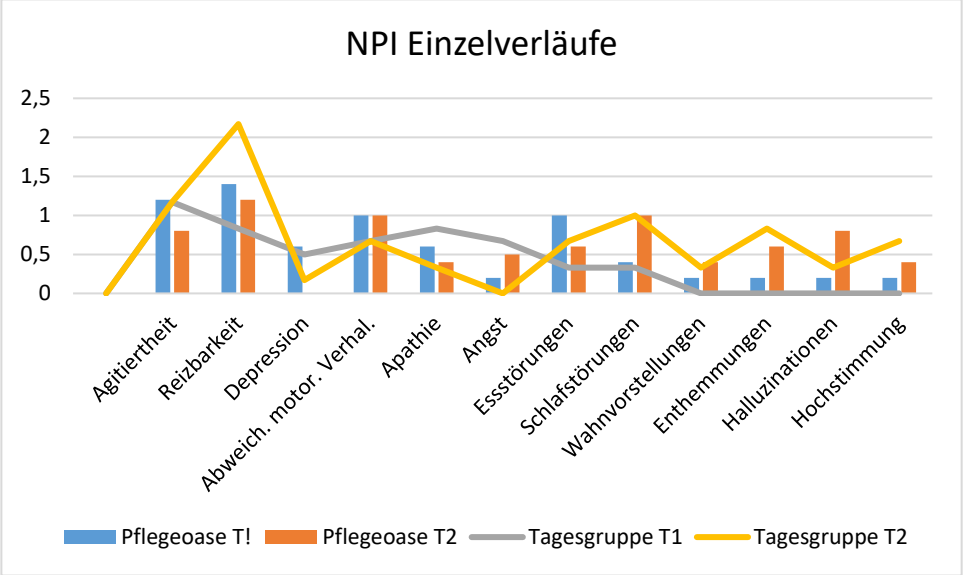


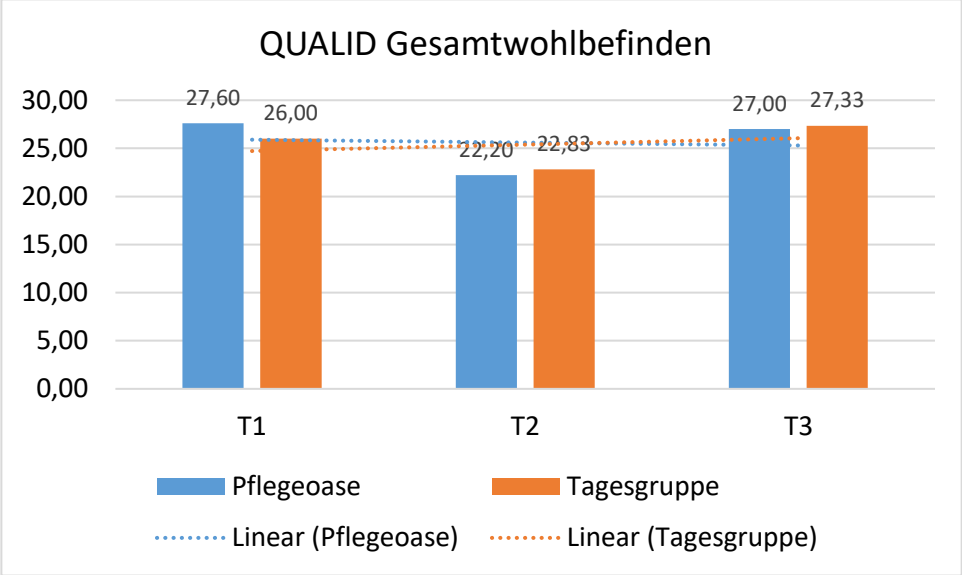
Abb. 18: NPI-Q Einzelwerte der 12 Items. Werte: 0=kein Auftreten, 1=leicht, 2=mittelschwer, 3=schwer. Gemessen: Anzahl der Nennungen. Zeitraum: vergangene 4 Wochen.

Im Vergleich liegen die Veränderungen als Gesamtwert etwa auf ähnlichem Niveau. Nahezu alle Werte liegen im Bereich 1=leichte Ausprägung. In der 2. Welle zum Ende der Untersuchung bei den Tagesgruppenteilnehmer/innen (es wurden nur zwei Erhebungen durchgeführt, wobei der Zeitpunkt T2 mit den übrigen Werten T3 zeitgleich ist) kann das Verhalten „Reizbarkeit“ als „mittelschwer“ eingestuft werden. In den Verhalten Wahnvorstellungen, Enthemmungen, Halluzinationen und Hochstimmung traten gegenüber der ersten Erhebung T1 Auffälligkeiten auf. Auch die Pflegeoasenbewohner zeigten hier höhere Auffälligkeiten als bei der ersten Erhebung. Es wird vermutet, dass wiederum der Einfluss aus dem Bewohnerwechsel verantwortlich ist.

5.3 Gesamtbetrachtung mit der Lebensqualitätsskala „Quality of Life in Late Stage-State of Dementia“ QUALID

Die Einschätzung der Lebensqualität beschränkt sich nicht auf Beobachtungen, die während der Aufnahme der Verhaltensäußerungen gemacht werden. Die könnten kurzfristig entstehen oder auch nur von kurzer Dauer sein. Umfassender aber schwieriger zu erfassen sind Verhalten, die rückblickend in der vergangenen Woche aufgetreten sind. Das Beobachtungsverfahren der QUALID berücksichtigt dabei positive wie auch negative Anzeichen von Wohlbefinden als Beitrag zur allgemeinen Lebensqualität. Somit werden in unterschiedlichen Alltagssituationen die Verhalten zu einer Gesamteinschätzung erfasst.

Abb. 19: Gesamtwohlbefinden mit der QUALID



Zur Auswertung kommen 11 Items, die jeweils bewertet werden. Die Wertung reicht von 1 bis 5 Punkten. Somit können zwischen 11 Punkte (sehr positive Verhalten) bis max. 55 Punkte (sehr negative Verhalten) erreicht werden.

Die Trendlinie liegt bei ca. 25 Punkten und somit im Bereich der positiven Äußerungen der Bewohner in beiden Gruppen, wobei auch im Verlauf die Kurve nahezu deckungsgleich ist.
Auch in der Gesamtbetrachtung werden innere Bewohnerausfälle und Bewohnerwechsel an den Schwankungen von T2 zu T3 deutlich. Die Werte zu T2 liegen auch im Vergleich mit anderen Pflegeoasen auf einem sehr guten Niveau[7].

In der alltäglichen Situation sind in der Begegnung der Bewohner untereinander die Veränderungen im Verhalten nicht unmittelbar spürbar. Die beiden folgenden Berichte zu Beginn der Studie Anfang Oktober 2017 und Mitte September 2018 berichten von Momentaufnahmen, die außerhalb der Datenermittlungen und Datenüberprüfungen gewonnen wurden.

5.4 Bericht 1 GSF

Gemeinschaftsbereich Tagesgruppe und der Pflegeoase
Donnerstag 11.10.2017, 11.00 – 13.00 Uhr

Gruppenkonzept Vorgruppe -11 Bewohner- und Oase -7 Bewohner-

Zusammen 18 Bewohner, eine Trennung beider Gruppen ist nach dem Konzept vorerst nicht vorgesehen, die Gruppen verschmelzen.

Somit ist auch ein Wechsel von einer Gruppe zu einer anderen möglich. Es gibt einen Kern, wobei die Einzelnen unterschiedliche Fähigkeiten aufweisen, einige sind in der

[7] Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J.: (2013) Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren. Vincentz Network. Hannover

Gruppe unterfordert. In dem großen Gemeinschaftsraum der allgemeinen Pflege und Betreuung (Essraum) gibt es bei vielen Bewohnern Ablehnungen gegenüber demenzkranken Bewohnern.

Neueinzüge aus dem allgemeinen Pflegebereich können in das Gruppenkonzept integriert werden. Sie werden gezielt hereingenommen

Dreimal die Woche gemeinsam anspruchsvollere Angebote. Es ist immer eine Präsenzkraft je Gruppe dabei.

In der Gruppe geschieht die Auseinandersetzung mit dem alltäglichen Leben:

- In Eigeninitiative,
- Streit untereinander (z.B. über Zuckerwaffeln)
- dann Einwirken auf das Verhalten durch Betreuungskraft
- gegenseitige Einflussnahme „das Leben spielen lassen“.

Die **Oase** ist schon der Mittelpunkt der Wohngruppe, außerhalb der Betreuungsgruppe bestehen jedoch Reizüberflutung.

Aktivitäten der allgemeinen Pflege außerhalb des Gruppenraumes:

- Gottesdienste
- Jahreszeitenfeste
- Jahreskonzert des Lembergquartetts
- Tanztee
- Schulklassen
- Kindergarten
- Russische Folkloregruppe

Angehörige nehmen das Konzept der Pflegeoase anfänglich unterschiedlich auf:

- Abwertung der Gruppe
- „kein richtiges Zimmer“
- Beispiel: Ehemann und Kinder finden das Konzept sehr schön aber Schwester sieht
- es negativ
- Frau S.: Tochter hat schlechtes Gewissen
- Frau M.: Tochter ist sehr begeistert. Frau M hat mehr Blickkontakt, ist aufgeschlossener, sie liegt im Bett und hört alles mit. Vorher war sie nicht ausgeschlafen und erschrocken bei Berührungen, sie hatte Angst wenn sie alleine war (Kriegserfahrung), jetzt kann sie durchschlafen und zeigt auch kein auffälliges Verhalten mehr.

Nach dem Bewohnerwechsel treten Schlafstörungen wie auch weitere Unruhen vorübergehend wieder etwas häufiger auf, nachdem sie schon stark reduziert waren.

Oase – Bewohner/innen	**Verhaltensänderungen**
Frau L	Nach Schlaganfall halbseitige Lähmung mit Hirnschaden und in der Folge demenzielle Erkrankung. Für Sie ist die Oase ein Gewinn. Sie zählt und redet nicht mehr so viel, sie ist nicht mehr so laut. Sie „babbelt“ mehr. Es ist immer jemand da (sie kennt alle mit Namen).
Frau S	Sie hatte ein „Tief“, hat sich wieder gut erholt. Ob die Oase wirksam war, lässt sich schwer einschätzen. Sie spricht schlecht bis gar nicht. Am Tisch Störung durch Tischnachbarin – die hat „gemanscht“ und in ihr Essen gefasst. Nachdem die Tischnachbarin umgesetzt wurde manscht sie jetzt selber. Sie wirkt aktiver, keine Fixierung mehr. Sie wirkt jetzt ruhiger. Vorher hat sie gejammert bei Fixierung bis Verärgerung, Nun ohne Fixierung deutlich zufriedener.
Frau W	Mit 102 Jahren am längsten im Hause. Sie hat sich immer gegen Maßnahmen gewehrt, sie war verhaltensauffällig, hat geschlagen und gekratzt. Heute nach der Umsetzung spricht sie wenig aber an bestimmten Tagen redet sie viel. Plötzlich wird sie munter und lebt in eigener Welt. Sie schnappt mehr Wörter auf (z.B. Pfarrer), hat Lieder gesungen. Früher Illustrierte mit vielen Tiergeschichten, heute nimmt sie Tageszeitungen, die vor ihr liegen wahr. Weniger schlagen, kratzen.
Frau M	Frau M nimmt wieder Blickkontakt auf ist wie beschrieben aufgeschlossener. Kann bewusst fernsehen. Geringere Schmerzen. Sie wurde zuhause lange gepflegt und war wohl oft allein. Sie wollte trotzdem ins Heim: Ist mehr los und nicht mehr allein.
Frau B	94 Jahre alt, mehr als 5 Jahre hier. Sie schläft manchmal zwei Tage durch, danach ist sie sehr fit, versucht aufzustehen. Sie erzählt viel – Metzgersfrau „muss Bratwurst im Laden vorbereiten“. Sie ist fast blind. Nun isst sie besser mit aktueller Anteilnahme. Früher war die Wurstküche ihr einziges Umfeld, jetzt nimmt sie Gesprächsstoff auf und hat mehr Realitätsbezug. Patenkind kümmert sich.
Frau H	(BW mit Frau M) Spricht nicht mehr, ist bettlägerig und kann 3-4 Stunden sitzen. Sie wird vor dem Mittagessen mobilisiert. Endstadium Demenz. Sie bekommt Einzelbetreuung mit therapeutischem Waschen und Stimulationen.
Herr F	Wurde im Fernsehen an Krieg erinnert. Suchte sich einen Raum in der Oase. Er war früher Gastwirt. Kontakte sind leichter zu bekommen, wenn er kameradschaftlich angesprochen wird. Im Umfeld leben zwei Brüder. Er will für jeden Handgriff zwei Euro zahlen. Die Tochter bekommt das Geld anschließend wieder.

Die Vorstellung der Bewohner/innen und ihr Befinden erfolgte durch die Hausleitung und die PDL.

Abb. 20 + 21: Blick in die Pflegeoase

5.4 Bericht 2 GSF

Gemeinschaftsbereich der Tagesgruppe und der Pflegeoase

Donnerstag 13.09.2018 13.00 – 15.15 Uhr

Oase – Bewohner/innen	**Verhaltensänderungen bis Mitte September 2018**
Frau L	Zeigt weiterhin eine positive Veränderung (sie ist kognitiv rüstiger und kennt immer noch alle Mitbewohner, das Personal und die Angehörigen mit Namen). Keine auffälligen Rufe und Schreie mehr. Die seit dem Schlaganfall gelähmte Seite tut nicht mehr so weh. Das hat sich deutlich gebessert. Die Einzelbetreuung mit gezielten Ansätzen zeigt Wirkung, Schmerzmittel werden nur noch bei Bedarf verabreicht, Mit dem Bett ist sie mittendrin. Im großen Raum hatte sie früher alle genervt. In manchen Phasen redet sie „ohne Punkt und Komma“, dann kriegt man sie nicht raus. Wenn es ihr zu viel wird, will sie „in mein Bett“, d.h. in ihr früheres Zimmer. Jetzt wird der Vorhang zugezogen und dann ist sie ruhig.
Frau S	Seit Beginn in etwa gleich geblieben aber körperlich schwächer geworden. Sie wird nur nachmittags mobilisiert. Ihre Tochter hat ihre Einstellung gegenüber dem Konzept Oase positiv geändert. Die Schmerzmedikation wurde abgesetzt. Sie sitzt nur begrenzte Zeit im Rollstuhl. Sie hat kein Problem mit den Tischnachbarn. Sie schläft durch, auch bei fremden Geräuschen. Hörgeräte und Brille nimmt sie raus. Manchmal erkennt sie ihre Tochter.
Frau W	Frau W ist gestorben. Für sie ist Frau H eingezogen. Sie hat die Oase sehr positiv aufgenommen. In der Normalstation hat sie sich nicht wohl gefühlt. Sie genießt die Zuwendungen und auch mal im Bett bleiben zu können. Sie liebt es, im Bett in der Sonne zu liegen und möchte gerne raus. Die Schmerzmedikation ist reduziert. Frau H. spricht nur wenig Worte nimmt die Bewohner jedoch aufmerksam wahr. Teilweise erkennt sie das Pflegepersonal. Wenn man mit ihr spricht wird sie ruhiger, zeigt kein Zucken mehr. Sie erkennt Stimmen wieder. Eine Praktikantin spricht ihren Dialekt (Sachsen), dann ist sie sehr aufgeweckt. Auf eigene Bilder und auf Ansprache reagiert sie sehr deutlich. Sie wird wenig mobilisiert auf Grund ihrer sehr dünnen Haut und der Verletzungsgefahr. Die Körperpflege erfolgt deshalb ausschließlich durch therapeutische Waschungen.
Frau M	Frau M ist gestorben Für sie ist Frau L aufgenommen worden. Sie ist ähnlich wie Frau H sehr ängstlich und hat nicht mehr gesprochen, bekommt aber aus ihrer Umgebung sehr viel mit. Sie liegt viel im Zimmer, jeden zweiten Tag wird sie mobilisiert (wie andere bettlägerige Bewohner auch). Sie ist geistig noch sehr fit und bekommt das Tagesgeschehen mit, zeigt Unwillen, wenn es zu laut wird. Sie hat besondere Spezies, die neben ihr sitzen sollen und ist dann ruhig.

Frau B	Frau B ist gleich geblieben, schläft manchmal 24 Stunden durch. Sie „arbeitet immer noch in der Schlachterei.“ Sie scheint fast blind zu sein. Wie es um ihre Sehfähigkeit steht ist allerdings nicht gut bekannt. Manchmal kann sie ihre Umgebung erkennen. Sie hat eine gute Sprachfähigkeit. Morgens, wenn sie wach ist, ruft sie „Holt die Därme, ich mache dann die Würste.“ Sie spricht die Mitbewohnerinnen an aber sie möchte die Chefin sein. Die anderen bleiben dann ruhig. Manchmal ist sie sehr dominierend (z.B. beim Singen, wenn die Gruppe singt „Alle Vögel sind schon da...“ singt sie ihr eigenes Lied „Hoch auf dem gelben Wagen“ in großer Lautstärke). Ihr Patenkind kümmert sich um sie.
Frau H	Frau H lebt seit 15 Jahren im Hause. Sie ist in der Oase gleich geblieben. Früher zeigte sie Weglauftendenzen, jetzt liegt sie nur noch im Bett. Sie bekommt Einzeltherapien wie Snoezelen oder Schmerztherapie. Sie nimmt die Umgebung wahr und ist manchmal sehr wach (Snoezelen-Wagen). Angehörige kommen nur noch selten. Früher waren sie drei Schwestern, dann sind zwei Schwestern, der Ehemann und der Sohn gestorben. Sie hat vorher mit ihrem Mann in Bayreuth gelebt.
Herr F	Herr F erhält weiterhin Medikamente. Er bekommt Schmerzmittel gegen Schmerzen im Rücken und den Beinen (Nerven). Vormittags ist er klar im Kopf aber dann tritt der Realitätsverlust ein. Er erkennt das Personal, läuft manchmal weg und wird dann abgeholt und zeigt dann seinen „Charme“. Er hat Kontakt zu den Mitbewohnern in der Gruppe, manchmal ist er auch in eine Mitbewohnerin verliebt. Er zahlt nicht mehr für etwas sondern sagt „schreibs halt auf“ wie er es von früher kannte.

Die Vorstellung der Bewohner/innen erfolgte durch die PDL und die Gerontopsychiatrische Fachkraft.

Angehörige

Zu wenigen Angehörige besteht ein schwieriges Verhältnis in der Pflegeoase. Sie müssen sehr vorsichtig behandelt werden, mitunter auch woanders hingeschickt werden, wenn z.B. sehr viele Besucher kommen. Aufgrund des ländlichen Standards kennen sich viele Familien schon lange und verhalten sich entsprechend vertraut und familiär, was für das Personal während der Gruppenbetreuung eine große Herausforderung ist.

Frau L ist voll dabei und wenn eine ihrer Töchter zu ihr sagt: Mama, Du brauchst wieder Zähne, damit Du besser zu verstehen bist“, dann spricht Frau L bis in die Nacht ständig „Ich brauch ein paar neue Zähne.“

Konzept

Das räumliche Konzept erweist sich manchmal als schwierige Voraussetzung für einen ruhigen Umgang mit den Bewohnern.

Mittagsruhe muss beachtet werden. Dann wird das Licht ausgeschaltet, die Musik ausgestellt und es soll keiner durch den Raum laufen.

Gemeinschaftsbereiche werden nun getrennt geführt, 2 Betreuer sind eingesetzt und es wird auch getrennt dokumentiert. Die Betreuungskräfte wechseln nun in die eine und dann in die andere Gruppe.

In dem großen Essraum können sie nicht tagsüber teilnehmen, da dort bei den kognitiv rüstigen Bewohner/innen eine starke Abneigung gegenüber Demenzkranken besteht.

Therapien

Es gibt keine Gruppensitzung z.B. in der Ergotherapie. Die einzelnen Übungen und Anregungen werden innerhalb der Betreuung tagsüber miteingebunden.

Die Bewohner/innen sind zum Teil schwer immobil. Die Pflege ist morgens gut ausgelastet. Auch nachmittags ist sehr viel zu machen

Therapien gehen in den Alltag mit ein. Beispiel Sinneswahrnehmung: Vom Pfefferstreuer fällt die Kappe ab, dann wird probiert und darüber gesprochen. Die Alltagsgeschehnisse werden bewusst einbezogen in beide Gruppen. Alle sollen etwas von den kleinen Erlebnissen mitnehmen, auch die Fitten. Es gibt Unterschiede zwischen den Gruppen auch wenn die Gesundheits-Werte sich angleichen.

Beobachtung Verhalten 14.45 Uhr bis 15.15 Uhr Donnerstag 13. September

Kleine Gruppe in der Küche: Zwei Tische mit insgesamt fünf Stühlen. Am größeren Tisch sitzen Frau F und Frau Z über Eck gegenüber. Frau P sitzt neben Frau Z. Sie kommen gut miteinander aus und reden miteinander. Frau Sch sitzt neben Frau Z, nimmt aber zunächst nicht Teil an den Gesprächen. Die Betreuungskraft setzt sich an die Ecke des großen Tisches dazu und alle kommunizieren miteinander.

Am zweiten Tisch, getrennt durch die Säule sitzt Frau G allein am kleineren Tisch und hält die Augen geschlossen.

Der Raum ist gut ausgeleuchtet (Grundbeleuchtung) und sehr hell 350 Lux am kleinen Tisch und 470 Lux am großen Tisch. Am Fenster sind es 4.500 Lux bei aufgezogenen Vorhängen, der Himmel ist bedeckt.

Große Gruppe: Frau L sitzt im Pflegerollstuhl neben ihrem Bett und bekommt Kaffee und Kuchen. Sie unterhält sich mit der Pflegekraft. Sie antwortet auf Fragen. Im Hintergrund läuft Musik.

Frau H und Frau B liegen in ihren Betten und schlafen, der Vorhang ist aufgezogen.

Sechs Personen und ein Besucher sitzen am Tisch. Es wird Kaffee und Kuchen gereicht.

Herr F nimmt seine Kaffeetasse und seinen Rest Kuchen und geht in Richtung Küche. Er möchte nicht mehr aber eine Limo. Die Pflegekraft stellt ihm eine Limo und ein Glas auf den Tisch.

Der Besuch geht mit seiner Frau raus in den Innenhof.

Frau L wischt sich selbst den Mund mit ihrem Tuch ab auch die Nase kann sie sich abwischen. Sobald sich die Pflegekraft zu ihr setzt, fängt sie an zu lautieren Sie ist sehr rege und sucht auf Fragen zu antworten. Sie kann mit „Ja“ und „Nein“ antworten.

Am Tisch sitzen 3 Personen im Rollstuhl, 2 Personen auf Stühlen.

Frau B kann auch noch antworten.

Frau L folgt mit ihren Blicken den Bewegungen im Raum.

Frau H ist heute draußen außerhalb des Bettes im Pflegerollstuhl. Sie ist zwar wach, zeigt aber wenig Reaktionen.

Frau G bekommt Weintrauben zu essen, neben ihr sitzt Frau H, sie möchte ebenfalls Weintrauben und sieht zu Frau G hin.

Herr F spricht Frau H an: „Limo oder Bier?“ und nochmal „Limo oder Bier?“

Zwischenzeitlich sitzen 9 Personen am Tisch.

Herr F „Welches Datum haben wir?“ Betreuungskraft: „Lesen Sie das doch dort auf dem Kalender.“ Welchen Monat haben wir? „September“.

Abb. 22: Raum für die kleine Gruppe mit Küche

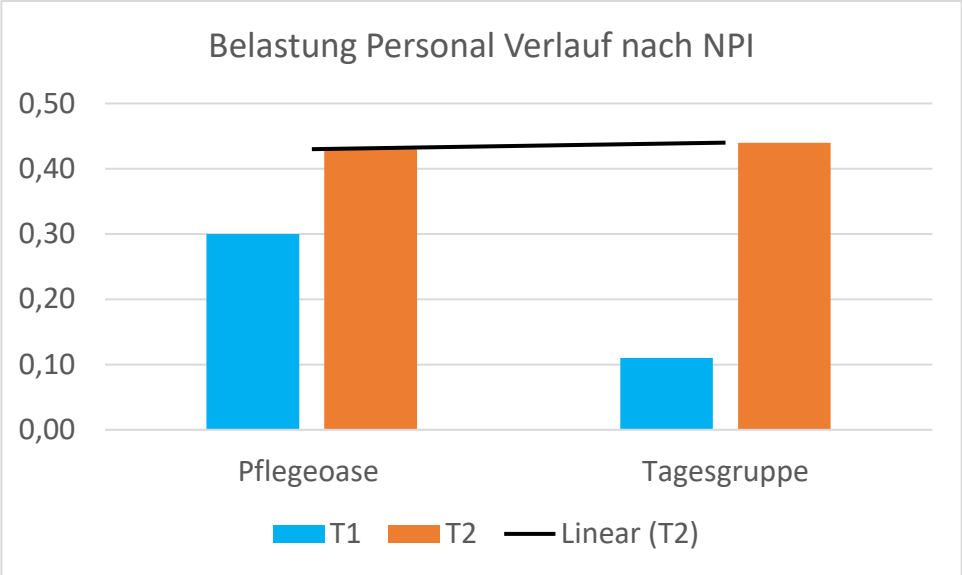
Abb. 23 + 24: Innenhof mit Terrasse

6.0 Personal

Das Personal war zu den Zeiten der Beobachtung durchgängig mit jeweils zwei Pflegekräften (Früh- und Spätdienst) sowie mit zusätzlichen Betreuungskräften, davon tagsüber eine Geronto-Fachkraft, besetzt. Dazu wurden weitere Fachkräfte für Ergotherapie und Aromapflege eingesetzt.
Die Pflegeoasenbewohner/innen wurden zum Ende der Begleitforschung alle als schwer demenziell erkrankt eingestuft, bei einem Mittelwert nach Reisberg von Stufe 6,2 Pflegeoase bzw. Stufe 6,7 Tagesgruppe.

Weitere Belastungseinflüsse entstammen dem Verlust an Fähigkeiten zur Alltags-verrichtung, gemessen mit dem Barthel-Index. Bei den Pflegeoasenbewohnern konnte kein Wert mehr gemessen werden, bei den Tagesgruppenteilnehmer/innen lediglich ein Wert von 8,3 Punkten im Mittel.

Abb. 25: Personalbelastung im Verlauf



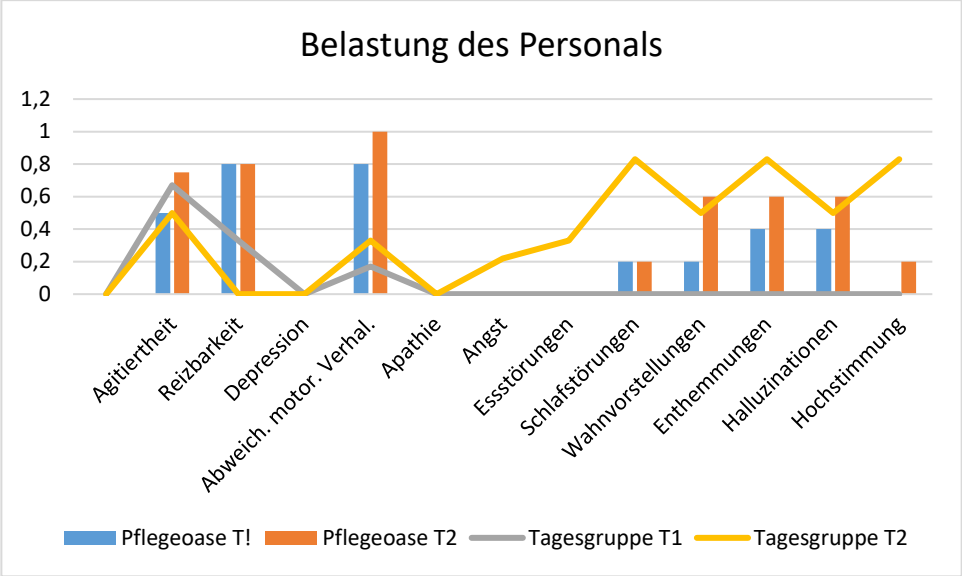
Gemessen nach NPI Personal – emotionale Belastung in der Pflege
Es werden 6 Belastungsstufen unterschieden: 0 = nicht belastend, 1 = minimale Belastung, 2= leichte Belastungen, 3 = mittelschwere Belastung – nicht immer ein Problem, 3 = schwere Belastung – schwierig damit umzugehen, 5 = sehr schwere Belastung - nicht imstande damit umzugehen.

Auch nichtkognitive Verhaltensauffälligkeiten nehmen Einfluss auf die emotionale Belastung der Pflegekräfte. Insbesondere treten Auffälligkeiten auf, wenn Umgebungsveränderungen die gewohnte Alltagsgestaltung beeinflussen, etwa bei Versterben von Mitbewohner/innen wie es im GSF zum Ende der Begleitforschung auftrat.

Die Abb. 25 verdeutlicht zum einen eine Belastungszunahme in beiden Gruppen und zum anderen ein Belastungsniveau, das im Mittel zwischen „nicht belastend“ und „minimale Belastung“ liegt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegekräfte

die erlebten Veränderungen in den beiden Gruppen auffangen und selbst nur geringe Belastungen erleben.
Einzelne Verhaltensstörungen lösen unterschiedliche Aufmerksamkeiten aus und tragen so unterschiedlich zur Belastung bei, wie die folgende Grafik 26 zeigt

Abb. 26: Belastung des Personals durch nichtkognitive Verhaltensstörungen



Die Belastungen wurden einzeln an den 11 neuropsychiatrischen Verhalten der Bewohner bewertet. Die Bewertung erfolgt wie in Abb. 17 beschrieben

Auffällig sind die Verläufe zum Zeitpunkt T2, der bereits auch im Bereich Stimmung und Sozialverhalten den sonst positiven Trend abbremste. Die Neuorientierung muss nun darauf ausgerichtet sein, den zuvor bereits erreichten Stand der Bewohnerzufriedenheit wieder zu erreichen.
Die räumliche Organisation der Pflegeoase lässt es zu, Bewohner mit nächtlichen Unruheständen besser zu beobachten und durch die personelle Nähe der Mitbewohner/innen und der spürbaren Anwesenheit des Nachtdienstes den Pflegeoasenbewohnern auch nächtlich Sicherheit zu geben. Das war bereits in der ersten Phase gut gelungen (Zwischenergebnis der Begleitforschung).

Die hohen Anforderungen haben im Verlauf dazu geführt, dass die Pflegeoasen-bewohner nun als zusätzliches Angebot ein besonderes Kleingruppenangebot im Küchenbereich bekommen haben mit extra für sie ausgewiesener Betreuung.

7.0 Zusammenfassung

Mit der Einrichtung einer Pflegeoase bei zugleich der Weiterführung der vorhandenen Tagesbetreuungsgruppe mit Bewohner/innen aus dem Hause, die eine besondere Betreuung schwer demenziell erkrankter Bewohner/innen in unterschiedlichen Schweregraden erhalten, sollte eine zweistufige Betreuung mit individueller Wahl der Teilnahme an einer der beiden Tagesgestaltungen geschaffen werden.

Der Verlauf der Pflegeoase zeigte in der ersten Phase positive Wirkungen. Ebenso konnte die Tagesgruppe sich in Teilen verbessern. In beiden Gruppen konnten die Werte für „Lebensqualität im späten Stadium der Demenz“ deutlich verbessert werden und erreichten eine für diese Personengruppen erwünschte Reaktion.

Die Gesamtbeobachtungen mit der „QUALID“ (Beobachtungen der Häufigkeit positiver und negativer Reaktionen in der vergangenen Woche, Abb. 19) gemessen, schließen einen relativ kurzen Zeitraum ein.

Um dies zu erhalten und eine Verbesserung der Lebensqualität durch die konzeptionelle Ausrichtung auf Bewohner vergleichbaren Demenzstatus auf Dauer zu stellen, wurden konzeptionell die kleine Pflegeoasengruppe mit 7 Bewohner/innen und die größere Tagesgruppe mit 11 Bewohner/innen jeweils mit eigenen Gestaltungs- und Betreuungsmaßnahmen über den Tag begleitet wie bereits im Zwischenbericht angekündigt.

Die bisherige Zusammenführung beider Gruppen wurde weiterhin wenn auch nicht in der Häufigkeit durchgeführt, da die Teilnahme aller Bewohner/innen in diesem Bereich merklich gut angenommen wurde was auch die Beobachtung der Begleitforschung zu fünf Zeiten im 2-3-monatlichem Abstand, bestätigen konnte. Die Anzahl der Bewohner/innen an den Betreuungsaktionen im Gemeinschaftsraum der Tagesgruppenteilnehmer/innen und der Pflegeoasenbewohner/innen lag bei ca. 9 – 11 Bewohner/innen von insgesamt 18 Bewohner/innen. Bettlägerige Personen waren indirekt einbezogen, da die Trennelemente zu ihren Individualbereichen aufgezogen wurden. Soweit möglich, wurden die bettlägerigen Bewohner für den Zeitraum der Gemeinschaftsaktivitäten in den Rollstuhl mobilisiert.

Zum Ende der Begleitforschung nach 15 Monaten ab Beginn der Pflegeoase musste festgestellt werden, dass in der Pflegeoase (7 BW) zu Beginn ein relativ niedriger Durchschnittswert in den Fähigkeiten zur selbstständigen alltagsverrichtenden Tätigkeiten von 10 Punkten gemessen wurde. Der Wert sank bis Ende der Begleitforschung auf 0 Punkte, zwei Bewohnerinnen waren bis dahin verstorben.

Tagesgruppe und Pflegeoase

Teilnehmer/innen der Tagesgruppenangebote waren als Kontrollgruppe gedacht. Sie unterschieden sich kaum von denen der Pflegeoase. Ihr Ausgangswert zur Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) lag zu Beginn ebenfalls bei etwa 10 Punkten (11 Personen) und auch ihre Entwicklung weist einen negativen Trend auf. Zudem verstarben in dieser Gruppe während der dritten Beobachtungsphase 5 Personen.

Das Demenzstadium, vom Personal mit Hilfe der Reisberg-Skala eingeschätzt, erreicht bei der Tagesgruppe ganz ähnliche Werte wie in der Pflegeoase, so dass sich die Teilnehmer beider Gruppen sehr gleichen. Es sind praktisch zwei Pflegeoasen entstanden mit einem differenzierten Gesamtangebot an Betreuungsleistungen.

Aus den Erfahrungen der bereits oben angeführten Pflegeoasen mit dem Wechsel der Bewohner/innen durch Ableben kann auch für die GSF an Hand der dargestellten Beobachtungen geschlossen werden, dass die angestrebte Gemeinschaftsbildung unter den Bewohnern bei weiterhin konstanter Umsetzung des Gesamtkonzeptes auch nach erheblichem Wechsel der Bewohner wieder hergestellt werden wird. Die Neubewohner/innen haben sich bei den letzten Beobachtungen bereits gut eingefügt.

Wir hatten eingangs fünf Forschungsfragen gestellt. Welche Antworten können hierauf gegeben werden?

1. Welche Wirksamkeit erzielt das vorgesehene Konzept auf die einbezogenen Bewohner in der Tagesgruppe und in der Pflegeoase im Hinblick auf ihr Wohlbefinden?

Die Pflegeoase bildet keinen abgeschlossenen Raum, sondern liegt inmitten der Betreuung der Tagesgruppe. Für die Oasenbewohner ist akustisch immer jemand da. Der kontinuierliche Tagesablauf findet statt, wird aber auch schon mal durchbrochen für die Teilnahme an der großen Gruppe. Die hohe Personalpräsenz mindert das Aufkommen von nichtkognitiven Störungen.
Auch die Tagesgruppenteilnehmer profitieren von der Existenz der Pflegeoase eben auch durch die hohe Personalpräsenz und die Anwesenheit von Betreuungskräften, Logopädin, Ergotherapeutin und Geronto-Fachkraft.

2. Wie unterscheiden sich die Tagesabläufe der beiden Bewohnergruppen?

In der Tagesgruppe stellt der große Tisch nicht nur symbolisch das zentrale Element dar. Er sammelt die Tagesgruppenteilnehmer um sich. Hier wird der Tag maßgeblich strukturiert. Die Pflegeoasenbewohner können an allen Tischrunden teilnehmen. Sie erhalten eigene Angebote an den kleinen Tischen im Küchenbereich, räumlich getrennt bei offenem Durchgang zum großen Gemeinschaftsraum. Akustisch sind sie nicht ausgeschlossen.

3. Verändern sich im Beobachtungszeitraum von ca. 15 Monaten die gesundheitlichen Befinden der einbezogenen Bewohner?

Für beide Gruppen verändert sich der gesundheitliche Status etwa parallel kontinuierlich abnehmend. Die Konzeption kann hierauf keinen Einfluss nehmen – von Einzelfällen abgesehen. Das konnte auch in anderen Pflegeoasen beobachtet werden. Das Wohlbefinden kann jedoch beeinflusst werden, wie hier geschehen. Trotz schwerer

Demenz und z.T. Immobilität werden Zeichen von Freude und guter Stimmung (lachen, singen u.ä.) häufig beobachtet.

4. Wie werden Neuzugänge (Nachbelegung) integriert?

Sie nehmen den Platz der ausscheidenden Bewohner ein und werden in den Tagesablauf integriert. Hierüber können ihre besonderen Wünsche und Vorlieben herausgefunden werden.

5. Welche Umweltfaktoren haben sich als fördernd und welche als hemmend auf die Alltagsgestaltung und somit auf das Wohlbefinden erwiesen?

Folgende Merkmale werden als positiv erlebt:
Strukturierter Tagesablauf,
Hohe Kontinuität der Bewohner und des Personals,
Mischung aus Rückzug in die eigene kleine Gruppe oder den eigenen Individual-bereich mit optischer Trennung oder bei offenem Vorhang,
Teilnahme an der großen Tischrunde oder auch der kleinen Tischrunde,

Es gibt jedoch auch hemmende Faktoren:
Hierzu zählen natürlich die Störungen der sonst als positiv wahrgenommenen Umgebungsfaktoren wie oben genannt,
zu viel Unruhe in der großen Gruppe,
zu viele Besucher insbesondere Besucher mit wenig Sensibilität für die geminderten Aufnahmekapazitäten der Bewohner.