

# Pflegeoasen Die besondere Betreuungsform im Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg SSB

## Schlussbericht

Wissenschaftliche Begleitstudie zur Wirkung von Pflegeoasen im Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg



Foto: ISGOS, Collage aus der Betreuungsarbeit mit Alltagsbegleiterin

Jürgen Dettbarn-Reggentin  
Heike Reggentin

ISGOS-Berlin  
Berlin, den 15. Juni 2014



Festhalten,  
  
was verbindet.  
Bayerische Demenzstrategie

## Wissenschaftliche Begleitstudie der Pflegeoasen im Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg

Projektdurchführung: Jürgen Dettbarn-Reggentin, MA  
Heike Reggentin, Dipl. Pol.  
ISGOS-Berlin

Förderung: Bayerisches Staatsministerium  
für Gesundheit und Pflege



Seniorenzentrum der  
Sozialstiftung Bamberg



Kontakt: Jürgen Dettbarn-Reggentin  
Heike Reggentin

ISGOS-Berlin  
Knesebeckstr. 89  
10623 Berlin  
[www.isgos.de](http://www.isgos.de)  
[isgos-berlin@t-online.de](mailto:isgos-berlin@t-online.de)



## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Zusammenfassung</b> .....	7
<b>1. Einleitung</b> .....	12
1.1 Begriff Pflegeoasen .....	13
1.2 Pflegeziele in Pflegeoasen .....	14
1.3 Stand der Forschungen zu Pflegeoasen.....	15
1.4 Lebensqualität und das Konzept der Kommunikation .....	16
<b>2. Entstehung der Pflegeoasen im Seniorenzentrum</b> .....	18
2.1 Einrichtung der Pflegeoasen.....	18
2.2 Zielgruppe für die Pflegeoasen .....	19
2.3 Personelle Ausstattung.....	20
2.4 Räumliche Anforderungen .....	20
2.5 Ablauf: Wie könnte das Konzept „Pflegeoase“ in den Häusern etabliert werden? .....	25
<b>3. Methodisches Vorgehen der Begleitforschung</b> .....	27
3.1 Forschungsfragen.....	27
3.2 Quantitative Datenerhebungen der Bewohner.....	30
3.3 Teilnehmende Beobachtungen .....	32
3.4 Raum und Gestaltung.....	33
3.5 Datenauswertungen.....	35
<b>4. Ergebnisse</b> .....	36
4.1 Stichprobe Bewohner .....	36
4.2 Gesundheitlicher Status.....	37
4.3 Medikamentierung .....	38
4.4 Schmerzerfassung.....	39
4.5 Persönliche soziale Netzwerke.....	40
4.6 Soziale Beziehungen – soziale Umwelt.....	43
4.7 Störendes Verhalten.....	46
4.8 Stimmung.....	49
4.9 Veränderungen in kurzen Beobachtungszeiträumen.....	51
4.10 Gesamtwohlbefinden.....	54
4.11 Zusammenfassung .....	55
<b>5. Personal</b> .....	57
5.1 Wie hoch ist der Zeiteinsatz von Betreuungskräften nach § 87 b einzuschätzen?.....	59
5.2 Art der Leistungen durch die Betreuungskräfte .....	60
5.3 Art und Umfang des Einsatzes der Betreuungskräfte im SSB .....	61
5.4 Anforderungen an Betreuungskräfte und Qualifikation.....	62
5.5 Qualifikation im SSB.....	63
5.6 Auswirkungen auf den Lebensalltag der Bewohner .....	64
5.7 Auswirkungen auf die Arbeit der Pflegekräfte .....	65

5.8	Konzeptionelle Orientierung .....	66
5.9	Einschätzung der Gemeinschaft und Kontaktfähigkeit in den Pflegeoasen.....	67
5.10	Alltagsbegleiterinnen in den Pflegeoasen .....	67
5.11	Was wird angeboten? Beispiele .....	68
5.12	Einbindung der Pflegeoasen in das Haus Wiesengrund und Haus Altenburgblick .....	75
<b>6.</b>	<b>Bauliche Voraussetzungen.....</b>	<b>76</b>
6.1	Zugang zu den Außenbereichen .....	78
6.2	Bewertung der Gesamterscheinung.....	84
<b>7.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>85</b>
7.1	Was wirkt des Weiteren erschwerend für den Betrieb einer Pflegeoase .....	86
7.2	Mit dem Aufbau von kleinen Gemeinschaften „dezentrale Mitte(n)“ schaffen.....	87
7.3	Elemente der Therapien einbeziehen.....	88
7.4	Pflege, Betreuung und Ethik als Einheit sehen .....	89
<b>8.</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>90</b>

## Vorwort

Das Seniorenzentrum der Sozialstiftung in Bamberg spricht mit seinem breiten Angebot an sozialen Dienstleistungen betreuungs- und pflegebedürftige Menschen an. Es werden dort ca. 266 pflegebedürftige Menschen, darunter 90 Plätze im Demenzzentrum und 20 Plätze in Pflegeoasen (seit 2013 auf 13 Pflegeplätze reduziert) versorgt. Weitere 38 Wohneinheiten werden als Betreutes Wohnen angeboten. Die Bewohner<sup>1</sup> verteilen sich auf die Einrichtungen im Bürgerspital, dem Antonistift mit dem Haus Wiesengrund und dem zuletzt neu umgebauten Haus Altenburgblick, des Weiteren wird ein ambulanter Pflegedienst betrieben. Somit zählt das Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg zu den großen Versorgungseinrichtungen und den großen Anbietern sozialer und pflegerischer Leistungen in Bayern.

Die Bewohner in den Pflegeeinrichtungen der Sozialstiftung Bamberg sind zu einem erheblichen Anteil durch eine demenzielle Erkrankung gezeichnet. Sie durchlaufen in zunehmender Zahl das Stadium der schwersten Demenz. Begleitend zu den kognitiven Abbauprozessen erleben sie physische Leistungseinschränkungen und vermehrt somatische Erkrankungen. Die auftretenden Multimorbiditäten führen letztlich zur Einschränkung der Mobilität der Erkrankten, die häufig zur Bettlägerigkeit führt. Somit wird ihr Erlebensradius deutlich reduziert.

Das Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg hatte sich entschlossen, das bisherige Pflegekonzept auf die sich wandelnden Bedürfnisse anzupassen. Mit dem Ausbau eines Demenzzentrums im Haus Wiesengrund wurden die demenzkranken Bewohner in den Blick gerückt<sup>2</sup>. In dieser erweiterten Konzeption fanden Menschen mit Schwerstdemenz besondere Berücksichtigung. So entstand im Jahr 2009 mit der ersten Pflegeoase im Haus Wiesengrund eine Betreuungsform für schwerst demenziell erkrankte Bewohner. Im selben Jahr folgte eine zweite Pflegeoase im Bürgerspital und im weiteren Verlauf zwei Pflegeoasen im Haus Altenburgblick. Mit diesen speziellen Angeboten geht das Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg auf die Entwicklungstrends zu mehr schwerst demenziell erkrankter Bewohner in ihren Häusern ein.

Die Einführung von Pflegeoasen mit Mehrpersonenräumen hatte in der Schwerstpflege eine Richtung eingeschlagen, die zwei Orientierungen zusammenführt: 1. Die erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber Bewohnern mit erheblich

---

<sup>1</sup> Wegen der besseren Lesbarkeit verwenden wir die männliche Schreibform

<sup>2</sup> Daniela Struss (2013): Pflegeoasen im Seniorenzentrum Bamberg. In: Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (2013): Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren, S.91-97.

eingeschränkter Alltagskompetenz in physischer wie auch psychischer bzw. kognitiver Hinsicht und 2. Die Bereitstellung von Umgebungsstrukturen zur Kompensierung der ebenfalls abnehmenden sozialen Kompetenzen und persönlichen sozialen Netzwerke.

Während die „klassische“ Pflege auch in Einzelzimmern mit guter Qualität durchgeführt werden kann, verlangt die Erhaltung und Förderung sozialer Kompetenz bereits einen erweiterten Versorgungszugang. Hierfür steht seit Jahren das Grundkonzept der kommunitären Versorgung mit seiner Ausrichtung auf Gemeinschaft.

Mit der Hinwendung zu Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und hier wiederum zu Personen im Schwerststadium dieser Erkrankung, sucht das Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg (im Folgenden SSB) zum einen in der Zusammensetzung der Bewohner im Demenzzentrum den besonderen Anforderungen dieser Personengruppe zu begegnen und zum anderen hieraus wiederum die am stärksten Betroffenen in eigenen kleinen Gemeinschaften zusammenzuführen, mit dem Ziel, eine hohe personelle Präsenz der Mitarbeiter, wie auch der Mitbewohner untereinander, zu gewährleisten.

Die Einbeziehung der Mitbewohner wie auch die personelle Kontinuität des Pflege- und Betreuungspersonals hilft gegenüber den Pflegeoasenbewohnern Vertrautheit zu erzeugen und Geborgenheit zu vermitteln. Das gilt auch für das Tagesgeschehen und seine zeitliche Abfolge.

Im SSB wurden in zeitlichem Abstand drei kleine Gemeinschaften von vier bis fünf Bewohnern aufgebaut, die es zulassen, unterschiedliche Betreuungsangebote einzubeziehen. Die Tagesstruktur kann dementsprechend jeweils persönlich angepasst werden, ohne den Gemeinschaftsgedanken außer Acht zu lassen. Der eingeschlagene Weg hat die einbezogenen Bewohner erreicht. Sie profitieren von strukturierten Tagesabläufen, auf ihre Möglichkeiten ausgerichtete Anregungen und kontinuierlicher personeller Zusammensetzung. Ihre sozialen Beziehungen und Netzwerke haben sich qualitativ deutlich verändert. Das drückt sich auch in dem verbesserten Wohlbefinden aus.

*Die Durchführung der Begleitstudie wäre ohne Unterstützung nicht möglich gewesen. Hierfür danken wir insbesondere der Leitung des Hauses, Frau Weigand, der Leitung des Wohnbereichs Herrn Kufner, der Leitung der Betreuungskräfte Frau Bauerschmidt, sowie den Pflege- und Betreuungskräften für die umfassenden Informationen und geduldig ausgefüllten Fragebögen. Dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege danken wir für die Förderung dieser Studie.*

## Zusammenfassung

Die Konzeption der Pflegeoasen im SSB folgt dem Prinzip des Mehrpersonenraumes. Menschen mit Schwerstdemenz soll das Erleben von Gemeinschaft ermöglicht werden. In der Versorgung im Einzel- oder Doppelzimmer wird die Gefahr der Vereinsamung gesehen, deshalb sollen über den Tag aber auch in der Nacht die Bewohner das Gespür von Nähe zu anderen Personen bekommen.

Die Betreuung in den Pflegeoasen wird biografiebezogen und tagesstrukturierend geleistet. Anregende Beschäftigung mit trainierenden Aktivitäten setzen an den Fähigkeiten der einzelnen Bewohner an.

Die Anzahl der Pflegeplätze in den Pflegeoasen kann an der Häufigkeit des Auftretens von Schwerstdemenz in der jeweiligen Einrichtung orientiert werden. Bezogen auf die Gesamtbewohnerzahlen wird in Pflegeeinrichtungen von ca. 10 bis 15 % der Bewohner mit Schwerstpflegebedarf und Symptomen der Schwerstdemenz ausgegangen<sup>3</sup>. Diese Bewohner sind ganz überwiegend in ihrer Mobilität eingeschränkt und benötigen Hilfen in allen alltagsverrichtenden Tätigkeiten.

Das Seniorenzentrum der Seniorenstiftung Bamberg verfügt aktuell über 13 Pflegeplätze in drei Pflegeoasen. Der potenzielle Bedarf an dieser besonderen Betreuungsform ist gemessen an den genannten Betroffenenraten zwar noch nicht erreicht aber aus verschiedenen Gründen derzeit nicht weiter ausbaubar. Die Raumgestaltung wurde in der Größe ähnlich der von Doppelzimmern ausgelegt. Trennwände sind jedoch nicht eingezogen, die Bewohnerplätze sind durch Sichtschutz bei Bedarf voneinander abgeschirmt.

Nach Einstellung einer vierten Pflegeoase im Gebäude des Bürgerspital, dem ältesten Gebäude der Seniorenstiftung Bamberg, waren zu Beginn des Jahres 2013 noch 13 Pflegeplätze in den Pflegeoasen im Antonistift Haus Wiesenrund (5 Bewohner) und im Haus Altenburgblick (2 \* 4 Plätze) verfügbar.

Mit der im Oktober 2012 begonnenen Begleitforschung sollte herausgefunden werden, ob die Konzeption „Pflegeoase“ im Vergleich zur „Normalversorgung“ auf der Station positive Effekte auf die Oasenbewohner ausübt und so zur Stärkung des Wohlbefindens der Bewohner beiträgt.

---

<sup>3</sup> Schneekloth, U/Wahl, H-W (Hrsg.)(2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. München

## **Zusammenfassung Ergebnisse der Begleitforschung**

Ein wesentliches Merkmal subjektiven Erlebens und der Erhaltung sozialer Kompetenz liegt in der Begegnung mit anderen Bewohnern, Personal und externer Personen. Über sie kann die soziale Identität aufrechterhalten werden. Notwendig für die Erhaltung oder Stärkung sozialer Identität sind soziale Beziehungen, persönliche soziale Netzwerke. Die Pflegeoasen stellen die strukturellen Voraussetzungen für die Bildung sozialer Begegnung für Bewohner mit Schwerstpflegebedarf.

Konnten die Pflegeoasen hierauf Einfluss nehmen? Im Verlauf der Begleitforschung waren sechs Bewohner der Oasen und neun Bewohner aus dem Wohnbereich als Kontrollgruppe in die nähere Betrachtung einbezogen worden. Diese Personen haben an drei Erhebungswellen teilgenommen.

### **Soziale Beziehungen - soziale Netzwerke der Bewohner**

Zunächst ist auffällig, dass die Kontrollgruppenteilnehmer zu Beginn der Erhebungen ein deutlich größeres soziales Netzwerk aufwiesen und weitere Personen im Zeitverlauf noch hinzugekommen waren.

Die sozialen Beziehungen der Oasenbewohner waren zu Beginn schon sehr schmal ausgestattet und mussten im Verlauf weitere Einbußen hinnehmen, insbesondere aus dem Familienkreis. Die Zielgruppe der Pflegeoase war somit sehr gut getroffen, denn die Vermeidung von sozialer Isolation ist eines der wesentlichen Ziele dieser Betreuungsform. Die Bewohner der Pflegeoase, die hier einbezogen wurden, hatten nicht nur Verluste hinzunehmen, sondern sie konnten durch Erweiterung des Kontaktpersonenkreises einige der Verluste kompensieren, trotz ihrer großen Beeinträchtigung in der Mobilität. Mehr Mitbewohner und andere Personen konnten in den Kreis der regelmäßigen Kontakte einbezogen werden.

Die letzte Erhebung Ende 2013 erfasste noch nicht die Situation der Konsolidierung in den Pflegeoasen mit der Belegung aller Plätze und der nunmehr bestehenden Personalkontinuität. Bereits drei Monate später in der Nacherhebung durch das ISGOS, in der Verlängerungsphase, waren die Effekte deutlich spürbar. Der Kreis der Bezugspersonen unter den Mitbewohnern war erheblich erweitert worden und auch persönliche Bindungen zum Personal (Pflegekräfte und Betreuungskräfte) begannen sich herauszubilden.

Was in dieser Form bisher in anderen Pflegeoasen nur selten beobachtet wurde, war die entstehende freundliche Atmosphäre zwischen den Geschlechtern,



denn zwischenzeitlich waren in die Pflegeoase Haus Wiesengrund zu den dort lebenden zwei Frauen drei Männer eingezogen.

Das personelle Umfeld der Pflegeoase Wiesengrund fördert die Wiedergenesung nach schweren Erkrankungen. In diesem Betreuungskonzept liegt ein erhebliches Rehabilitationspotenzial, das sich auf die eingezogenen Bewohner bereits positiv ausgewirkt hat.

### **Soziale Kontakte und Sozialverhalten**

Am sozialen Verhalten lassen sich anregende oder störende Kontakte der Bewohner beobachten. Wie nehmen die Bewohner ihre Umgebung auf, wie verhalten sie sich gegenüber ihren Mitbewohnern, welche Beziehungen gehen sie ein?

Was sich bereits in der Erweiterung der sozialen Beziehungen andeutete, findet in der steigenden Aufmerksamkeit der Oasenbewohner gegenüber dem Geschehen in ihrem Umfeld seine Fortsetzung. Sie „nehmen Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung“ und zwar auch diejenigen, die zuvor keine Reaktion gezeigt hatten.

Sie nehmen verstärkt Kontakt auf zu ihren Mitbewohnern, den Betreuungskräften und den Pflegekräften. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe mit eher abnehmenden Kontakten sind die Unterschiede schon recht deutlich. Die Kontaktaufnahme geschieht aktiv, d.h. die Initiative geht von den Bewohnern aus. Auch das passive Kontakthalten als Reaktion auf Ansprache wird weiter verfolgt und verstärkt ausgeübt.

Mit der offensiveren Umweltbegegnung ist eine freundliche und positive Ausstrahlung verbunden. In dieser Kategorie sind sie im Trend des zeitlichen Verlaufes den Kontrollgruppenteilnehmern ebenfalls überlegen. Allein in der Kategorie „nimmt Anteil an den Vorgängen in der Umgebung“ hat sich die positive Umweltaneignung gegenüber dem Beginn bzw. Einzug verdreifacht. Die Kontrollgruppenteilnehmer hatten dagegen keine Entwicklung zu verzeichnen.

Der erheblich höhere Anteil an ihrer Umgebung macht sich darin bemerkbar, dass sie mehr lachen, mehr an gemeinsamen Tischrunden mit Essen, Singen oder anderen Beschäftigungen Anteil nehmen. Das führt uns zu der beobachteten Kategorie „Stimmung“.

### **Stimmung**

Die Beobachtung der Erscheinungsweisen wie „wirkt traurig/weinerlich“, „erscheint gut gelaunt“, „freut sich auf Besuche“ u.ä. konnten deutliche Verbesse-

rungen bei den Pflegeoasenbewohnern ermitteln. Die Werte erreichen einen als „gut“ zu bewertenden Bereich, der auch im Vergleich zu Bewohnern ohne kognitive Einschränkungen bestehen kann. Trotz des häufigen Bewohnerwechsels in den Pflegeoasen durch Versterben werden die guten Werte erreicht. Zum Ende des Beobachtungszeitraumes steigen die Werte weiter in den positiven Bereich.

Die Bewohner der Pflegeoasen erscheinen zunehmend emotional ausgeglichener und ruhiger. Gleichzeitig sind negative Äußerungen viel seltener wahrgenommen worden. Das bedeutet, dass sie seltener traurig erscheinen und Zeichen von Unwohlsein weder körperlich noch in der Mimik zeigen.

### **Verhaltensauffälligkeiten**

Auch im Stadium der Schwerstdemenz treten noch Verhaltensauffälligkeiten und störende Verhalten auf. Wenn auch in geringerem Umfang werden Zeichen von Unwohlsein, Unzufriedenheit, Ängsten und Äußerungen von Ärger geäußert.

In der Pflegeoase liegen solche Beobachtungen nur in geringem Ausmaß vor. Verhaltensauffälligkeiten sind in einem sehr geringen Niveau gemessen worden.

In der Kontrollgruppe sind solche Äußerungen in größerem Umfang aufgetreten, insgesamt jedoch auch noch in einem moderaten Ausmaß.

Manche bei Einzug in die Pflegeoase gezeigten Aggressionen gegenüber anderen Personen sind nicht mehr aufgetreten. Deutlich abgenommen haben Depressionen und Essstörungen. Die Beobachtungen beziehen sich auf einen Beobachtungsverlauf von 14 Tagen (NOSGER), bzw. vergangene vier Wochen (NPI).

Werden kürzere Beobachtungszeiträume herangezogen, treten zum Teil Schwankungen im Verhalten bei allen Teilnehmern auf. Erst die längere Beobachtungszeit macht die positiven Einflüsse der Oase auf die Bewohner sichtbar. Ähnliches trifft auch insgesamt auf das Wohlbefinden zu.

### **Wohlbefinden**

Ein wichtiger Indikator für das Empfinden von Wohlbefinden ist das Nicht-Auftreten von Schmerzen. Die Bewohner wiesen bei Einzug Merkmale von Unwohlsein und Schmerzen auf. Im Verlauf sank der Wert vorübergehend auf Null und stieg dann nur noch sehr gering an. Auch die Kontrollgruppe liegt in ihren Werten an der Ebene Null = keine gemessenen Schmerzempfinden.

Die Abwesenheit körperlicher Schmerzen oder Anzeichen hierfür sind die eine Seite für die Entstehung von Wohlbefinden. Die andere Seite umfasst die Messung der emotionalen Empfindungen wie Freude, Ärger / Zorn, Angst, Traurigkeit und Aufgeschlossenheit.

Der Wert „Freude“ nahm im Zeitverlauf in der Oase spürbar zu. Deren Bewohner empfanden stetig mehr an Freuden und äußerten diese auch. Auch der zweite positive Wert, die allgemeine Aufgeschlossenheit gegenüber Personen und Ereignissen stieg ebenfalls gegenüber dem Ausgangswert und ergänzt das Gesamtbild einer Verbesserung des Wohlbefindens in den Pflegeoasen. Die Kontrollgruppe hatte keine Verbesserungen in diesem Zeitraum erkennen lassen.

Die Wahl des Konzeptes „Pflegeoase“ darf an Hand der Ergebnisse als richtig angesehen werden. Gegenüber Vergleichsvorhaben waren im SSB anfänglich große Probleme in der Belegung zu verkraften. Eine Reihe von Bewohnern verstarb bereits nach sehr kurzer Wohndauer. Eine weitere Erschwernis resultierte aus den Vorbehalten von Angehörigen gegenüber den räumlichen Gegebenheiten in den Pflegeoasen. Der nicht räumlich getrennte Individualbereich wie auch die Geschlechtermischung hat bei Angehörigen zu Zurückhaltungen geführt. Nach Ablauf eines Jahres konnte dennoch eine gewisse Kontinuität festgestellt werden, die dann zu sehr ermutigenden Ergebnissen geführt hat.

Die Basis der positiven Effekte in den Pflegeoasen muss dem Personalkonzept zugeschrieben werden. Die Teambildung aus Fachpflege, Pflegehelfer/innen und Betreuungskräften aus der regelhaften Betreuung und besonders den zusätzlichen Betreuungskräften, den so genannten 87 b – Kräften, hatte sich im Zeitverlauf als gleichberechtigtes Arbeitsteam herausgebildet. Dies darf über das Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg hinaus als effiziente Organisationsstruktur angesehen werden.

Die Studie hat deutlich gezeigt, dass die besondere Betreuung schwerst demenziell erkrankter Menschen in „Pflegeoasen“ über ein hohes Rehabilitationspotenzial verfügt.

## 1. Einleitung

Seit Beginn der 2000er Jahre registrieren stationäre Einrichtungen einen Anstieg an demenziell erkrankten Bewohnern, die das Schwerststadium der Demenz erreichen. Bereits seit den 1990er Jahren ist eine höhere Nachfrage nach Pflegeheimplätzen zu verzeichnen. Die häusliche Pflege stößt vielerorts an ihre Grenzen, denn die Altersgrenzen haben sich nach oben verschoben: Die Menschen werden älter und erleben nun ebenso die Risiken des hohen Alters, gesundheitliche Einschränkungen wirken sich häufig gravierend aus und führen teilweise zu hohem Unterstützungsbedarf. Die Demenzerkrankungen haben hieran wiederum einen großen Anteil, die als eine der Ursachen für die Übersiedlung in ein Pflegeheim anzusehen sind. Diese müssen sich nun auf höhere Demenzanteile ihrer Bewohner einstellen und nach Konzepten suchen, Menschen mit Demenz adäquat zu betreuen. Mit Demenzanteilen von durchschnittlich 50 – 70 % und hieran Anteilen von 10 – 15 % schwerstdemenziell erkrankter Bewohner<sup>4</sup> führen in den stationären Einrichtungen zu Spannungen zwischen Bewohnern und zwischen Personal und Bewohnern, sodass die Organisation innerhalb der Einrichtungen neue Wege gehen muss.

Womit werden die Pflege- und Betreuungskräfte konfrontiert? Neuropsychiatrische Verhaltensstörungen wie Agitiertheit, Aggressivität, Apathie, depressive Symptome treten bei schwerer Demenz häufiger auf und sind stärker ausgeprägt als bei Menschen mit einer Demenz in einem geringeren Stadium.<sup>5</sup> Ebenso sind physische Abbauprozesse bei diesen Personen häufiger anzutreffen. Bei etwa 14 % der Bewohner in Pflegeeinrichtungen besteht eine erhebliche Immobilität, die zur Bettlägerigkeit geführt hat.<sup>6</sup> Weniger als eine Stunde verbringen die Betroffenen außerhalb des Bettes.

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Pflege ist mit den sich verkleinernden sozialen Netzwerken verbunden. Hochaltrigkeit, Demenzerkrankung und weitgehende Immobilität beeinflussen negativ Ausmaß und Qualität sozialer Beziehungen. Der 3. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2012) benennt weniger als 70% der Bewohner mit Immobilität, die ein ausreichendes Angebot an sozialer Betreuung bekommen<sup>7</sup>.

Die sozialen Bezugssysteme tragen zu einem erheblichen Anteil dazu bei, soziale Identitäten zu entwickeln und diese zu erhalten. Sie geben Bindungssi-

---

<sup>4</sup> MUG IV-Studie a.a.O.

<sup>5</sup> Schäufele u.a. 2007 in MUG IV-Studie

<sup>6</sup> Ebda.

<sup>7</sup> Nach Allerchen, P (2013): Brauchen wir aus Sicht der Pflegekasse neue Konzepte und Versorgungsstrukturen für Schwerstdemenzranke? In Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin a.a.O.

cherheit und üben einen trainierenden Effekt auf die eigenen Fähigkeiten aus. Das soziale Miteinander leitet Lernprozesse ein, die auch bei Verlusten kognitiver Leistungsfähigkeiten wirksam werden. Es sind nicht die klassischen Lernerebenen gemeint, sondern emotionale Interaktionsprozesse. Der Austauschprozess zwischen schwerstdemenzkranken Menschen und den Umgebungspersonen geschieht kommunikativ auf zuletzt nonverbaler Ebene.

Die Beobachtungen haben gezeigt, dass auf diese Weise soziale Beziehungen neu aufgebaut werden können<sup>8</sup>. Hierin liegt das Hauptziel kleiner Gemeinschaften wie sie Wohngemeinschaften oder nun auch Pflegeoasen darstellen.

### **1.1 Begriff Pflegeoasen**

Die Umsetzung von Pflegeoasen wird aktuell als konzeptionelle Weiterentwicklung der Betreuung pflegebedürftiger Menschen angesehen. Sie werden bisher stationär betrieben und folgen bei aller Verschiedenheit gewissen Grundprämissen. Diese lassen sich wiederum aus der Entwicklungslinie kommunitärer Wohnformen ableiten, insbesondere im Pflege- und Betreuungsbereich.

Es war bereits in den 1990er Jahren erkannt worden, dass kleine Wohn-Pflegeeinheiten einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Teilnehmer auslösen können. Diese Erfahrung wurde in größerem Umfang in stationären Einrichtungen aufgenommen und auf den Personenkreis demenziell erkrankter Menschen ausgedehnt<sup>9</sup>. Auch in ambulanter Variante konnten sich Wohngemeinschaften nennenswert verbreiten, so dass Anfang 2013 etwa 1.100 Wohngemeinschaften mit ambulanter Versorgung geschätzt wurden (Dettbarn-Reggentin, J: 03/2013). Aktuell dürfte die Zahl bei ca. 1.500 Wohngemeinschaften liegen.

Solange der Pflegebedarf nicht das Schwerstadium erreicht, sind Wohngruppen allgemein in Gruppengrößen von 4 bis 8 Bewohnern eine ideale Ergänzung zur individuellen Betreuung. Erst bei eingeschränkter Mobilität mit Bettlägerigkeit stoßen Wohngruppenkonzepte, wie sie bisher in Form von Wohn- und Hausgemeinschaften umgesetzt wurden, an ihre Grenzen. Welche Alternativen in der Schwerstpflge Demenzkranker werden umgesetzt?

1. Wohn- und Hausgemeinschaften mit wenigen (ein bis zwei) Schwerstpflgebedürftigen. Problem: Mobile Bewohner ziehen die Aufmerksamkeit auf sich und die Schwerstpflgebedürftigen bekommen weniger Betreuungsleistungen.

---

<sup>8</sup> Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (2014): Tagespflegeoase – Steigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation. Wissenschaftliche Begleitstudie zur Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus, Fürstzell, dem nächst unter [www.isgos.de](http://www.isgos.de)

<sup>9</sup> Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J(2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern.

Der Platzbedarf im Gemeinschaftsbereich ist zumeist nicht auf mehrere Personen mit Pflegesessel oder Pflegebett ausgelegt.

2. Demenzzentren in Wohnbereichsgröße mit Personen unterschiedlicher Demenzstadien. Probleme können wie zuvor beschrieben auftreten. Eigene Demenzbereiche werden auch als Domus-Prinzip umgesetzt, d.h. es werden besondere Vereinbarungen getroffen, die dann zu festgelegten Einschlusskriterien führen. Die Bewohner verändern sich jedoch häufig derart, dass eine weitere Versorgung in diesem Bereich nicht möglich ist.

3. Zimmerpflege mit erhöhter Besucherfrequenz. Problem: Es müssen alle Besucher mehrere Minuten anwesend bleiben, was bei manchen nicht möglich ist. Zudem müssen alle Besucher die Symptome der Demenz kennen und adäquat reagieren können. Das Alleinsein wird nicht wirklich durchbrochen.

4. Wohngruppen für ausschließlich Schwerstpflegebedürftige. Als Mehrpersonenraum auf Dauer oder auf Zeit bieten solche Konzepte eine kontinuierliche Begleitung bei hoher Personalpräsenz. Sie sind unter dem Begriff Pflegeoase oder Tagespflegeoase zusammengefasst<sup>10</sup>.

## 1.2 Pflegeziele in Pflegeoasen

Eine Pflegeoase besteht aus einem Mehrpersonenraum, dem zentralen Ort der Begegnung seiner Nutzer. Die klassische Variante besteht aus einem Mehrpersonenraum auf Dauer, in dem die Nutzer Tag und Nacht gemeinsam verbringen. Er wurde und wird von Kritikern dieses Konzepts als Mehrbettzimmer bezeichnet in Erinnerung an die pflegerische Versorgung der 1950 und 1960er Jahre. In diesen Versorgungstypen stand das Bett im Mittelpunkt der Betreuung und somit seine Funktion als Lebensort und Pflegebereich. Die Funktionspflege war die vorrangige Tätigkeit.

Mit dem Mehrpersonenraum sollte keine Ableitung aus den vergangenen Zeiten erfolgen. Vielmehr werden die Person und ihre soziale Seite in den Vordergrund gerückt. Daher wird dieser Raum als Mehrpersonenraum bezeichnet und das angestrebte Miteinander der Personen in diesem Raum als Pflege sozialer Beziehungen oder als Bezugspflege bezeichnet.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Definition siehe auch: Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (2014): a.a.O. S 30f

<sup>11</sup> Dettbarn-Reggentin, J (2008): Die Pflegeoase – ein geeigneter Lebensraum bei schweren Erkrankungen (Teil I) In: CAREkonkret Nr. 38, S. 7

Das Pflegeziel liegt nun nicht mehr allein auf der Erhaltung der körperlichen Funktionen, sondern die primäre Ausrichtung zielt auf die Anregung von Kommunikation, Schaffung und Erhaltung persönlicher sozialer Beziehungen sowie der Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit. Zusammenfassend als Schaffung von Wohlbefinden und somit Lebensqualität wird die Förderung der Kommunikation zum Schlüsselzugang zu den Bewohnern im Schwerstdeemenzstadium.

Die Aufgabe der Pflege(-einrichtung) liegt in der Bereitstellung der hierfür notwendigen personellen und räumlichen Strukturen, die das Umgebungsmilieu bilden.

### **1.3 Stand der Forschungen zu Pflegeoasen**

Die Arbeiten zur Wirkung der Versorgungsform „Pflegeoase“ sind bisher als Abschlussberichte von Begleitstudien einzelner Oasenprojekte veröffentlicht worden.

Demgemäß liegt eine Reihe von Einzelstudien vor, die jeweils auf eine Stichprobengröße von nur geringer Zahl basieren. Pflegeoasen nehmen maximal 8 Bewohner auf. Begleitstudien über einen Zeitraum von ca. 1,5 Jahren müssen mit häufigem Wechsel der Bewohner rechnen, so dass Längsschnittstudien nur schwer durchführbar sind. Aufgrund der kleinen Ausgangsstichprobe und dem mehrmaligem Wechsel der Bewohner ist Geduld und Engagement seitens der Forscher gefragt. Zudem sind Veröffentlichungen von Verhaltensverläufen bei derart kleinen Gruppen genau genommen nur als Einzelverläufe sinnvoll. Dies verstößt jedoch bei enger Auslegung gegen die Datenschutzbestimmungen, da anhand einzelner Daten Rückschlüsse auf die dargestellte Person möglich sind, auch bei Verschlüsselung der Namen.

Die ISGOS - Begleitstudien haben deshalb in ihrer Darstellung ganz überwiegend Mittelwerte berücksichtigt, um die genannten Probleme zu vermeiden. Das ist dann vertretbar, wenn die Einzelwerte keine großen Abweichungen hiervon aufweisen. Auch in diesem Bericht der Pflegeoasen des SSB ist dies der Fall.

Die bisher veröffentlichten Berichte setzen in der Darstellung zwar vorrangig (Rutenkröger u.a. 2012) oder ausschließlich (Brandenburg u.a.) Summenwerte oder Mittelwerte ein, im Einzelfall werden jedoch auch Bewohner im Einzelnen in ihren Verläufen (anonym) dargestellt (Rutenkröger et.al. 2008, Schuhmacher/Klie 2011).

Einen ersten Überblick über den Forschungsstand verschaffen die Veröffentlichungen von Brandenburg, H/Adam-Paffrath, R (Hrsg.) (2013) „Pflegeoasen in Deutschland: Forschungs- und Handlungsrelevante Perspektiven zu einem

Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz“ und Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (Hrsg.) (2013): „Die Pflegeoase - entscheiden, aufbauen, optimieren“. Deshalb wird hier auf eine ausführliche Darstellung verzichtet.

Die zusammengetragenen Ergebnisse lassen trotz unterschiedlicher Methodiken den Schluss positiver Wirkungen von Mehrpersonenräumen auf deren Nutzer zu. Ein positives Resümee zur Wirkung von Pflegeoasen wird zusammenfassend auch von Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (unter [www.isgos.de](http://www.isgos.de) abrufbar) in den Begleitstudien zu den Pflegeoasen in Garching a.d.A. und in Fürstencell (Tagespflegeoase) gezogen. Inwieweit dieser Trend auch im SSB nachzuvollziehen ist, wird die Darstellung in diesem Bericht zeigen.

#### **1.4 Lebensqualität und das Konzept der Kommunikation**

Die bisherigen Begleitstudien zu Pflegeoasen suchen primär nach Anzeichen für Wohlbefinden und Lebensqualität. Dabei werden Ausrichtungen auf die Zugänge zu den Umweltressourcen ebenso wie subjektive Wahrnehmung und Ansprüche sowie Zufriedenheiten zugrunde gelegt. In relativ kleinen qualitativ angelegten Begleitstudien müssen die konzeptionellen Rahmen begrenzt bleiben. So werden Einschätzungen zum Wohlbefinden sich stärker an Äußerungen orientieren, die als Reaktion auf Ereignisse, persönlicher Ansprache, Berührung und das soziale Erleben erfolgen. Die subjektive Seite kommt bei dem vorgefundenen Personenkreis stärker in den Blick. Hier wiederum sind es Alltagssituationen, die den Lebensradius der Bewohnergruppe mit schwerster Demenz und weitgehender Immobilität bestimmen.

Den Hintergrund für die Bewertung von Wohlbefinden bilden die persönlichen Ressourcen von Menschen im Schwerststadium der Demenz mit einem umfassenden Unterstützungsbedarf bei allen alltagsverrichtenden Tätigkeiten.

Eines der bedeutendsten Merkmale von Lebensqualität liegt in der (Selbst-) Bestimmung über die vorgenommenen Handlungen wie zum Beispiel der Aufnahme von nonverbal oder stark reduzierten verbal geführten Gesprächen und der Selbstbestimmung über den Beginn und die Beendigung der Kommunikation. Die Voraussetzung für die Gesprächshandlungen sind Gesprächspartner. Daher wird in dieser Studie, wie auch bereits in der Studie zur Tagespflegeoase in Fürstencell (Reggentin u.a. 2014) der Blick auf die sozialen Netze und ihre Qualität gelegt.

Den Gesamtrahmen bildet jedoch wie auch in früheren ISGOS-Studien zu Pflegeoasen das Lebensqualitätskonzept, wie es von Lawton (1996) dargestellt und in der H.I.L.D.E – Studie weiterentwickelt wurde. Der nach Dimensionen gegliederte Bezugsrahmen umfasst:



- Räumliche Umwelt
- Betreuungsqualität
- Verhaltenskompetenz
- Medizinisch funktionaler Status
- Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit.(eine Übersicht in Reggentin 2014, S. 19)

Hervorgehoben wird der zentrale Aspekt der Kommunikation für die Alltagsgestaltung wie auch für die Alltagsbewältigung der Menschen mit Beeinträchtigung. Der Austausch mit anderen Personen kann dann gelingen, wenn die Umweltbedingungen (Strukturen) für eine Kommunikation geeignet bzw. förderlich sind. Inwieweit dies Einfluss auf das Wohlbefinden, die Stimmung und das Sozialverhalten nimmt, wird in der Darstellung aufgenommen (Kap. 4).

## **2. Entstehung der Pflegeoasen im Seniorenzentrum**

Das Seniorenzentrum der Sozialstiftung in Bamberg - SSB - versorgt ca. 266 pflegebedürftige Menschen, darunter etwa 50% Demenzkranke in unterschiedlichen Stadien der Demenz. Die hohe Anzahl der Bewohner bedingt ein differenziertes Angebot an Versorgungsleistungen. Mit der Gestaltung des Demenzzentrums im Antonistift mit seiner besonderen Betreuungsleistung wurde für die demenzkranken Menschen in dieser Einrichtung ein Umfeld gestaltet, das ihren Bedürfnissen entsprechen soll.

In allen drei Häusern wurden seit 2009 Pflegeoasen eingerichtet, eine Betreuungsform für schwerstdemenzkranken Bewohner nach dem Vorbild der Schweizer Senioreneinrichtung Sonnweid.

Die Konzeption folgte dem Prinzip des Mehrpersonenraumes. Menschen mit Schwerstdemenz soll das Erleben von Gemeinschaft ermöglicht werden. In der Versorgung im Einzel- oder Doppelzimmer wird die Gefahr der Vereinsamung gesehen, deshalb sollen über den Tag aber auch in der Nacht die Bewohner das Gespür von Nähe zu anderen Personen bekommen.

Die Betreuung in den Pflegeoasen wird biografiebezogen und tagesstrukturiert geleistet. Anregende Beschäftigung mit trainierenden Aktivitäten setzen an den Fähigkeiten der einzelnen Bewohner an.

Diese Bewohner sind ganz überwiegend in ihrer Mobilität eingeschränkt und benötigen Hilfen in allen alltagsverrichtenden Tätigkeiten. Die Raumgestaltung wurde in der Größe ähnlich der von Doppelzimmern ausgelegt. Trennwände sind jedoch nicht eingezogen, die Bewohnerplätze sind durch Sichtschutz bei Bedarf voneinander abgeschirmt.

### **2.1 Einrichtungen der Pflegeoasen**

Nur wenige Monate nach der Ersteröffnung der Pflegeoase im Haus Wiesengrund (W3) im Jahr 2009 im Bereich des neu geschaffenen Demenzzentrums wurden auch im Bürgerspital sieben Oasenplätze geschaffen, Sie verteilten sich auf zwei sehr große Räume mit je drei bzw. vier Bewohnern. Die beiden Räume waren miteinander direkt verbunden. Jeder der beiden Einheiten war ein eigener Sanitärbereich zugeordnet. Die Lage der Oase im Bürgerstift war jedoch nicht unproblematisch. Am Ende eines Wohnbereiches mit ca.70 m Flurlänge gelegen, konnte die Versorgung nur mit einer Präsenzkraft mit ständiger Anwesenheit gelingen. Was wiederum eine kontinuierliche Vollbelegung voraussetzte, da sonst das hierfür vorgesehene Personal die anderen Bewohner des Wohnbereiches mitversorgen muss. Da dies auf Dauer nicht umsetzbar war, musste die Pflegeoase geschlossen werden.

Somit waren zu Beginn des Jahres 2013 noch 13 Pflegeplätze in den Pflegeoasen im Antonistift Haus Wiesengrund (5 Bewohner) und im Haus Altenburgblick auf zwei Ebenen mit je 4 Plätzen verfügbar.

Der Kern des Konzeptes liegt darin, die in der Regel völlig immobilen Bewohner zusammen zu bringen und sie gemeinsam über den Tag mit einem anregenden Betreuungskonzept zu fördern. Auch über den Tag hinaus soll die Nähe der Mitbewohner spürbar bleiben. Die Räume sind so gestaltet, dass sie den Wohn- Schlafbereich zu den Mitbewohnern öffnen, so dass sie sich gegenseitig wahrnehmen können.

Eine grundlegende Zielsetzung im Seniorenzentrum Bamberg liegt, ganz ähnlich wie in anderen Oasen auch, in der Minderung von Ängsten und in der Vermeidung von Einsamkeit, wie sie im Einzelzimmer oder im Doppelzimmer auftreten können. Über Tag wird das Miteinander durch gemeinsame Tagesgestaltungen im eigens für diese Bewohnergruppe geschaffenen gemeinschaftlichen Bereich durchgeführt. Die Pflege- und Betreuungskräfte haben so alle im Blick und die Bewohner bekommen das Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens.

## **2.2 Zielgruppe für die Pflegeoasen**

Entsprechend der konzeptionellen Vorgaben werden in erster Linie Personen mit folgenden Voraussetzungen aufgenommen:

- Vorwiegend Bewohner des Hauses bzw. der Häuser SSB schwerstpflegebedürftig und mit weit fortgeschrittener Demenz
- Personen mit stark eingeschränkter Kommunikation und verbal nicht mehr sprachfähig
- von Vereinsamung bedroht
- dauerhaft immobil

Ausgeschlossen werden Personen in der Sterbephase und Personen, die als nicht gruppenfähig einzuschätzen sind z.B. aufgrund ihres Verhaltens.

Es wurde auf die Vorgabe harter Kriterien, wie etwa Demenzstadium nach MMSE-Werten oder Fähigkeiten der Alltagsgestaltung nach dem Barthel-Index, verzichtet. Das lässt einen kleinen Spielraum in der Belegung frei werdender Plätze zu.

### **2.3 Personelle Ausstattung**

Es wird eine hohe Präsenzzeit angestrebt aber keine Dauerpräsenz (keine Intensivstation). Eine Pflegefachkraft ist stets erreichbar, muss aber nicht immer anwesend sein. Die Nachtwachen der Häuser erfassen die Pflegeoasenbewohner mit besonderer Aufmerksamkeit. Die Personalbesetzung liegt über der erforderlichen Fachkraftquote. Ein/e Mitarbeiter/in ist jeweils als Gerontopsychiatrische Fachkraft qualifiziert.

Ergänzt wird das Pflorgeteam durch Betreuungskräfte, wie sie nach SGB XI § 87b einsetzbar sind. Hiervon profitieren die Bewohner der Pflegeoasen. Regelmäßige Betreuungs- und Aktivierungsleistungen schaffen zusätzliche Personalpräsenz.

### **2.4 Räumliche Anforderungen**

Mit der räumlichen Organisation überschreitet die SSB die Vorgaben des Pflege- und Wohnqualitätsgesetz Bayern und seiner Ausführungsverordnung. Die Umsetzung des Konzeptes „Pflegeoasen“ bedarf daher einer Ausnahme genehmigung, wie sie im Pflege- und Wohnqualitätsgesetz in Art. 17 „Erprobungsregel, Ausnahmeregel“ ausgeführt ist.

Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn die Bewohnerzimmer nicht abgegrenzt von anderen Bewohnerzimmern sind. Oder Mehrpersonenräume mehr als zwei Personen aufnehmen oder die Raumgrößen unterhalb der Mindestgrößen nach der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes Bayerns liegen.

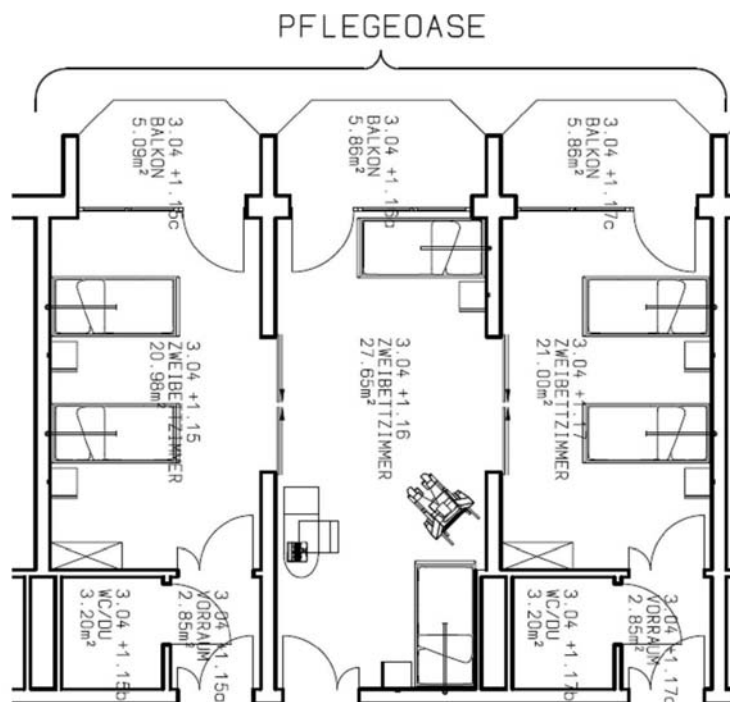


Abb. 1: Grundriss Pflegeoase Wiesengrund W3. Das Bett im mittleren Zimmer am Balkon wurde nicht aufgestellt. Stattdessen ist hier der Gemeinschaftsbereich

Die Pflegeoase im SSB Haus Wiesengrund 3 bietet Platz für 5 Bewohner auf einer Gesamtfläche von 69 qm. Es stehen zwei Bäder mit Du, WC und Waschbecken zur Verfügung



Abb.: 2: Pflegeoase Wiesengrund W3, Schiebetüren trennen 2 BW vom übrigen Raum

Fest montierte Raumteiler schaffen die notwendige Intimsphäre für die Bewohner. Mit der Zusammenlegung von drei Zimmern wird ein großer Raum mit mehr als 60 qm Größe geschaffen.

Auf dem Grundriss sind noch sechs Pflegeplätze enthalten. Ein Pflegeplatz im Mittelteil am Fenster wurde zugunsten eines Gemeinschaftsbereiches aufgegeben. Die Balkone sind direkt vom Raum aus erreichbar.

#### Haus Altenburgblick

Die beiden Pflegeoasen im Haus Altenburgblick (Abb. 3 und 4) sind baugleich und bieten mit jeweils rd. 54 qm Platz für je 4 Bewohner. Die Pflegeoasen verfügen beide über eine kleine Küchenzeile und ein Bad mit Du, WC und Waschbecken.

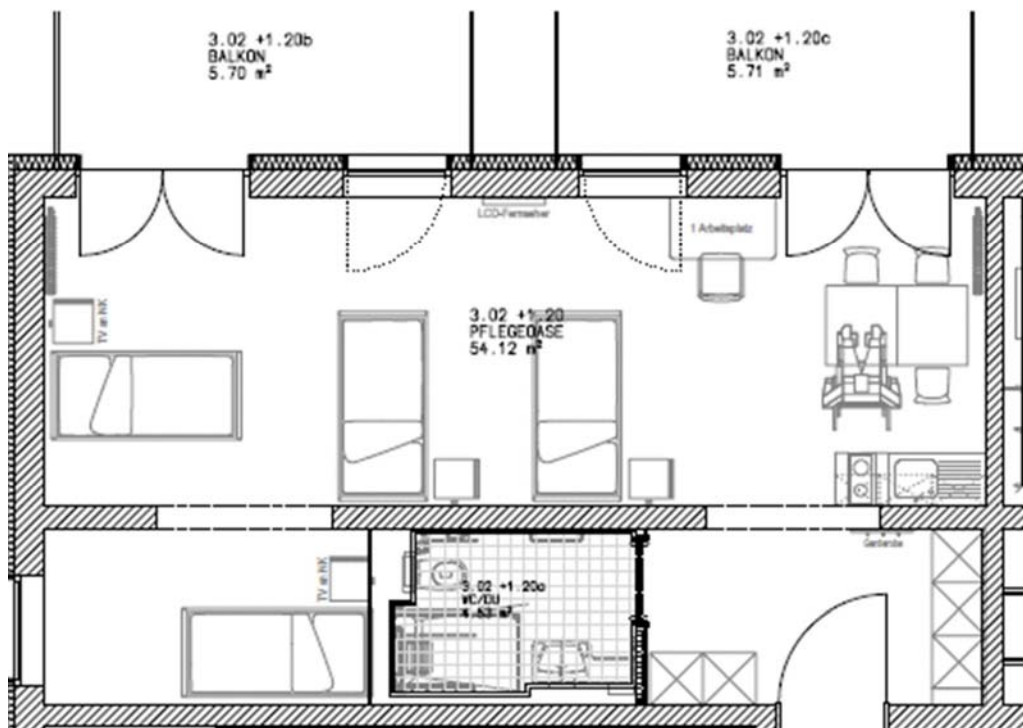


Abb. 3: Pflegeoasen Grundriss OG und 2.OG Haus Altenburgblick



Abb. 4: Blick in die Pflegeoase Altenburgblick mit der digital steuerbaren Beleuchtung

Die Abtrennung der Bewohnerplätze untereinander wird mittels Vorhängen ermöglicht. Sie fungieren als Raumteiler. Auf der Abbildung 4 sind die Vorhänge aufgezogen aber noch erkennbar.

Die Beleuchtung lässt sich digital steuern und folgt in seiner qualitativen Zusammensetzung dem Tageslicht. Es soll damit erreicht werden, dass der circadiane Rhythmus der Bewohner und somit der Schlaf- Wachrhythmus erhalten bleibt.

Über den Betten ist bei Dunkelheit ein Sternenhimmel zu sehen. Energetisch über Tag aufgeladene Mineralien strahlen ihre Energie bei Dunkelheit wieder ab.

Die besondere Lichtgestaltung und auch die Lage der Räume schaffen tagsüber Beleuchtungsstärken von mehr als 1.000 Lux.

Vor den Räumen angebrachte Balkone sind direkt erreichbar.



Abb. 5: Haus Altenburgblick mit den Balkonen der Pflegeoase



Abb.: 6 Außenbereich vor den Pflegeoasen Haus Altenburgblick



## **2.5 Ablauf: Wie konnte das Konzept „Pflegeoase“ in den Häusern etabliert werden?**

Der Verlauf der Pflegeoasen kann in drei Phasen zusammengefasst werden.

### **1. Findungsphase**

Das Konzept musste den einbezogenen Pflegekräften vermittelt werden. Angehörige und Betreuer mussten von der erwarteten positiven Wirkung überzeugt und zur Zustimmung zum Einzug ihrer pflegebedürftigen Angehörigen bewegt werden. Den Ablauf, die vorgesehenen Präsenzzeiten und die Aufgabenverteilung galt es nun organisatorisch umzusetzen.

In diesen Zeitraum fällt die Auflösung der Pflegeoase im Bürgerstift, da nicht immer die sieben Plätze belegt werden konnten und die baulichen Strukturen in dem historischen Altbau mit den sehr langen Wegen eine Überforderung des Personals bedeutete.

Der Mangel an Zustimmung von Angehörigen zum Einzug in die Pflegeoasen im Antoniusstift Haus Wiesengrund und im Haus Altenburgblick löste eine Diskussion um den Weiterbetrieb der drei weiteren Pflegeoasen aus.

### **2. Klärungsphase**

Es werden verstärkt Anstrengungen unternommen, die Plätze zu belegen. Zudem sind personelle Zuordnungen und Verantwortungen für die Oasen aufgestellt worden. Als Problem hat sich in diesem Zeitraum weiterhin die Belegung erwiesen. Die sehr kurze Wohndauer neu eingezogener Bewohner hat das Oasenprojekt immer wieder zurückgeworfen. Eine Wirkung des Zusammenlebens und der gemeinsamen Alltagsgestaltung konnte sich naturgemäß nicht entwickeln. In der Folge konnte auch kein personelles Bezugssystem umgesetzt werden, da die Belegung immer wieder veränderte Zusammensetzungen oder nur eine Teilbesetzung der vorhandenen Plätze zuließ.

### **3. Konsolidierungsphase**

Nach etwa einem Jahr Begleitung der Pflegeoasen stellte sich zunächst in der Pflegeoase Wiesengrund 3 eine gewisse Kontinuität in der Wohndauer der Bewohner ein. Zunächst vier Bewohner und zuletzt die Belegung aller fünf Plätze ermöglichte nun die erhoffte Stabilisierung in den Abläufen, Tagesstrukturierungen und personellen Kontinuitäten.

Der regelmäßige Einsatz von Betreuungskräften zeigte Wirkung. Die Bewohner entwickelten auffällig positive Hinwendungen zu ihren Mitbewohnern. Die freundliche Stimmung der Bewohner in der Pflegeoase entwickelte sich. Die

geschlechtliche Zusammensetzung von zwei Frauen und drei Männern beeinflusst die Atmosphäre in der kleinen Gemeinschaft positiv.

Die Pflegeoasen im Haus Altenburgblick hatten bis zum Herbst 2013 wenig und zudem ständig wechselnde Bewohner. Fast parallel zum Haus Wiesengrund konnte dann die eine der beiden Pflegeoasen im Haus Altenburgblick voll belegt werden. Ansätze der gegenseitigen Wahrnehmung verstärkten sich und der gemeinsame Tagesablauf förderte auch die Stimmung. In der zweiten Oase im Haus Altenburgblick wurden Personen nach Krankenhausaufenthalt aufgenommen oder Neueinzüge mit entsprechenden Voraussetzungen im Hinblick auf die Einschlusskriterien für die Pflegeoase (Zielgruppe). Die Oasenfunktion lag hier stärker in der Rehabilitation der Neueinzüge - mit sehr guten Ergebnissen- und hatte den Charakter des Probewohnens. Die eigentliche Funktion der Pflegeoase kam hier bisher nur schwach zur Ausprägung.

### 3. Methodisches Vorgehen der Begleitforschung

Die Umsetzung der Pflegeoasen im SSB erfolgte räumlich abweichend von den Anforderungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) Bayerns. In der Verordnung zur Ausführung des PleWoqG sind bauliche Mindestanforderungen formuliert. So ist u.a. nach § 4 *Wohnplätze* die Anzahl der Nutzer je Wohnplatz begrenzt. Wohnplätze für mehr als 2 Personen sind nicht zulässig und in § 8 sind die Anforderungen an die Anzahl und Ausstattung an *Sanitäre Anlage* enthalten, die sich auf Wohnplätze beziehen und im Hinblick auf die Gestaltung von Pflegeoasen entsprechend angepasst werden müssen. Ebenso werden Telekommunikations- und Rufanlagen anders bewertet, da die Bewohner von Pflegeoasen aufgrund ihres gesundheitlichen Status diese nicht mehr nutzen können.

Die im Wege der Befreiung ermöglichten baulich-gestalterischen Umsetzungen von Pflegeoasen sind als Einflussfaktoren in die Beobachtungen der Begleitforschung einbezogen worden. Somit sind objektive Kriterien wie auch subjektive Voraussetzungen der Nutzerinnen und Nutzer Gegenstand der Beobachtungen geworden.

#### 3.1 Fragestellungen

Mit der im Oktober 2012 begonnenen Begleitforschung sollte herausgefunden werden, ob die Konzeption „Pflegeoase“ im Vergleich zur „Normalversorgung“ auf der Station positive Effekte auf die Oasenbewohner ausübt und so zur Stärkung des Wohlbefindens der Bewohner beiträgt.

#### Forschungsfragen

Die allgemeine Zielsetzung der Studie hatte folgende Ausgangsfragen:

- Ist das vorgesehene Konzept geeignet, die Bewohner zu erreichen und ihr subjektives Erleben zu fördern?
- Welche Verfahren und Therapien haben sich in der Betreuung bewährt?
- Wie wirken sich die Umweltfaktoren (Gestaltung und Gemeinschaft, soziale Beziehungen und Netzwerke) auf das Wohlbefinden der Bewohner aus?
- Sind die räumlichen Gegebenheiten für die Pflege und Betreuung geeignet?

Das Konzept der Begleitforschung (Evaluation) war darauf ausgerichtet, in mehreren Erhebungszeitpunkten in Abständen von ca. 3 - 4 Monaten Vergleichsdaten der Oasenbewohner und Daten einer Kontrollgruppe mit vergleichbaren Merkmalen der Erkrankung Demenz zu erheben (Kontrollgruppenvergleichsstudie im Längsschnittdesign). Die Studiendauer betrug insgesamt 18 Monate einschließlich einer dreimonatlichen Verlängerung. Die verwendeten Erhebungsinstrumente waren bereits in vorherigen wie auch noch laufenden Studien zu Pflegeoasen eingesetzt worden und ermöglichen Vergleiche zu anderen Pflegeoasen. Weitere Vergleichsdaten wurden den zuvor durchgeführten Begleitstudien von Pflegeoasen entnommen.

Mit den eingesetzten Assessments sollten Antworten auf die genannten Fragen gefunden werden. Zentrale Bedeutung hatten Beobachtungen zum Einfluss des sozialen Milieus, seiner Kommunikationsstrukturen und Netzwerkqualität. Die Wirkung kleiner Gemeinschaften auf seine einzelnen Mitglieder wird in der zugrunde liegenden Forschungshypothese als förderlich angenommen.

Die erhobenen Daten umfassten:

1. Die soziodemografischen Daten der Studienteilnehmer (Bewohner) wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Herkunft, Angehörige und Sozialkontakte.
2. Der gesundheitliche 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 Sozialverhalten und Verhaltensstörungen

Die Erhebungen wurden durch das Personal per standardisierte Fragebögen durchgeführt und parallel durch das ISGOS mittels Beobachtungen kontrolliert.

In der Zusammenfassung werden anhand der Daten aus den eingesetzten Assessments die Aspekte

- das subjektive Erleben und die emotionale Befindlichkeit der Bewohner (AARS, NOSGER), das soziale Verhalten (NOSGER)
- das affektive Verhalten und Verhaltensauffälligkeiten (NPI, NOSGER)
- die Lebensqualität (QUALID) bewertet.

Da die Erhebungsinstrumente unterschiedliche Zeiträume und Zeitdauern von Empfindungen und Erleben berücksichtigen, können kurze Effekte von länger andauerndem emotionalem Befinden unterschieden werden.

Die besonderen Fragestellungen richten sich an die Erlebensfähigkeiten der Bewohner und ihre Beeinflussbarkeit:

- Welche Entwicklungen sind bei den Bewohnern in den Pflegeoasen beobachtbar?
- Was kann Bewohner mit schwerster Pflegebedürftigkeit und einer Demenz im Schwerststadium anregen, am Alltagsleben teilzuhaben, Freude zu empfinden und auf Mitbewohner freundlich zu reagieren?

### 3.2 Quantitative Datenerhebungen der Bewohner

In der Übersicht werden die eingesetzten Instrumente zusammengefasst. Sie zeigt an Hand der Dimensionen zugleich den Bezugsrahmen auf.

Dimensionen	Methode	Instrumente
<b>Soziale Umwelt</b> Art und Struktur sozialer Kontakte	Standardisierte Fragebögen	Biografiebogen Konzentrische Kreise von Kahn und Antonucci
<b>Medizinischer Status</b> Allgemeinzustand Kognitiver Status Verhaltensauffälligkeiten Störendes Verhalten Schmerz	Standardisierte Fragebögen	Biografiebogen (ISGOS) Reisberg-Skala NPI NOSGER BESD
<b>Verhaltenskompetenz</b> ADL / IADL Verbale Fähigkeiten	Standardisierte Fragebögen	Biografiebogen (ISGOS) Barthel-Index
<b>Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit</b> Stimmung Soziales Verhalten Lebensqualität/Wohlbefinden	Standardisierte Fragebögen	NOSGER Qualid AARS Beobachtungsprotokolle Fotodokumentation
<b>Räumliche Umwelt</b>	Messungen durch das Forschungspersonal mit unterschiedlichen Messgeräten	Lichtmessung, Luftfeuchtigkeit Temperatur, Akustik, Fotodokumentation

Tab. 1 Eingesetzte Verfahren

## **Kurzbeschreibung der Erhebungsinstrumente**

**Barthel Index:** Messung von 10 Alltagsaktivitäten durch Fremdeinschätzung: Gemessen wird nach dem Grad der Selbstständigkeit Essen einnehmen, Transfers, sich Waschen, Toilettengang, Baden können, Gehen können, Treppen steigen, Ankleiden, Stuhl- und Harnkontrolle. Die Vorlage wurde dem Hamburger Einstufungsmanuell entnommen. Bei völliger Selbstständigkeit können 100 Punkte erreicht werden. Die Zielgruppe der Pflegeoase erreicht im Durchschnitt bis zu 10 Punkte.

**Reisberg-Skala:** Beurteilung des Stadiums der Demenz durch Fremdeinschätzung. Da die demenzkranken Bewohner nicht mehr selbst befragt werden können wird eine Einschätzung nach den Abstufungen der Demenzverläufe vorgenommen. Die Reisberg-Skala enthält sieben Stufen. Die Stufe eins bedeutet keine kognitiven Einschränkungen, die Stufe sechs dagegen schwere und die Stufe sieben sehr schwere Demenz.

**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 Punkten 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 des Bewohnerverhaltens 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.

**AARS** Apparent Affect Rating Scale: Fünf Ausdrucksformen werden beobachtet Freude, Angst, Zorn, Traurigkeit und allgemeines Wohlbefinden. Anhand der Mimik und Lautäußerung wie auch an Körperbewegungen wird die Stimmung aufgezeichnet. Dabei wird die Häufigkeit und Dauer der Äußerung festgehalten.

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

Zusammenstellung der Erhebungsinstrumente nach Beobachtungsdauer

<b>BESD</b>	2 Minuten
<b>AARS</b>	10 Minuten
<b>QUALID</b>	vergangene Woche
<b>NOSGER</b>	vergangene 2 Wochen
<b>NPI-Q</b>	vergangene 4 Wochen
<b>Reisberg-Skala</b>	Zu Beginn zur Feststellung der Einschlusskriterien
<b>Barthel-Index</b>	Zu Beginn zur Feststellung der Einschlusskriterien
<b>Biografiebogen</b> enthält Gesundheitsdaten und Sozialdaten	24 Items zu Beginn, mit reduziertem Umfang in den Befragungswellen u.a. Veränderungen im persönlichen sozialen Netzwerk ca. alle 3 - 4 Monate Erhebung T1 bis T3

Tab.: 2 Erhebungsinstrumente nach Beobachtungsdauer

Im Stadium schwerster Demenz und erheblichen Einschränkungen in der Mobilität sind die eingesetzten Assessments Barthel-Index und Reisbergkala (wie auch das sonst üblich eingesetzte MMSE) für die Verlaufskontrolle nicht geeignet, da sie in diesem Stadium zu ungenau messen. Entwicklungsverläufe müssen über die teilnehmende Beobachtung gewonnen bzw. ergänzt und kontrolliert werden.

### 3.3 Teilnehmende Beobachtungen

Parallel zu den erhobenen Daten mittels der beschriebenen Assessments wurde die offene teilnehmende Beobachtung durchgeführt. Die teilnehmenden Bewohner nahmen die Beobachter als Teil des sozialen Umfelds wahr, ohne dass diese in das Geschehen aktiv eingriffen. Das Pflegepersonal und soweit



vorhanden, die Angehörigen, waren über die Rolle der wissenschaftlichen Begleitung informiert.

Die begleitenden Beobachtungen wurden durch das ISGOS jeweils mit zwei Personen vorgenommen. Sie dienten der Kontrolle der Daten wie auch der ergänzenden Ermittlung des Wohlbefindens der Bewohner in unterschiedlichen Alltagsszenarien wie Ruhe, Essen, Aktivierung, Gemeinschaftsaktivitäten, Teilnahme an Veranstaltungen des Hauses, Verhalten gegenüber externen Besuchern und dem Personal.

Die Beobachtung erfolgte zum einen unsystematisch durch Aufnahme der Verhalten und Reaktion über die Protokollierung von Mimik und Gestik und zum anderen systematisch mit dem Assessment AARS, ebenfalls durch Festhalten unterschiedlicher Affekte.

Die Beobachtung erfolgte jeweils während der Früh- und Spätschicht. Der Beobachtungsraum war primär der Gemeinschaftsbereich der Probanden. Die Ergebnisse wurden mit dem Personal besprochen und die Entwicklung der einzelnen teilnehmenden Bewohner nochmals aus Sicht des Personals festgehalten. Mit dem Methodenmix wie auch den differenzierten Beobachtungszeiträumen von 2 Minuten bis zu 4 Wochen konnten Verhaltensänderungen über einen längeren Zeitraum von kurzen Stimmungsschwankungen unterschieden werden. Des Weiteren wurden zu den Aktivitäten der Bewohner und deren Veränderungen die Betreuungskräfte und die Wohnbereichsleitungen der Pflegeoasen interviewt.

### **3.4 Raum und Gestaltung**

Neben der sozialen Umwelt und seiner Teilhabe bildet die räumliche Umwelt die strukturelle Voraussetzung für Teilhabe. Anders jedoch als bei mobilen Personen mit minder starker demenzieller Erkrankung kann die Bewertung der Gegebenheiten nicht direkt erfragt werden. Es muss durch Beobachtung eingeschätzt werden, welche Umweltstrukturen für die Alltagsgestaltung und der Orientierung in Raum und Zeit unterstützend wirken.

Die in Kap. 2.4 *Räumliche Anforderungen* beschriebenen gestalterischen Gegebenheiten wurden auf ihre Nutzung und strukturelle Funktionalität während des Tagesablaufes bewertet.

Standardisierte Verfahren der Beobachtung objektiver Umweltmerkmale sind in ihren überwiegenden Teilen nicht auf Personen mit Schwerstdemenz und geringer bis fehlender Mobilität ausgerichtet. Es wird erwartet, dass Personen sich äußern können und auch eine ausreichende Mobilität besitzen, die gewünsch-

ten Räume selbst aufzusuchen und nutzen zu können. Bewohnern von Pflegeoasen fehlt diese Selbstständigkeit. Sie muss von den Pflegenden „erahnt“ werden. Daher müssen Reaktionen auf die Umwelt gedeutet und als fördernd oder hemmend für die Aufnahme von Umweltbeziehungen eingeschätzt werden. Die Bewertung der objektiv bestehenden Umweltfaktoren wurde nicht direkt mit einem Screening vorgenommen, sondern Kategorien hieraus aufgenommen. Objektive bestehende Umweltfaktoren werden zum Beispiel mit einem Screening-Instrument erfasst, wie es Sloane u.a. (2002) entwickelt haben. Das Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes -TESS - NH- stellt ein Instrument zur Beobachtung von Einrichtungen und Wohnbereichen dar. Hiermit werden Umweltmerkmale erfasst, die auf die Lebensqualität der Bewohner Einfluss nehmen. Da diese Darstellung nicht speziell auf die besondere Betreuungsform „Pflegeoasen“ ausgerichtet ist, bildet dieses Instrument nur den Leitfaden für eine Einschätzung der Einflussnahme der objektiven Umwelt. Folgende Bereiche wurden aus dem TESS - NH aufgenommen:

<b>Gesamtskala</b>	<b>Subskalen</b>
<b>Sicherheit</b>	Ausgangskontrolle Instandhaltung <b>Sauberkeit</b> <b>Sicherheit</b>
<b>Orientierung</b>	<b>Orientierung / Hinweise</b>
<b>Privatheit und Autonomie</b>	<b>Privatheit</b> Wohnbereichsautonomie <b>Zugang zu Außenbereichen</b> <b>Beleuchtung</b> <b>Lärm</b> <b>Visuelle taktile Stimulation</b>
<b>Soziales Milieu</b>	<b>Räumlichkeit</b>
<b>Allgemeine Einschätzung der physikalischen Umwelt</b>	<b>Bewertung der Gesamterscheinung</b>

Tab. 3: Nach Sloane u.a. Darstellung in Anlehnung an H.I.L.D.E 2006 ff

Wenn auch die Skala generell bei Pflegeoasen nicht einsetzbar ist, können die Subskalen dazu dienen, wesentliche Gestaltungsmerkmale aufzuführen.

### **3.5 Datenauswertungen**

Die ermittelten Daten repräsentieren die Ergebnisse aus drei Erhebungswellen aus den Pflegeoasen und den parallel erhobenen Daten aus der Kontrollgruppe von Bewohnern aus den Häusern desselben Trägers. Die Auswertung der Daten und somit auch die Darstellung der Ergebnisse verzichtet auf statistische Berechnungen, da die Fallzahl relativ klein ist.

Ausgewertet wurden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS.

## 4.0 Ergebnisse

Mit den ermittelten Daten soll die Wirkung der kleinen Gemeinschaften auf schwerstpflegebedürftige Personen bewertet werden. Den gesetzten Forschungszielen entsprechend stehen die sozialen Verhalten und die kommunikativen Fähigkeiten der Bewohner im Blickpunkt. Die Förderung der subjektiv vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung alltagspraktischer Handlungen durch angepasste Umweltstrukturen, wie sie die Pflegeoasen bieten, bildet den Hintergrund der Darstellungen.

### 4.1 Stichprobe Bewohner

In die Studie über drei Erhebungswellen konnten 6 Bewohner der Pflegeoasen und 9 Bewohner aus dem Bereich der Demenzstation mit vergleichbaren Merkmalen einbezogen werden.

	Oase	KG keine Ausfälle	Oase Ausfälle
<b>Stichprobengröße</b>	6 zu Beginn 14	9	8
<b>Gender m</b>	1	3	1
<b>Alter Ø</b>	81,2	79,4	82,6
<b>Familienstand</b>			
Ledig	2	2	1
Verheiratet	-	1	2
geschieden	-	2	2
verwitwet	4	4	3
<b>Pflegestufe</b>	PS II 16,7 % PS III 83,3 %	PS II 55,6 % PS III 44,4 %	PS II - PS III 100 %
<b>Barthel-Index Punktwert</b>	4,17	10,00	1,25
<b>Reisberg, Demenzstadium Punktwert</b>	6,17	5,78	6,25
<b>Kinder vorhanden: ja</b>	4	7	6

<b>allein wohnend vor Einzug</b>	3	6	3
<b>dauernd bettlägerig</b>	3	1	6
<b>zeitweise bettlägerig</b>	3	-	2
<b>Rollstuhlnutzer</b>	2	4	2
<b>Sondenernährung</b>	2	-	2
<b>Psychopharmaka</b>	100,0 %	66,6 %	62,5 %

Tabelle 4: Teilnehmer an der Begleitforschung - Stichprobe

Die Daten ergeben einen leichten Vorteil für die Kontrollgruppe in der Mobilität im Hinblick auf die bettlägerigen Bewohner und dem Demenzstadium. Die ausgeschiedenen Bewohner in den Pflegeoasen wiesen einen stärkeren Abbau der physischen und kognitiven Fähigkeiten auf.

#### 4.2 Gesundheitlicher Status

In die Aufnahme der gesundheitsbezogenen Daten wurden der medizinische Status, die Medikation, 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 6,1 (Oasen) bzw. die Stufe 5,8 (Kontrollgruppe – KG).

Die Diagnosen fallen unterschiedlich aus: Neben der Demenz wurden im Durchschnitt weitere 4,3 Erkrankungen bei den Pflegeoasenbewohnern und 2,0 Erkrankungen bei den Kontrollgruppenteilnehmern diagnostiziert. Die Anzahl der Diagnosen reichen in den Pflegeoasen von zwei Diagnosen bis neun Diagnosen und bei den Kontrollgruppenteilnehmern von einer bis sechs Diagnosen.

Die Kontrollgruppe verfügt über einen leicht besseren Gesundheitsstatus, in der Mobilität und den kognitiven Fähigkeiten (siehe Tab. 5).

Pflegeoasen	Kontrollgruppe
Demenz	Alzheimer
Demenz	Demenz
Demenz	Demenz
Demenz, Psychose, Schizophrenie	Demenz HOPS
Demenz HOPS, Psychose, Schizophrenie	Demenz HOPS
	Hirnschaden
	Hirnfarkt organisches Psychosyndrom
	Demenz, Parkinson
	HOPS

Tabelle 5: Diagnose Demenz

Das (Hirn-)organische Psychosyndrom taucht immer noch in den Diagnosen 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.

### 4.3 Medikamentierung

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

Medikamenteneinnahme	Oasen T1	Oasen T3	KG T1	KG T3
Medikamente gesamt	6	5	9	8
Analgetika	0	0	0	0
Psychopharmaka	5	4	4	5
- davon Neuroleptika	4	4	4	4
- davon Antidepressiva	2	2	0	1

Tabelle 6: Medikamentengruppen

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 sehr hoch. In der KG fällt die Anzahl der Einnehmenden etwas geringer aus. Aus der Medikamentengruppe der Analgetika werden keine Medikamente angegeben. Da auch die Beobachtung (Abb. 1) nur sehr geringe Anzeichen von Schmerzen feststellt, scheint auch der Bedarf an Analgetika zu fehlen.

#### 4.4 Schmerzerfassung

Die Beobachtung von Schmerzen 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) Schmerzzeichen 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.

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

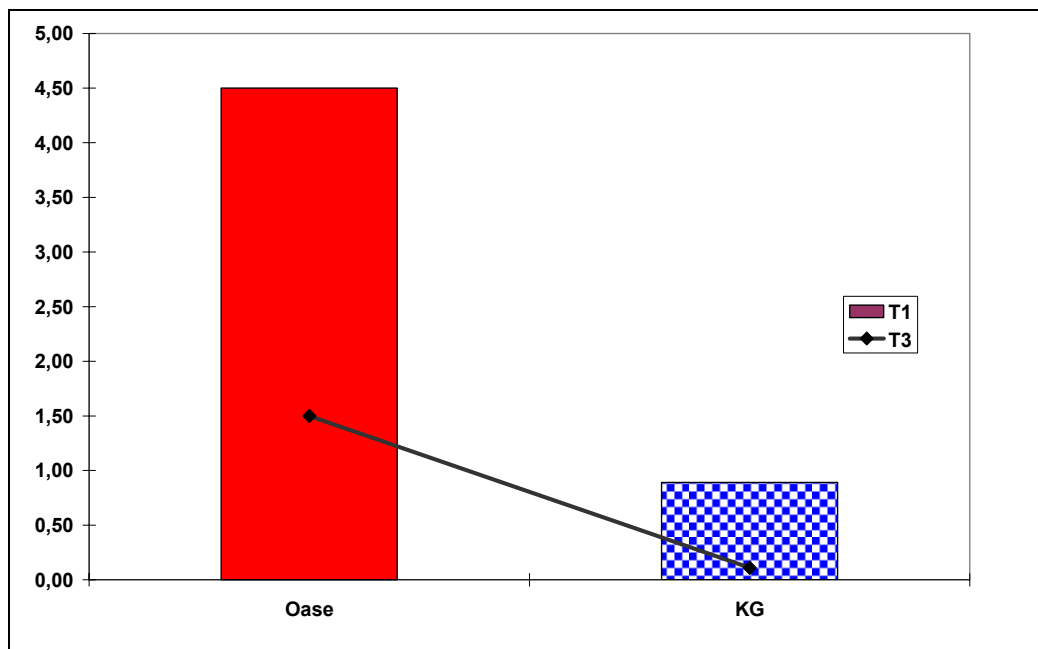


Abb. 7: Verlauf der Schmerzerfassung

Die beobachteten Schmerzäußerungen zeigten in beiden Vergleichsgruppen erhebliche Minderungen. In der KG veränderten sich die Schmerzäußerungen gegen Null, in den Pflegeoasen auf einen sehr niedrigen Stand von durchschnittlich 1,5 Punktwerten. Das Wohlbefinden hatte in beiden Gruppen im Zeitverlauf in Bezug auf Unwohlsein und Schmerzempfinden Verbesserungen aufgezeigt.

#### 4.5 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 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, unter denen die Personen miteinander in Kontakt treten.

	Pflegeoasen N=6	Kontrollgruppe N=9
Täglich	-	-
Mehrmals wöchentlich	1	2
1 x Woche	1	1
1 – 2 x monatlich	1	2
seltener	1	1
nie	2	3

Tabelle 7: Häufigkeit der Kontakte

Mit einer Besuchsdauer von durchschnittlich 58,8 Minuten in den Pflegeoasen liegt die Zeit deutlich über der, die bei den Kontrollgruppenteilnehmern mit durchschnittlich 45,0 Minuten ermittelt wurden.

Wie weit reichend sind die persönlichen sozialen Netzwerke angelegt, welchen sozialen Hintergrund bildet die Kontaktgrundlage?



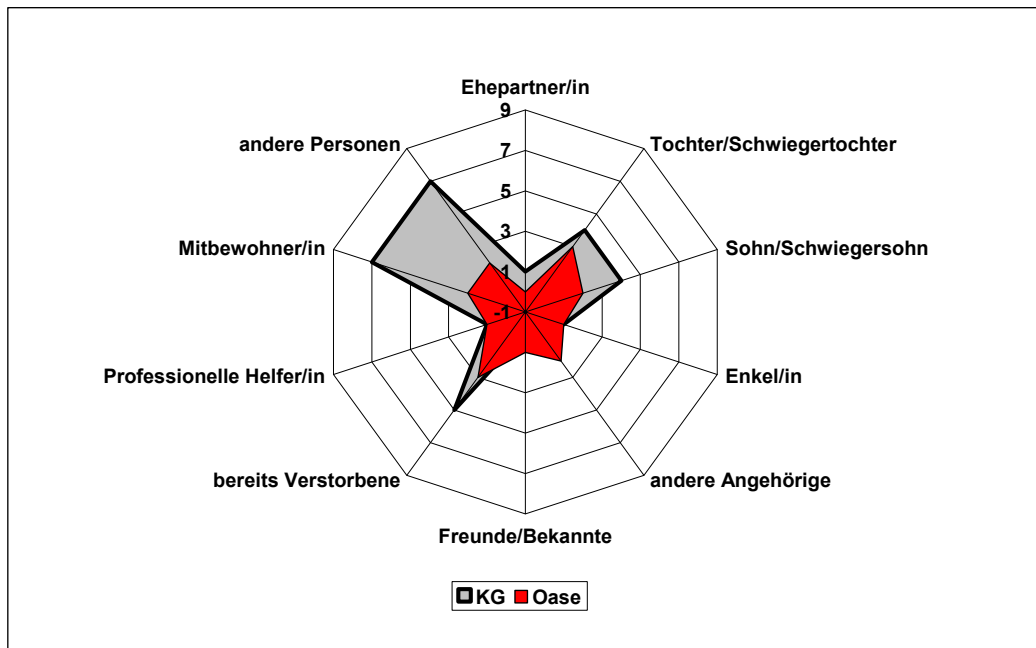


Abb. 8: Spanne der Kontaktpersonen

Die Grafik 8 zeigt eine relativ breite Basis von Kontaktpersonen bei den Kontrollgruppenteilnehmern. Mitbewohner und andere Personen machen den größten Anteil aus. Auch bereits verstorbene Personen sind für einige Personen noch gegenwärtig und werden zu den Kontaktpersonen gezählt.

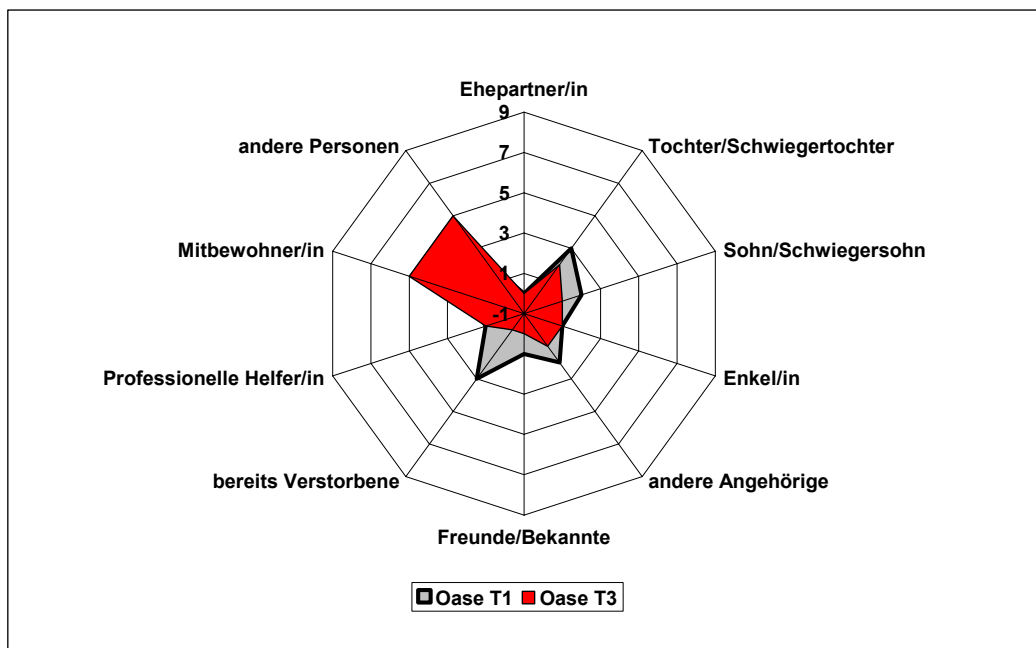


Abb. 9: Netzwerk Pflegeoasenbewohner/innen T1 – T3

Das persönliche Netzwerk der Oasenbewohner fällt gegenüber der Kontrollgruppe sehr viel geringer aus (Abb. 9).

Im Verlauf konnten die Oasebewohner ihre Kontakte jedoch ausbauen in Richtung andere Personen (Betreuungskräfte) und Mitbewohner, mussten jedoch auch Einschränkungen aus dem Kreis der Angehörigen hinnehmen. Die Wichtigkeit bereits Verstorbener hatte abgenommen und wurde nicht mehr aufgeführt.

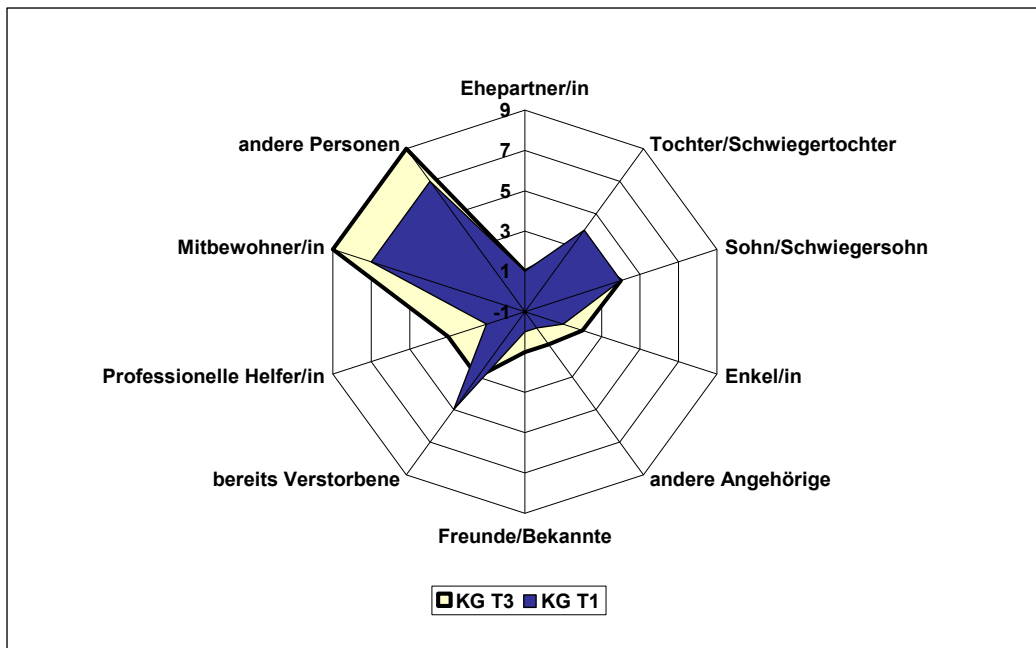


Abb.10: Netzwerk Kontrollgruppenteilnehmer

Die Kontrollgruppenteilnehmer konnten den Kreis ihrer Kontakte ebenfalls erweitern. Es wurden vergleichsweise noch mehr Kontaktpersonen genannt, als bei den Oasebewohnern. Kontakte aus dem Kreis der Mitbewohner wie auch der Betreuungskräfte hatten ebenfalls an Umfang zugenommen (Abb. 10).

Soziale Beziehungen zwischen Bewohnern fördern den Erhalt und im Einzelfall die Entwicklung sozialer Kompetenz. Bei Einzug in die Pflegeoasen wiesen deren Bewohner gegenüber den Kontrollgruppenteilnehmern ein vergleichsweise geringeres soziales Netz auf.

Es war erwartet worden, dass die Oasenbewohner im Verlaufe des Beobachtungszeitraumes von ca. 18 Monaten ihr soziales Netzwerk erweitern und enge Beziehungen zu anderen Personen aufbauen können. Das ist hier nicht geschehen. Es sind keine Zuwächse an Kontakten gemessen worden. Es hatte sich jedoch eine relative Stabilität der Sozialkontakte der Pflegeoasenbewohner herausgebildet. Dies ist umso höher zu bewerten, da der häufige Wechsel der

Bewohner durch Versterben den Aufbau von stabilen Netzwerken erheblich erschwert hatte.

#### 4.6 Soziale Beziehungen – soziale Umwelt

Der Aufbau oder auch der Erhalt sozialer Beziehungen kann unter ungünstigen Bedingungen 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 messen. Anhand von fünf Werten wurden Reaktionen der Bewohner in Bezug zu anderen Personen ermittelt. Da die teilnehmenden Probanden dieser Studie erheblich mobilitätseingeschränkt waren, sind insbesondere nicht mobilitätsabhängige Werte relevant. In der Zusammenfassung der Werte im Vergleich der beiden Gruppen zeigen sich zum Ausgangspunkt der Beobachtungen Vorteile für die Kontrollgruppen Teilnehmer. Zum Zeitpunkt T3 haben sich die Werte der KG leicht verbessert, die Werte der Oasenbewohner verlaufen jedoch noch stärker in den positiven Bereich (bei der NOSGER (Abb. 11)).

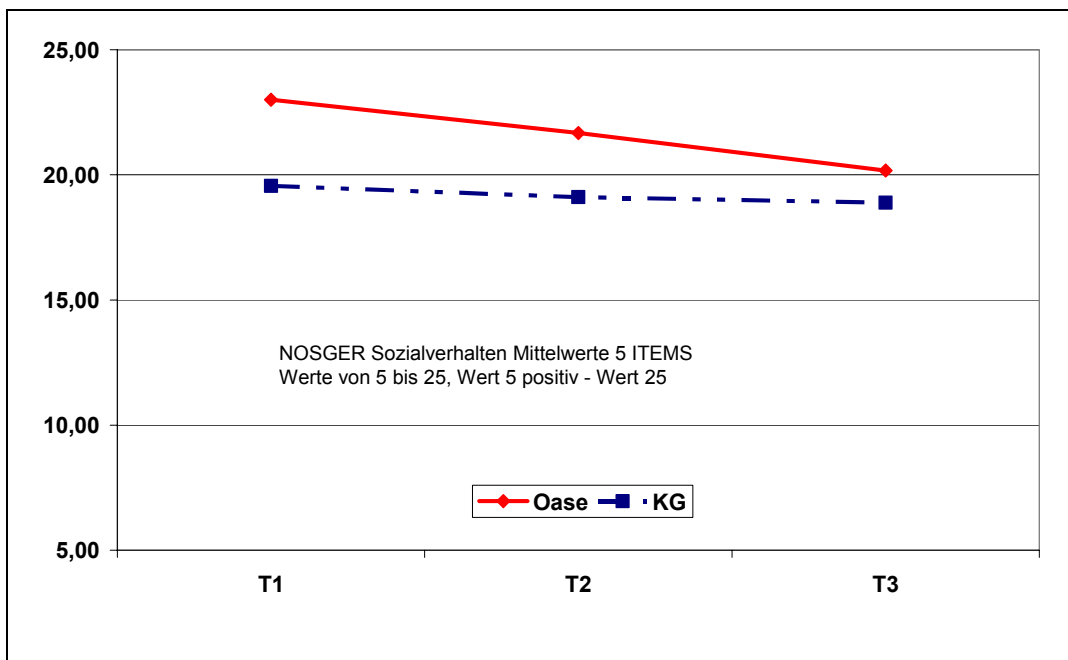


Abb. 11: NOSGER Mittelwerte Sozialverhalten. Je höher der Wert umso negativer. Werte zwischen 12 bis 15 liegen für Bewohner stationärer Einrichtungen noch im Normalbereich. Bei immobilen Personen mit starker Demenz muss jedoch der Wert nach oben verlegt werden.

Werden die mobilitätsunabhängigen Werte betrachtet wie: „nimmt Anteil an den Vorgängen der Umwelt“, „nimmt Kontakt auf“ und „wirkt freundlich und positiv“, verbessern sich die Werte der Oasenbewohner im Zeitverlauf (Abb. 12).

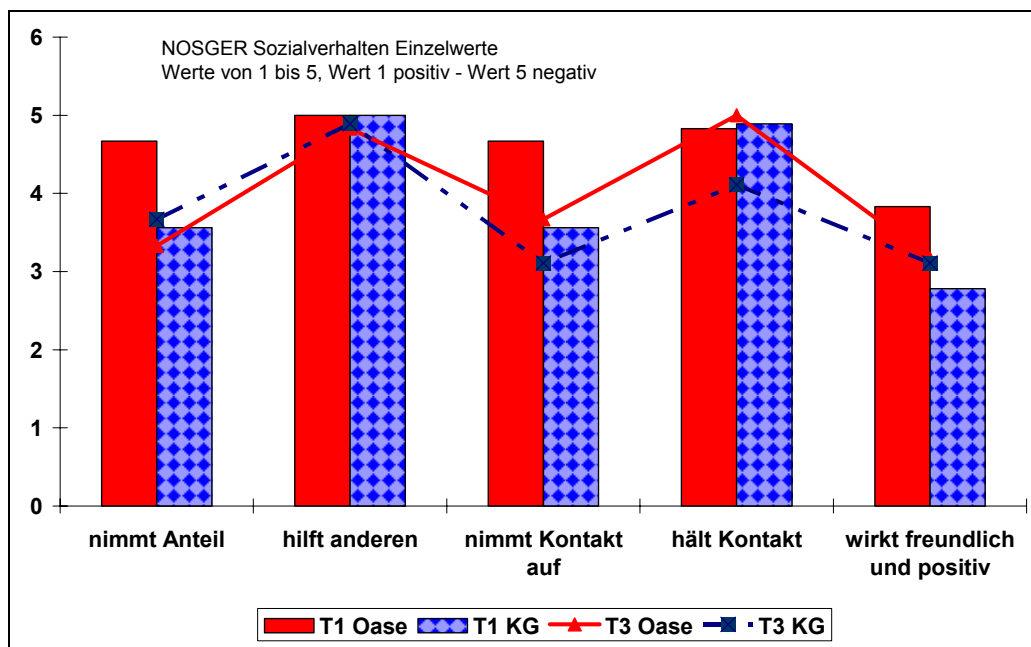


Abb. 12: NOSGER Einzelwerte Sozialverhalten. Je höher der Wert umso negativer

Die Werte der Oasenbewohner weichen auf den ersten Blick nicht so sehr von denen der Kontrollgruppe ab. Tendenziell liegen die Oasenbewohner leicht im Vorteil. Wenn die Werte auf einzelne Teilbereiche des sozialen Verhaltens bezogen werden, sind die Unterschiede relativ deutlich erkennbar.

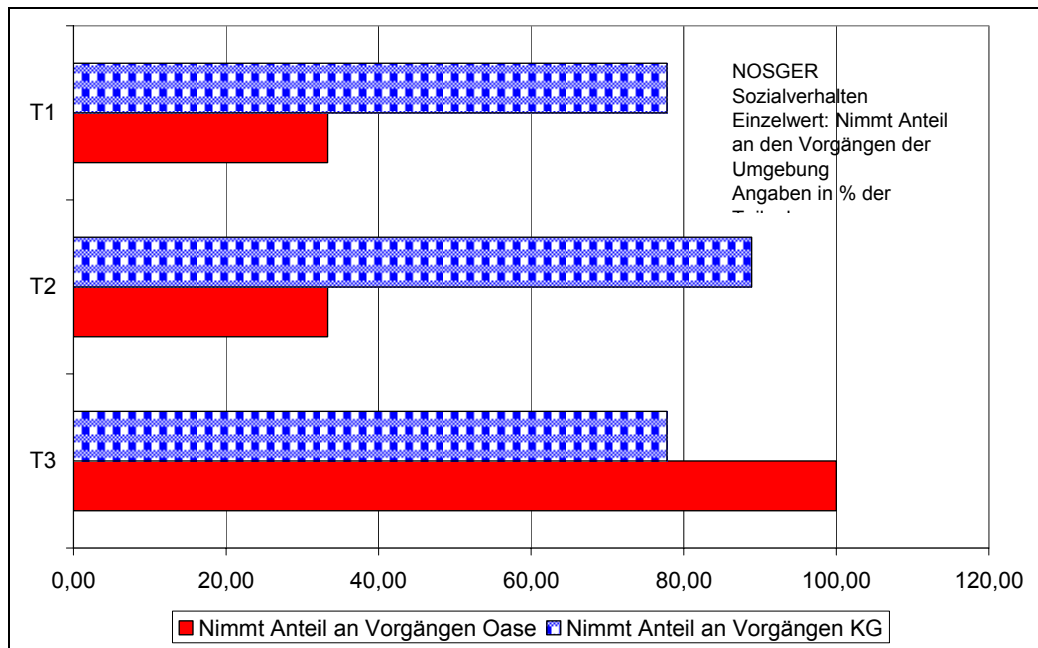


Abb. 13: Einzelwert NOSGER Sozialverhalten: „Nimmt Anteil an den Vorgängen seiner Umgebung“. Die Werte geben die Anzahl der Personen in % an, die durch Anzeichen von Anteilnahme Vorgänge in ihrer Umgebung wahrnehmen.

Es wurde schon mehrfach darauf hingewiesen, dass die strukturellen Voraussetzungen bestehen müssen, wenn Menschen im Schwerststadium der Demenz mit erheblicher Einschränkung ihrer Mobilität soziale Kontakte aufnehmen sollen. Die Abb. 13 zeigt die veränderte Aufmerksamkeit der Oasenbewohner gegenüber anderen Personen. Zu Beginn der Beobachtungen war die Anteilnahme nur bei wenigen vorhanden. Zum Ende des Beobachtungszeitraumes waren alle Oasenbewohner selbstständig in der Lage Kontakte aufzunehmen.

Diese Werte haben die Kontrollgruppenteilnehmer nicht erreicht. Der Rückzug war zwar nur leicht aber doch beobachtbar.

Ganz ähnlich verläuft die Beobachtung eines weiteren Wertes: „Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf“. Auch dieser Wert spiegelt die Entwicklung der Oasenbewohner wider (Abb. 14).

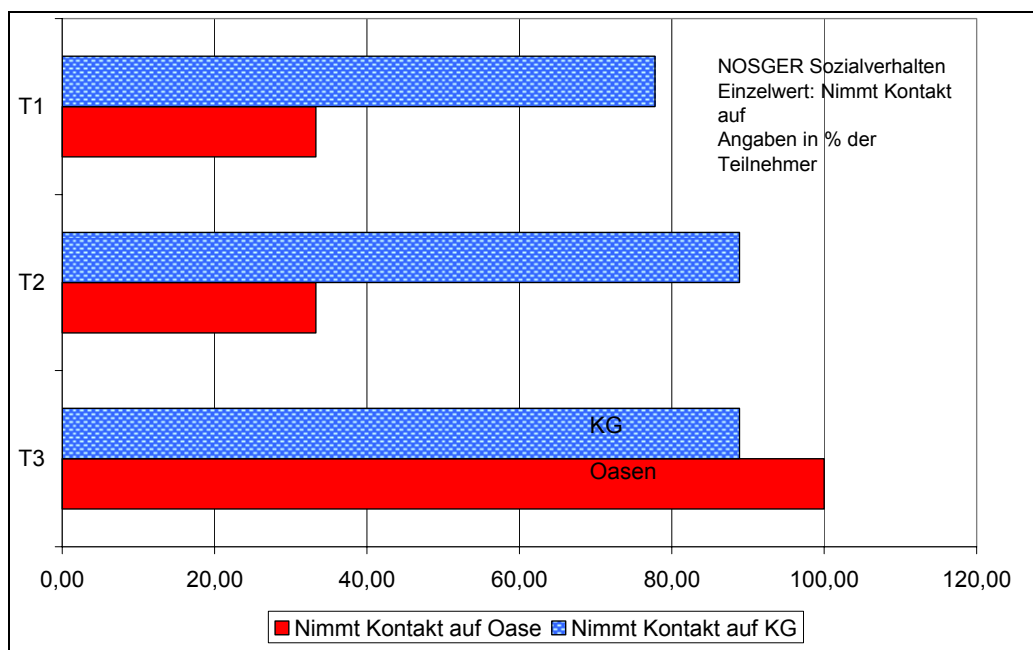


Abb. 14: Einzelwert NOSGER Sozialverhalten: „Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf“. Die Werte geben die Anzahl der Personen in % an, die von sich aus Kontakt zu anderen Personen aufnehmen.

Mit der selbstständigen Anteilnahme am Geschehen der Umgebung, hier im Gemeinschaftsbereich, sowie die Kontaktaufnahme zu Mitbewohnern belegt eine, auf die verfügbaren Ressourcen bezogene, wachsende Einbeziehung der personellen Umgebung in die Alltagsgestaltung.

Bisherige Begleitstudien des ISGOS haben gezeigt, dass über die Einbindung der Bewohner in die gemeinschaftliche Gestaltung des Tagesablaufs auch vormals vorhandene Verhaltensauffälligkeiten wie auch störende Verhalten abgebaut oder zumindest reduziert werden konnten. Die Bedingungen in den Pflegeoasen unterscheiden sich zum Teil recht deutlich, sodass dieser Aspekt auch hier aufgenommen wird.

#### 4.7 Störendes Verhalten

Störende Verhalten treten auch bei schwerster Demenz auf. Sie können im Extremfall die Entwicklung in der Oase behindern oder gar völlig unmöglich machen.

Das Auftreten störenden Verhaltens ist in beiden Gruppen gering. Der gemessene Zeitraum der vergangenen zwei Wochen belegt einen sehr ruhigen Verlauf. Während in den Pflegeoasen bei zwei Bewohnern leichte Unruhen in der Nacht vermerkt wurden, fallen in der Kontrollgruppe zwei Personen durch ebenfalls nächtliche Unruhe und leichte Reizbarkeit auf.

Die Werte der Kontrollgruppe liegen gegenüber den Werten in Vergleichsstudien in anderen Häusern noch unterhalb der dort gemessenen Werte.  
Die Auffälligkeiten bei den Pflegeoasenbewohnern waren von Beginn an nur gering vorhanden und entwickelten sich auch im Verlauf nicht auffällig.

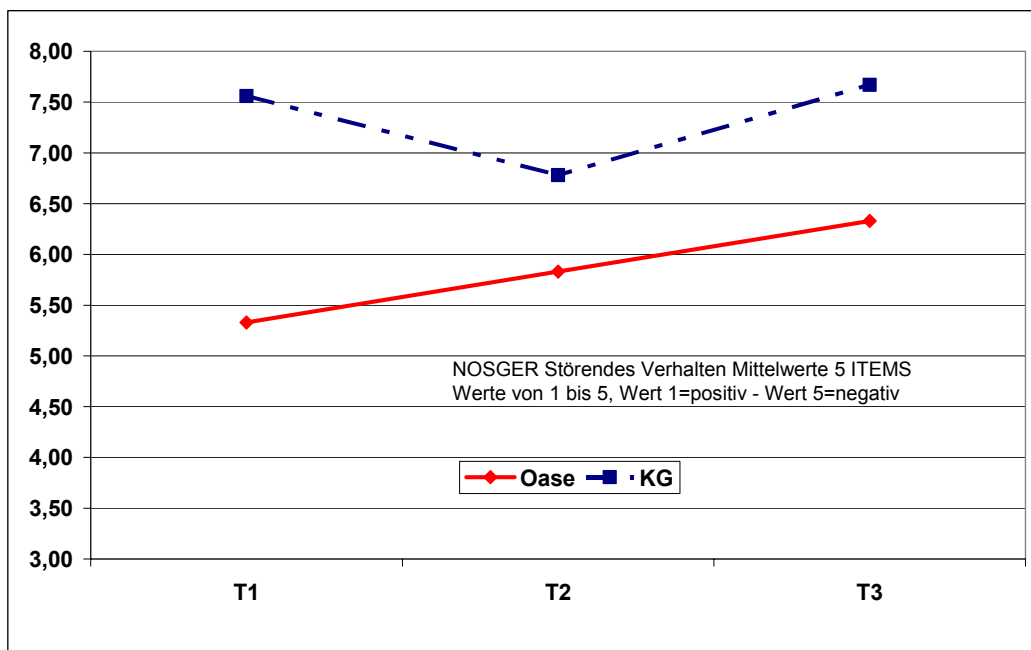


Abb. 15: NOSGER Mittelwerte Störendes Verhalten. Mittelwerte: Je höher der Wert um so negativer das Ergebnis, Werte zwischen 5 (keine Auffälligkeit) und 25 Punkten (höchste Auffälligkeiten).

Die Beobachtung störenden Verhaltens umfasst den Zeitraum der vergangenen zwei Wochen. Zu den aufgenommenen Verhalten zählen: „ist unruhig in der Nacht, läuft davon, ist reizbar und zänkisch, wenn man sie / ihn etwas fragt, ist aggressiv (in Worten und Taten) und ist eigensinnig, hält sich nicht an Regeln“.

NOSGER Störendes Verhalten	Pflegeoasen		KG	
	T1	T3	T1	T3
Ist unruhig in der Nacht	1,17	2,33	2,11	1,89
Läuft davon	1,00	1,00	1,00	1,11
Ist reizbar und zänkisch	1,00	1,00	1,67	1,78
Ist aggressiv	1,17	1,17	1,78	1,56
Ist eigensinnig	1,00	1,67	1,44	1,33

Tabelle 8: NOSGER Störendes Verhalten Einzelwerte im Verlauf, Mittelwerte

Leichte Veränderungen im störenden Verhalten sind in der nächtlichen Unruhe und der Eigensinnigkeit bei den Oasenbewohnern, sowie in allen Werten bei den Kontrollgruppenteilnehmern gemessen worden.

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

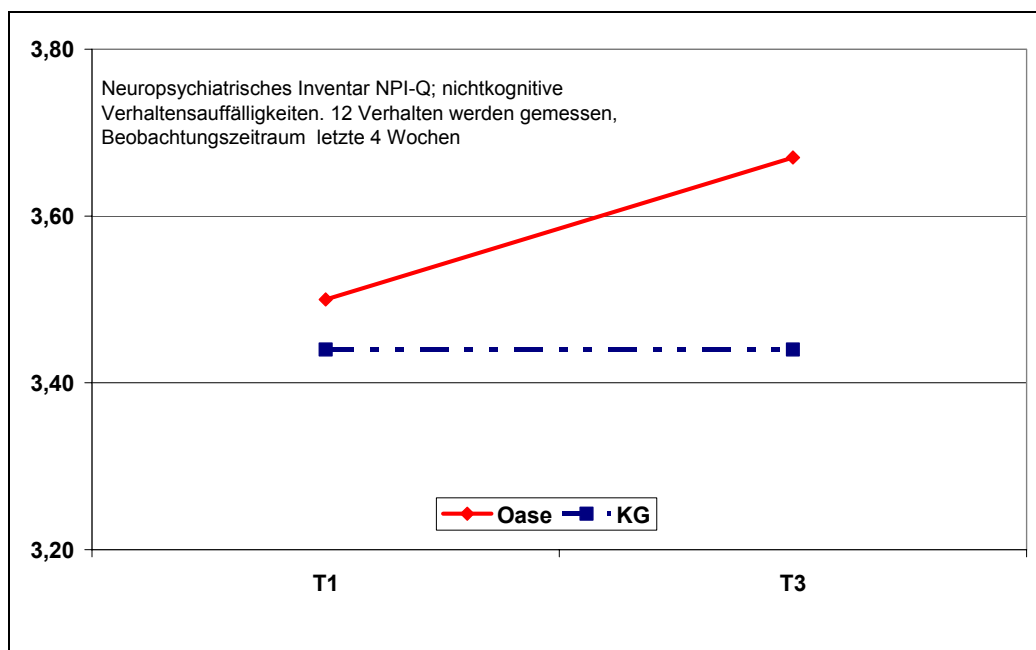


Abb. 16: NPI-Q Zusammenfassung der Gesamtwerte aller Personen als Mittelwert der 12 Items. Werte von 0=kein Auftreten, 1=leicht, 2=mittelschwer, 3=schwer.

Von T1 zu T3 besteht in der KG eine relative Konstanz. In den Pflegeoasen ist eine leicht erhöhte Auffälligkeit aufgetreten. Ähnlich wie das störende Verhalten haben sich auch die NPI-Werte im Zeitverlauf nicht gravierend verändert.

Mit den NPI-Werten werden wesentliche Veränderungen des Gefühlslebens sichtbar gemacht. Sie bilden einen Indikator für den Verlauf von Verhaltensstörungen und zeigen Ansätze zur therapeutischen Intervention der Symptome. Als eine solche Intervention kann das Konzept der Pflegeoasen eingesetzt werden.

In der zusammenfassenden Abb. 16 sind einzelne Verläufe nicht nachvollziehbar, daher soll die Abb. 17 die entsprechenden Hinweise geben.



In den Pflegeoasen sind im Zeitverlauf mehr Schlafstörungen sowie weniger Depressionen und Essstörungen registriert worden.

Die Kontrollgruppenteilnehmer zeigen weniger Reizbarkeit, Depressionen, Apathie und Enthemmung, dagegen vermehrt Angsterscheinungen, Schlafstörungen, Wahnvorstellungen und Hochstimmungen.

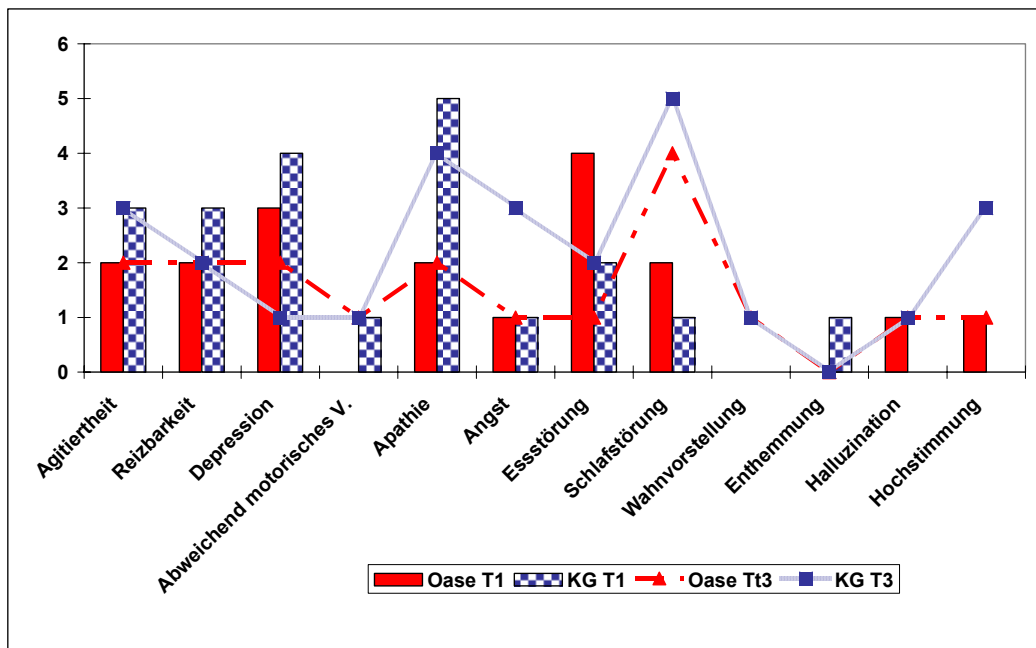


Abb. 17: NPI-Q Einzelwerte der 12 Items.

Werte: 0=kein Auftreten, 1=leicht, 2=mittelschwer, 3=schwer. Anzahl der Nennungen.

Im Vergleich liegen die Veränderungen als Gesamtwert etwa auf ähnlichem Niveau. Legt man die Einzelwerte und deren Intensität zugrunde, zeigen sich die Oasenbewohner im Vorteil, da nahezu durchgängig das Auftreten als „leicht“ eingeschätzt, in der Kontrollgruppe jedoch häufig als „mittelschwer“ eingestuft wurde (in der Grafik 17 ist die Intensität nicht ablesbar).

Die Schwere des Auftretens neuropsychiatrischer störender Verhalten nimmt Einfluss auf die Stimmung und das Wohlbefinden der Mitbewohner. Deshalb soll zunächst die Stimmung und das Wohlbefinden vorgestellt werden.

#### 4.8 Stimmung

Die Beobachtung der Stimmung der Bewohner setzt sich aus mehreren Einzelwerten zusammen. So bietet das Assessment der NOSGER mit fünf Items eine erste Bewertung der Stimmung. Mit zwei Beobachtungen wird direkt über Spra-

che die Stimmung eingeschätzt und soweit Sprechfähigkeit nicht mehr vorhanden ist, durch weitere drei Einschätzungen die Gefühlslage bewertet.

Die beiden Abb. 18 und 19 vermitteln Verläufe wie sie mit der NOSGER in den vergangenen 2 Wochen beobachtet wurden.

Die Abstände Pflegeoasenbewohner und Kontrollgruppenteilnehmer verändern sich zugunsten der Pflegeoasen.

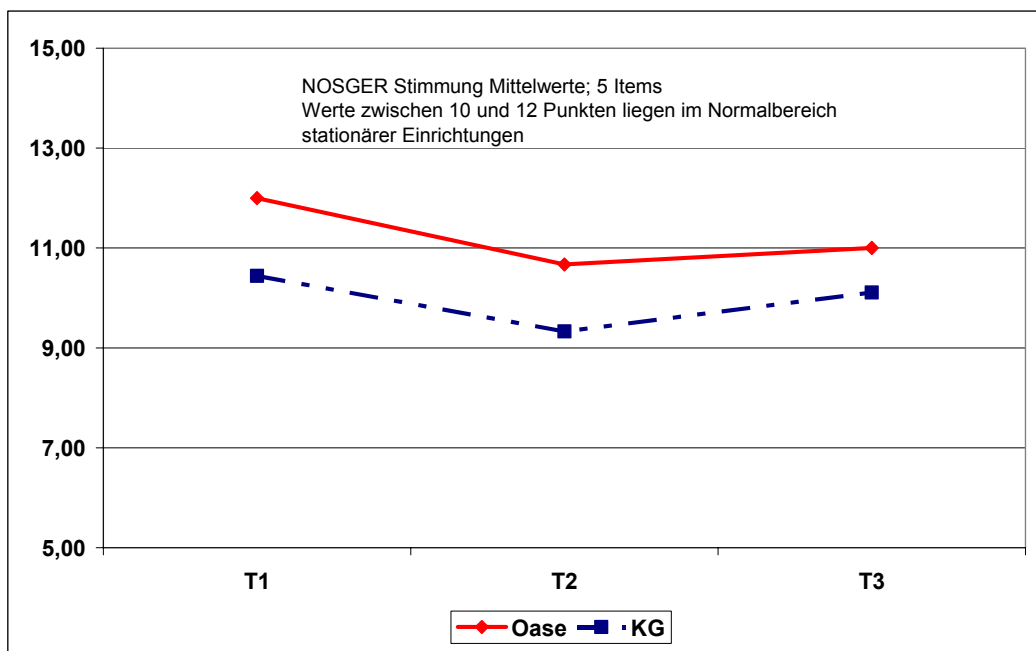


Abb. 18: NOSGER Die fünf Werte wurden zusammengefasst Je höher die Werte umso höher die Einbußen an positiver Stimmung

Die Werte nähern sich von unterschiedlicher Ausgangsposition (KG günstiger) im Zeitverlauf einander an. Die Ursache könnte in der Wirkung der Gemeinschaftseffekte liegen. Bewohner der Pflegeoasen verfügten bei Einzug in die Pflegeoasen über ein wesentlich kleineres soziales Netzwerk. Im Zeitverlauf erleben sie kontinuierlich die Nähe der Mitbewohner in ihrer kleinen Wohngruppe. Sie wird zur verlässlichen Quelle ihrer Sozialkontakte.

Die Abb. 19 belegt mit dem Verlauf der Einzelwerte die Einflüsse sozialen Mit-einanders in den Pflegeoasen. Deren Bewohner zeigen sich aufgeschlossener, sichtbar an den sinkenden Werten (rote Linie), die positive Veränderungen signalisieren.

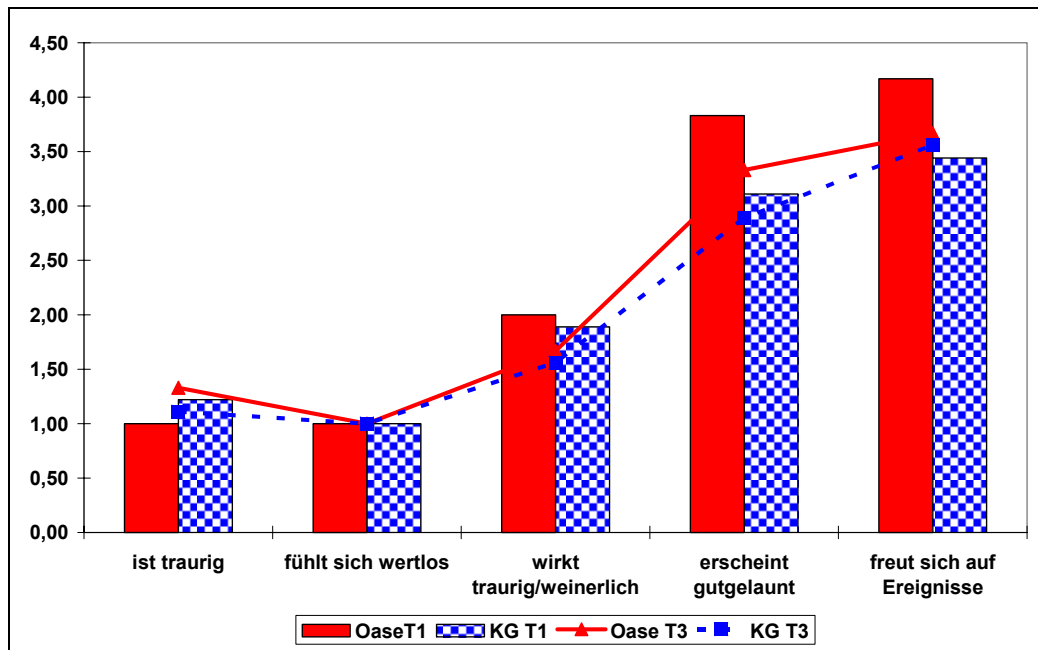


Abb. 19: NOSGER Werte im Einzelnen von 1 bis 5 Punkten. Je höher die Punktzahl je geringer die Stimmung.

Die Einzelwerte „wirkt weinerlich“, „erscheint gut gelaunt“, „freut sich auf Ereignisse“ verändern sich bei den Pflegeoasenbewohnern während des 2-wöchigen Beobachtungszeitraums zwischen T1 und T3 positiv.

In der KG veränderte sich das Stimmungs-Niveau nur unwesentlich. Sie zeigten sich im 2-Wochenzeitraum stabil.

#### 4.9 Veränderungen in kurzen Beobachtungszeiträumen

Werden allgemein Anzeichen von Stimmungen in einem kurzen Beobachtungszeitraum von 10 Minuten festgehalten, kommt die AARS zum Einsatz.

Das Auftreten der Merkmale Freude, Ärger, Angst, Traurigkeit, Aufgeschlossenheit werden während einer Beobachtungsdauer von 10 Minuten festgehalten. Reaktionen, die mimisch, gestisch, über Lautäußerungen oder Körperhaltung auf emotionale Anzeichen hinweisen, werden aufgenommen.

Die Verläufe in beiden Vergleichsgruppen weisen vergleichbare Tendenzen im Zeitverlauf auf. Die positiven Emotionen erfahren leichte und die negativen Emotionen stärkere Einbußen.

In der Abb. 20 sind die Unterschiede zwischen den beiden Vergleichsgruppen im Verlauf relativ gering.

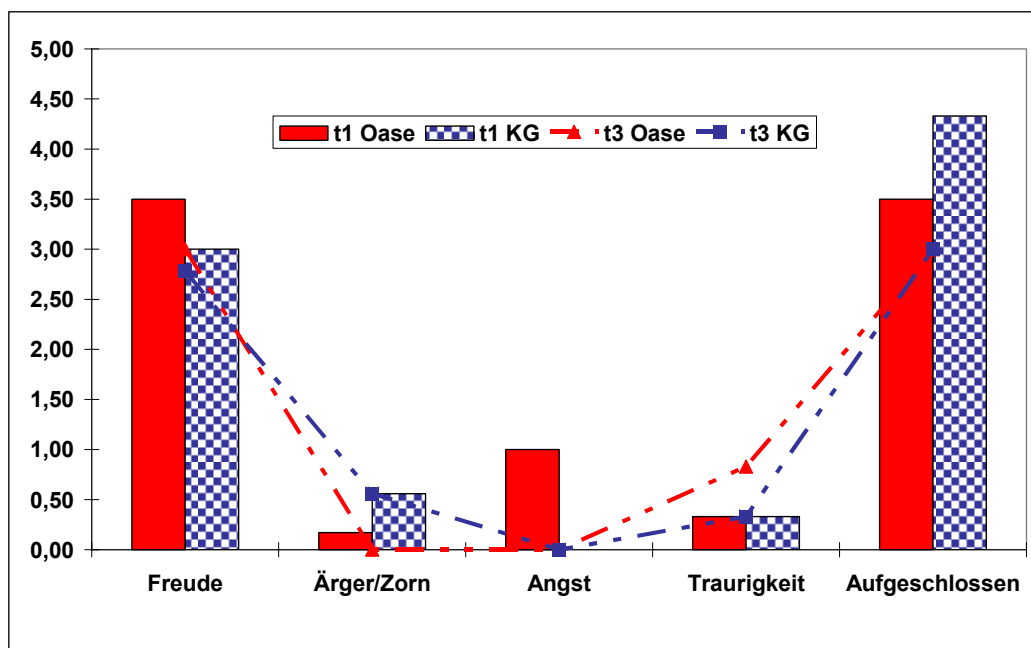


Abb. 20: AARS Stimmung Einzelwerte

Die Effekte von Pflegeoasen treten in längeren Zeiträumen deutlicher zutage. Kurze Episoden erleben Bewohner in der „Normalversorgung“ ähnlich wie in besonderen Gemeinschaftsformen.

Der stabilisierende Effekt wird längerfristig deutlich, wenn die Wirkung sozialer Gemeinschaften sich festigen und sich Kontinuitäten in den Abläufen und der persönlichen Zuwendung auswirken.

Kurzfristig erzeugte positive Wirkungen, wie sie etwa bei Betreten des Raumes und freundlicher Begrüßung oder Annäherung erzeugt werden, entstehen unabhängig von der Versorgungsstruktur und nähern sich in ihrer Wirkung mit fortschreitendem Demenzverlauf einander an.



Abb.21: Positive Emotionen nach AARS, Verlauf T1 - T3, Mittelwerte

Die positiven Emotionen Freude und allgemeine Aufgeschlossenheit nähern sich an, wie dies auf der Abb. 21 sehr deutlich zu erkennen ist. Einen anderen Verlauf nehmen negative Emotionen (Abb. 22).

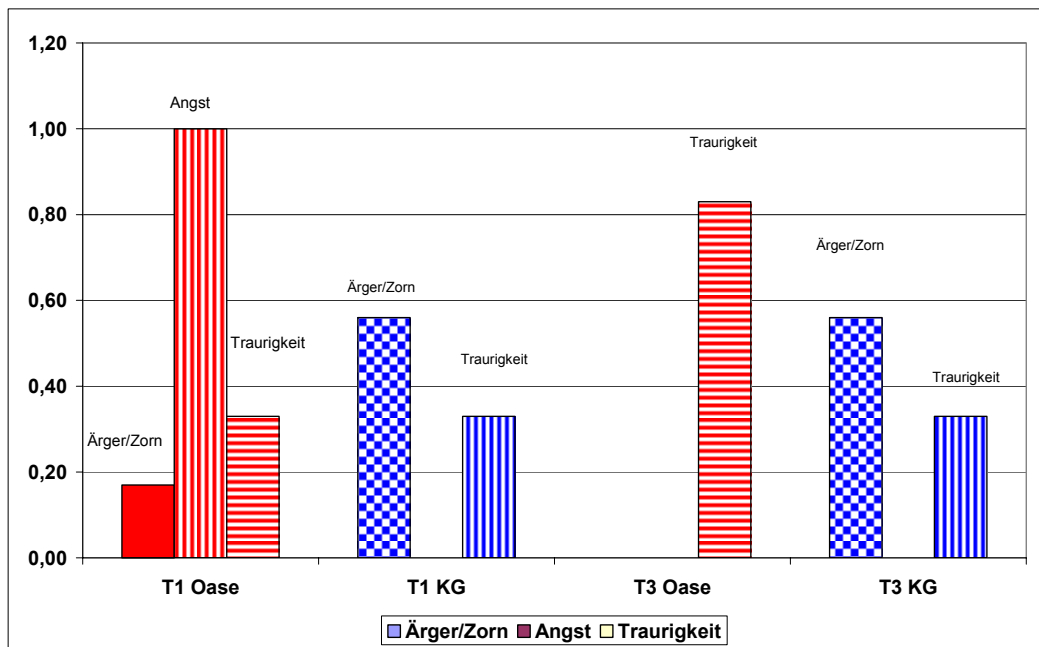


Abb. 22: Negative Emotionen nach AARS, Verlauf T1 – T3, Mittelwerte

Mit der Äußerung negativer Emotionen wird ein differenzierter Verlauf sichtbar. Die Bewohner der Pflegeoase erleben im Zeitverlauf keine messbaren Emotionen wie Ärger oder Angst mehr. Dagegen wird Traurigkeit häufiger beobachtet.

Bei den Kontrollgruppenteilnehmern sind Veränderungen dagegen nicht in relevantem Ausmaß aufgetreten.

Während sich positive Emotionen im Zeitverlauf in beiden Vergleichsgruppen einander annähern, bauen sich negative Emotionen im selben Zeitraum bei den Pflegeoasenbewohnern stärker ab.

#### 4.10 Gesamtwohlbefinden

Ein weiterer Baustein in der Beobachtung des Wohlbefindens bildet die „Quality of Life Scale for Severe Dementia“ mit ihren 11 Items, die wie auch die zuvor beschriebene AARS das Auftreten von Emotionen misst. Menschen mit fortgeschrittener Demenz werden mittels einer differenzierten Einschätzung in ihrem Verhalten eingestuft. Die Aufnahme der Daten erfolgt über die Einschätzung der 11 Werte, die mittels Punktzuweisung je Wert von 1 bis 5 Punkte erreichen. Somit bedeuten niedrige Werte hohes Wohlbefinden und Höchstwerte niedriges Wohlbefinden.

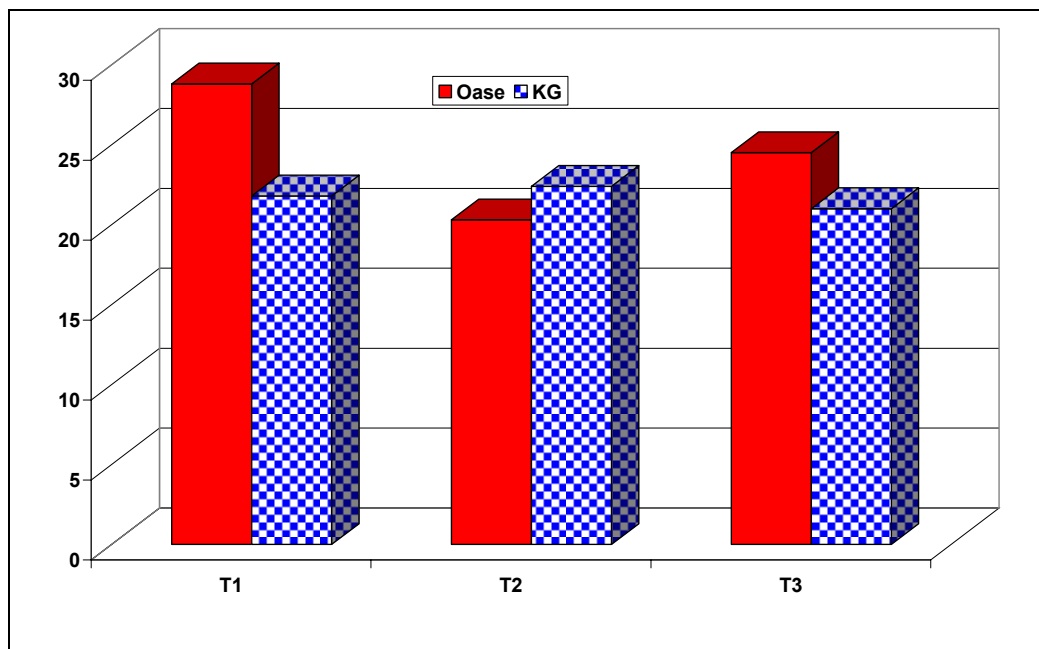


Abb. 23 Qualid Gesamtverlauf im Längsschnitt. Qualid 11 Items Werte von 1-5 Punkten, max. 55 Punkte (negativ), min. 11 Punkte (positiv).

Die Werte der Pflegeoasensbewohner sinken von einem Mittelwert mit 28,8 auf 24,5 Punkte auf einen mittleren Wert. Die Werte der Kontrollgruppenteilnehmer sinken leicht von einem schon guten Wert für diese Personengruppen von 21,8 auf 21,0 Punkte.

In einer Bilanz der kurzen 2- bis 10-minütigen Beobachtungszeiträume, der mittleren Beobachtungszeiträume bis zu einer Woche und der langen Beobachtungsphasen von zwei bis drei Wochen verlaufen die Trends, wie sie schon in anderen ISGOS-Studien (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013) beobachtet wurden.

- Kurze Zeiträume erzeugen nur geringe Unterschiede in den Effekten.
- Mittlere Beobachtungszeiten sehen Pflegeoasensbewohner in leichtem Vorteil.
- Bei längeren Zeiträumen werden einige Vorteile der Pflegeoasen deutlicher.

Die fördernde Wirkung gemeinschaftlicher Gestaltung des Alltags hängt größtenteils von einer kontinuierlichen und konstanten Besetzung der verfügbaren Wohn-/Pflegeplätze ab.

Ebenso ist eine konstante Personalbesetzung ein wichtiger Einflussfaktor auf das Wohlbefinden und somit die Lebensqualität.

Der häufige Wechsel in der Belegung bedingt durch Ableben von Bewohnern bei zum Teil sehr kurzer Wohndauer hat die Entfaltung der Wirkung von Gemeinschaft sehr lange verzögert. Zum Ende der Begleitforschung konnte eine Stabilität durch konstantere Wohndauer der Oasensbewohner erzeugt werden, die sich jedoch nicht mehr in den Grafiken widerspiegelt, da die Erhebungsphase bereits beendet werden musste.

#### **4.11 Zusammenfassung**

Die Bewohner der Pflegeoasen hatten ein deutlich kleineres soziales Netzwerk zu Verfügung, als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe, was sich anfänglich bei dem häufigen Wechsel der Mitbewohner in den Oasen als nachteilig auswirkte. Dennoch wirkte sich die Umsetzung des Oasenskonzeptes spürbar positiv auf die Bewohner aus.

Zum Ende der 18-monatigen Begleitforschung war aus Sicht der Forschung die Zielsetzung erreicht worden und Gemeinschaften entstanden. Die Bewohner kommunizierten untereinander, miteinander und zeigten Offenheiten gegenüber externen Personen.

Es darf als Ergebnis der Zusammenwirkung von Betreuungskräften, Pflegepersonal und weiteren Mitwirkungen wie etwa Therapeuten angesehen werden. Der sinnvoll abgestimmte Einsatz von Betreuungspersonen mit zunächst einfachen aber konstant durchgeführten Betreuungszeiten erzielte Wirkung. Die Bewohner erkannten die Betreuerinnen und nahmen deren Programm an.

Das SSB hat mit seinem Betreuungskonzept einen wesentlichen Baustein in der Versorgung seiner schwerstpflegebedürftigen Bewohner gelegt. Einrichtungen in vergleichbarer Größe dürfte diese Konzeption als Anregung für den Einsatz und die Organisation von Betreuungskräften geben.



## 5. Personal

Eine Schlüsselposition in der Umsetzung des Pflegekonzeptes nimmt das Personal ein. Seine Besetzung unterliegt fachlichen Anforderungen, die aus der besonderen Pflegebedürftigkeit der Pflegeoasenbewohner rührt. Demenz im schweren und Schwerststadium erfordert darüber hinaus das Verstehen des Krankheitsbildes Demenz und seinen Einfluss auf das Verhalten der Personen. Nach Palm (2007) zählen die in der Übersicht dargestellten Fähigkeiten bzw. Eigenschaften zum Kompetenzprofil eines/r Mitarbeiters/in in der Pflege:

<b>Fähigkeit / Eigenschaft</b>	<b>Beispiele für Verhalten / Operationalisierung</b>
<b>Empathie</b>	Spiegeln von Gefühlen, Einhalten nonverbaler Kommunikationsregeln (Augenkontakt, Initialberührung), Impulse wahrnehmen und richtig Interpretieren
<b>Toleranz</b>	Achten auf Privatsphäre, Akzeptieren alternativer Handlungsweisen (anstelle der eigenen)
<b>Offenheit</b>	Aktives Zuhören, Erproben alternativer Handlungsweisen (Bett machen, Kartoffel schälen...) Kontakt ergreifen und halten.
<b>Verzicht auf Macht-ausübung</b>	Verhandeln, Fragen nach und Akzeptieren von Bewohnerwünschen, bewohnerorientierte Tagesstrukturierung (von persönlichen und institutionellen Gewohnheiten abweichen).
<b>Neugier</b>	Biografisch orientierte Zugewandtheit, Fragen, Auseinandersetzung mit neuen Betreuungsansätzen bzw. neuen Ideen in der Betreuung von Menschen mit Demenz
<b>Kreativität</b>	Nicht funktional arbeiten, ausgetretene Pfade verlassen, flexible und individuelle Tagesgestaltung
<b>Gelassenheit</b>	Entschleunigen pflegerischen Handelns, sich Zeit nehmen (z.B. zur Beobachtung), in komplexen bzw. schwierigen Situationen Ruhe bewahren und Prioritäten setzen, Ablehnung der eigenen Person nicht persönlich nehmen, Chaos aushalten
<b>Reflexionsvermögen</b>	Situativ angemessenes und bewusstes Anwenden fachlicher sowie methodischer Kompetenzen, eigene Fehler und Schwächen sehen, akzeptieren und kommunizieren, Fähigkeit aus Erfahrungen zu lernen, sich Beratung und Unterstützung zu holen

Palm, G (2007): Leben in Vielfalt, Leben in Gemeinschaft, Leben mit Assistenz. Seminarvortrag, ISGOS 2007, Hannover

Alle aufgeführten Eigenschaften werden wohl selten in einer Person anzutreffen sein, jedoch sind Bemühungen, sie auszubilden, Ziel persönlicher und Team unterstützender Maßnahmen. Sie bilden den Hintergrund für eine persönliche Beziehung in der Pflege. Bezugspflege ist Basis für die Pflege und Betreuung, sie sichert den Bewohnern insbesondere bei abnehmenden persönlichen sozialen Netzwerken die Aufrechterhaltung sozialer Identität. Da Sozialbeziehungen über Kommunikation aufgebaut und gestützt werden, stehen kommunikationsfördernde und -fordernde Alltagsgestaltungen im Vordergrund. Sie unterstützen die Stimmung, die Äußerung von Emotionen und sichern die Orientierung in der Zeit, im Raum und den Erhalt persönlicher Netzwerke.

Die Gesamtheit dieser Wechselbeziehungen und seiner Strukturen wird auch als Milieu bezeichnet, in dem vertraute Abläufe, auch mit biografischem Bezug, die Lebensqualität absichern.

Im SSB musste die Struktur geschaffen werden, die die aufgeführten Beziehungen zur Umwelt fördern. Die organisatorischen Abläufe in den Pflegeoasen sind mit den Gesamt-Wohnbereichsstrukturen abzustimmen. Zuständigkeiten, Verantwortungsverteilung und Organisation der Abläufe in der Pflegeoase sind auf die Abläufe im Wohnbereich zu synchronisieren.

Die Teambildungen für die Pflege und Betreuung in den Pflegeoasen, die jeweils wiederum drei verschiedenen Wohnbereichen zugeordnet sind, stellten sich als Hauptaufgabe heraus. Die Umsetzung personeller Strukturen wurde erschwert durch den häufigen Wechsel der Bewohner in den Pflegeoasen wie auch den damit verbundenen Nachbelegungsproblemen. Pflegeoasen müssen von der Bewohnerstruktur und den konzeptionellen Vorgaben des Hauses her gesehen mit Bewohnern belegt werden, die den Einschlusskriterien für Pflegeoasen des SSB genügen.

Die Versorgung wird mit Pflegefachkräften geleistet die mehr als 50% Anteil ausmachen. Die Empathiefähigkeit wird auch im SSB hervorgehoben. Aus Sicht der Leitung sind die eingesetzten Mitarbeiter/innen als Gerontofachkräfte besonders gut für die Pflege und Betreuung in der Pflegeoase geeignet.

Die Ausbildung von Zuständigkeiten und die Teambildung standen lange im Vordergrund der Pflegeoasenkonzeption. In den Prozess wurden auch die Betreuungskräfte / Alltagsbegleiter einbezogen. Das heißt, betreuerische Leistungen nach § 43 SGB XI Regelleistungen wie auch die Leistungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches Heimpersonal nach § 87b SGB XI werden koordiniert. Letztere nehmen eine Sonderposition ein, da sie für Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemei-

ner Beaufsichtigung und Betreuung vorgesehen sind. Mit dem hierfür eingesetzten Betreuungspersonal wird die Tagesbesetzung in der Betreuung erhöht und die Präsenzzeit in den Gemeinschaftsbereichen vergrößert.

Der Einsatz der Betreuungskräfte nach § 87 b wurde vor dem Hintergrund zunehmender Anteile an demenziell Erkrankten eingeführt und hat seit 2008 zu einer (leichten) Verbesserung der Betreuungssituation in Pflegeeinrichtungen geführt.

### **5.1 Wie hoch ist der Zeiteinsatz von Betreuungskräften nach § 87 b einzuschätzen?**

Allgemein beträgt bei einer „bereinigten“ Betreuungsdauer im statistischen Mittel die durchschnittlich geleistete Arbeitszeit einer Betreuungskraft 1.560 Stunden im Jahr: Der § 87b SGB XI sah bzw. sieht vor, die zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen für pflegebedürftige Heimbewohner an der Anzahl der anspruchsberechtigten Bewohner auszurichten. Seit 2008 hat sich die verfügbare Betreuungszeit nach § 87 b erhöht:

**2008:** 1 / 25 (eine Betreuungskraft auf 25 anspruchsberechtigte Bewohner)

$1.560/365 \text{ Tage} = 4,3 \text{ Stunden / Tag} / 25 \text{ Bewohner} = 10,25 \text{ Minuten pro Bewohner und Tag}$

**2013:** 1 / 24

$1.560/365 \text{ Tage} = 4,3 \text{ Stunden / Tag} / 24 \text{ Bewohner} = 10,75 \text{ Minuten pro Bewohner und Tag}$

**2015** 1 / 20

$1.560/365 \text{ Tage} = 4,3 \text{ Stunden / Tag} / 20 \text{ Bewohner} = 12,90 \text{ Minuten pro Bewohner und Tag}$

Mit diesem Zeitbudget werden in der Einzelbetreuung kaum spürbare Veränderungen erzielt. Werden jedoch Gruppenbetreuungen zugrunde gelegt, welches die Regel ist, muss von Gruppengrößen zwischen sechs Bewohnern (im Schwerstdemenzbereich) und 10 bis max. zwölf Bewohnern (leichte Demenz) ausgegangen werden.

Eine Wohngruppe von 10 Bewohnern würde demnach aktuell  $10 * 10,75$  Minuten an zusätzlicher Betreuung zustehen. Das bedeutet, 1 Stunde und 47 Minuten würden als Betreuungszeit für die 10 Bewohner verfügbar sein.

Zukünftig werden dies mehr als zwei Stunden sein. Die Verteilung dieser Zeit kann im Stück ausgeführt, halbiert oder geviertelt werden, je nach Ressourcen der Bewohner.

## 5.2 Art der Leistungen durch die Betreuungskräfte

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen sollen sich von den Regelleistungen nach SGB XI § 43 unterscheiden. Regelleistungen sollen nicht von „87b-Kräften“ durchgeführt werden. Da auch Betreuungsleistungen zu den Regelleistungen zählen, könnte sich hieraus ein Konflikt ergeben. Eine Studie von Geerdes u.a. (2012) für den GKV weist darauf hin, dass eine saubere Trennung von Regelleistungen im Rahmen vollstationärer Leistung (§43 SGB XI) und zusätzlichen Leistungen kaum durchführbar ist. Die Autorinnen deuten zu Recht auf die Betreuungsrichtlinien „Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI ... (GKV Mai 2013) hin, in denen die enge Beziehung zur Pflege und dem sonstigen Personal angesprochen wird.

<b>Regelleistungen nach § 43 SGB XI</b>	<b>Zusätzliche Leistungen nach § 87b SGB XI Beispielhafte Auflistung (§2)</b>
<p>Die Pflegekasse übernimmt u.a. Aufwendungen für soziale Betreuung</p> <p>Ausführungen zur Leistung sind in den Rahmenverträgen zwischen Trägerverbänden und den Kostenträgern enthalten. So beschreibt der Rahmenvertrag in NRW in §2 (3) Leistungen der sozialen Betreuung.</p> <p>Gestaltung eines selbst bestimmten Lebensraums, Hilfen bei der Alltagsgestaltung. Vorbeugung vor Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität.</p> <p>Soziale Betreuung soll Orientierung in der Zeit, im Ort, an Personen fördern, soziale Alltagsgestaltung, Erledigung persönlicher Angelegenheiten, Bewältigung in Krisensituationen, Bewältigung von Lebenskrisen und Begleitung Sterbender leisten</p>	<p>Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen sollen das Wohlbefinden, den physischen Zustand, die psychische Stimmung positiv beeinflussen</p> <p>Beispielhaft aufgezählte Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Malen basteln</li> <li>○ Handwerkliche Arbeiten, leichte Gartenarbeiten</li> <li>○ Haustiere füttern und pflegen</li> <li>○ Kochen, backen</li> <li>○ Anfertigung von Erinnerungsalben oder -ordnern</li> <li>○ Musik hören oder musizieren, singen</li> <li>○ Brett- und Kartenspiele</li> <li>○ Spaziergänge und Ausflüge</li> <li>○ Bewegungsübungen, tanzen in der Gruppe</li> <li>○ Besuch kultureller Veranstaltungen, Gottesdienst</li> <li>○ Lesen und Vorlesen</li> <li>○ Fotoalben anschauen</li> <li>○ Betreuungskräfte sollen für Gespräche und Alltägliches zur Verfügung stehen. Ihre Anwesenheit soll Sicherheit und Orientierung geben.</li> </ul>

Eine genaue Abgrenzung gegenüber den sozialen Betreuungsleistungen der Regelleistungen wie auch gegenüber den Pflegeleistungen (zum Beispiel Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme) wird eher selten durchgeführt.

Folgt man den Intentionen der Rahmenverträge zwischen Kostenträger und Leistungsträger, soll die Regelleistung stärker die persönliche Assistenz umfassen, während zusätzliche soziale Betreuungsleistungen eher den konkreten Alltag und seine Gestaltung in den Blickpunkt rücken.

In Anbetracht der Vorgaben ist es allerdings im Alltag schwierig, Unterschiede in der Aufgabenwahrnehmung deutlich zu machen.

### **5.3 Art und Umfang des Einsatzes der Betreuungskräfte im SSB**

Wie in der oben dargestellten Orientierung im Zeiteinsatz wird auch vergleichbar im SSB gearbeitet. Ebenso werden die Trennungen zwischen Regelleistungen und zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87 b deutlich vollzogen. Das wurde in den Interviews mit den Betreuungskräften und der Leitung der Betreuungskräfte deutlich.

Interview (F1) Welche Angebote üben die Betreuungskräfte mit den Bewohnern aus? Wie häufig und wie lange erfolgen die Aktivitäten?

*Es werden viele niederschwellige Angebote durchgeführt. Es gibt eine Wochenstruktur. Wochentags werden an allen Tagen Angebote gemacht. An Wochenenden gibt es eher Musikangebote, an Samstagen und Sonntagen stehen eher religiös ausgerichtete Angebote im Vordergrund.*

*Die vorgesehene Zeit beträgt 10 Minuten je Bewohner und Tag. Da in der Regel immer mehrere Bewohner zusammensitzen, werden diese Zeiten zusammengerechnet. (ID 001)*

Für die einzelnen Pflegeoasen stehen demnach täglich zweimal ca. 20 - 30 Minuten zur Verfügung. Sie ist in diesem vorgesehenen Zeitrahmen realisierbar und wird auch kontinuierlich durchgeführt. Eine intensivere Betreuung ist angesichts der erheblich eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeiten und Aufmerksamkeit nicht sinnvoll.

Interview (F2) Finden die Aktivitäten i.d.R. in einer Gruppe oder als Einzelbetreuung statt?

*Die Betreuungskräfte sind sehr unterschiedlich in ihren Fähigkeiten und somit auch in ihren Tätigkeiten. Sie gehen z.B. individuell auf die Bewohner ein oder*

*richten sich an die Gemeinschaft wie z.B. mit Musik. Im Wiesengrund sind vier Betreuungskräfte aktiv.*

*Die Anregungen kommen bei den Bewohnern gut an. (ID 001)*

Die Betreuungskräfte (Alltagsbegleiterinnen) nehmen im Pflegeoasenkonzept im Seniorenzentrum in Bamberg eine hervorgehobene Stellung ein. Die Leiterin der Betreuungskräfte beschreibt die Stellung der Betreuungskräfte im SSB

Interview (F3): Durch wen wird das Betreuungsangebot entwickelt?

*„Die Zuständigkeit sieht so aus:*

<i>Betreuungskräfte Fach- und Dienstaufsicht</i>			<i>Gesamt – PDL</i>		
<i>Leitung Betreuungskräfte</i>			<i>Pflegedienstleitung gesamt</i>		
<i>Koordinatorin für Betreuung und Beschäftigung</i>					
<i>GPFK</i>	<i>GPFK</i>	<i>GPFK</i>	<i>Stellv. PDL</i>	<i>Stellv. PDL</i>	<i>Stellv. PDL</i>
<i>Demenz-bereich</i>	<i>Haus Alten-burgblick</i>	<i>Haus Domblick</i>			
<i>4 Betreuer</i>	<i>2 Betreuer</i>	<i>3 Betreuer</i>			

GPFK= Gerontopsychiatrische Fachkraft

*„Die Betreuungskräfte erhalten von den Gerontopsychiatrischen Fachkräften (GPFK) die entsprechenden Informationen. Sie sind zuständig für den Einsatz und erstellen hierfür einen Aktivitätsplan.*

*Derzeit sind drei (von vier) GPFK eingesetzt. Sie sind nicht in die Pflege eingebunden.“ (ID 001)*

#### **5.4 Anforderungen an Betreuungskräfte und Qualifikation**

Die Richtlinien nach § 87 b Abs. 3 SGB XI enthalten grundlegende Anforderungen an Betreuungskräfte. Sie sind als bedeutend in der Pflege anzusehen, wie Palm (a.a.O.) dargestellt hat. In den Richtlinien wurden beispielhaft aufgeführt:

- „eine positive Haltung gegenüber kranken, behinderten und alten Menschen,
- Beobachtungsgabe und kommunikative Fähigkeiten,
- Empathiefähigkeit und Beziehungsfähigkeit,

- die Bereitschaft und Fähigkeit zu nonverbaler Kommunikation,
- Phantasie, Kreativität und Flexibilität,
- Gelassenheit im Umgang mit verhaltensbedingten Besonderheiten infolge von demenziellen und psychischen Krankheiten oder geistigen Behinderungen,
- Psychische Stabilität, Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns, Fähigkeit sich abzugrenzen,
- Fähigkeit zur würdevollen Begleitung und Anleitung von einzelnen oder mehreren Menschen mit Demenz, psychische Erkrankungen oder geistigen Behinderungen,
- Teamfähigkeit
- Zuverlässigkeit“. (§ 3 Richtlinien nach § 87 b, a.a.O.)

Es ist, wie bereits oben dargestellt, nicht zu erwarten, dass die Betreuungskräfte alle genannten Fähigkeiten mitbringen, so dass einige Qualifikationen erworben werden müssen. Darüber hinaus werden regelmäßige Fortbildungen gefordert. Mindestens einmal jährlich soll eine zweitägige Fortbildungsmaßnahme durchgeführt werden.

### **5.5 Qualifikation im SSB**

Im SSB werden diese Fortbildungsmaßnahmen durch In-house-Schulungen ergänzt.

Interview (F5) Wie beurteilen Sie die Qualifikation der Betreuungskräfte?

*Die Betreuungskräfte werden begleitend geschult. Es finden 2-tägige Schulungen jährlich statt. An diesen Schulungen nehmen auch die GPFK teil. Einzelne individuell aufgenommene externe Weiterbildungsmaßnahmen wie z.B. „Sitztanz“ werden im Team weitergegeben. Sonst werden auch hin und wieder Inhouse-Schulungen durchgeführt wie etwa „Basale Stimulation“.*

*Die Betreuungskräfte arbeiten mit 50% bzw. 75% VZ, d.h. alle arbeiten in Teilzeit. Dieser Anteil wird auch eingehalten.*

*Bisher zeigten die Betreuungskräfte kein Interesse an weitergehenden beruflichen Qualifizierungen im Pflegebereich. (Anm.: GPFK=gerontopsychiatrische Fachkräfte)*

Interview (F6) Bitte beurteilen Sie die Arbeit der Betreuungskräfte! Wie qualifiziert sind diese aus Ihrer Sicht? Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe dafür?

*Die Qualifizierung reicht grundsätzlich aus und wird systematisch ergänzt. Es werden niederschwellige Angebote durchgeführt. Die Voraussetzungen hierfür sind in der Re-*

*gel nicht hoch. Pflegeleistungen sollen und dürfen von ihnen nicht geleistet werden. Die Mitarbeiter/innen sind emphatisch und offen für neue Wege. Sie bringen aus ihrer vorherigen Tätigkeiten praktische Erfahrungen mit wie aus Berufen wie Schneiderin, Bäckerin und ähnliches.*

*Im Rahmen ihrer Betreuungstätigkeit treffen sie eigene Entscheidungen. Die vorgegebenen Grenzen werden nicht überschritten. Sie sind verantwortlich für andere und eingebunden in Teamstrukturen.(ID 001)*

Interview (F7) Wenn Sie daran denken, was die Betreuungskräfte können und wissen; womit sind Sie besonders unzufrieden bzw. zufrieden? Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe hierfür?

*Ich bin nicht unzufrieden, denn die Betreuungskräfte weisen:*

- *hohe Zuverlässigkeit,*
- *große Empathie auf.*
- *Sie lernen voneinander – einmal monatlich Teambesprechung*
- *Niedriger Krankenstand*
- *Leisten freiwillig Unterstützung wenn jemand fehlt*

*Man muss auch schon mal die Begeisterung bremsen.(ID 001)*

## **5.6 Auswirkungen auf den Lebensalltag der Bewohner**

Interview (F8): Wie wirkt sich die Begleitung der Betreuungskräfte, ihre Einbindung in den Alltag und das Pflege- und Betreuungsteam auf die Betreuungssituation aus.

*Es ist eine hohe Vertrautheit in der Begegnung zwischen Betreuungskräften und Bewohnern entstanden. Sie erhöhen die zeitliche Präsenz des Personals in den Bewohnerräumen im Gemeinschaftsbereich.*

- Wie hat sich die Betreuungssituation der übrigen Bewohner verändert?

*Andere Bewohner nehmen die Anwesenheit der Betreuungskräfte ebenfalls positiv wahr, auch wenn sie nicht unmittelbar angesprochen werden.*

Eine Betreuungskraft berichtet von kleinen Alltagsgeschehen. Sie seien sehr erfolgreich, denn sie sprechen die Bewohner unmittelbar an. So wurden im Raum der Oase Wiesengrund Rühreier gebraten.

*„Das war ein Riesenerfolg. Herr H. war begeistert. Mit Frau B wurde das „Ave Maria eingeübt. Das war sehr rührend, denn Frau B ist sehr religiös“. (ID 002)*



## 5.7 Auswirkungen auf die Arbeit der Pflegekräfte

Interview (F10) Bitte schildern Sie, was sich durch die Einstellung der zusätzlichen Betreuungskräfte für das Pflegepersonal verändert hat? Bitte nennen Sie die Gründe hierfür!

...wie hat sich die Tätigkeit der Pflegekräfte verändert?

*Die Pflegekräfte sind froh. Für sie bedeutet der Einsatz der Betreuungskräfte eine Entlastung. Die Bewohner sind ruhiger geworden. Die Pflegekräfte helfen auch schon mal mit, wenn es bei bestimmten Betreuungsangeboten wie z.B. Veranstaltungen im Hause, Unterstützung bei den Transfers braucht. Die Spannungen zwischen verschiedenen Tätigkeitsbereichen werden so vermieden oder zumindest abgebaut.*

...wie hat sich der Arbeitsablauf/die Arbeitsorganisation verändert?

*Der regelmäßige Einsatz der Betreuer/innen erfordert schon eine zeitliche Einstellung der Pflege auf die Betreuung.*

...wie hat sich die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte verändert?

*Die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte ist im Hinblick auf den Einsatz der Betreuungskräfte nicht durch uns prüfbar. (ID 001)*

Interview (F11) Bitte beschreiben Sie, in welcher Form Sie mit den Betreuungskräften zusammenarbeiten! Werden diese durch Sie angeleitet? Wie erfolgt die Abstimmung mit diesen?

*Die Organisation der Arbeitsabläufe führt alle Pflege- und Betreuungskräfte zu einer gemeinsamen Abstimmung. Da hier der Demenzbereich angesprochen ist, sind die GPFK in der Rolle der Vermittler zwischen der Fachpflege und der Betreuung und den Tagesabläufen. (ID 001)*

Interview (F12) Wie hat sich die Arbeit der Betreuungskräfte auf das Arbeitsklima insgesamt ausgewirkt? Bitte nennen Sie Gründe hierfür.

*Das Arbeitsklima hat das gesamte Haus positiv beeinflusst. (ID 001)*

Interview (F13) Wie hat sich die Arbeit der Betreuungskräfte auf Ihre eigene Zufriedenheit mit Ihrer Arbeit ausgewirkt? Bitte nennen Sie Gründe hierfür!

*Die Steuerung der Betreuungskräfte wurde durch die Ansiedlung als eigenständige Einheit im Hause gebildet was auch die Hierarchie erleichtert. Sie motiviert alle Mitar-*

*beiter und stärkt auch die Position der Leitung dieser Betreuungskräfte und somit die eigene Position. (ID 001)*

Diese Sicht wird auch von Seiten der Leitung unterstützt. *„Die Alltagsbegleiter (Anm. Betreuungskräfte nach § 87 b) haben im Haus einen eigenen Status, Sie stellen eine eigene Berufsgruppe dar. Sie werden von anderen Mitarbeitern geschätzt. Pflegekräfte und Alltagsbegleiter tauschen sich aus.“ (ID 003)*

Die Stellung der Alltagsbegleiter/zusätzlichen Betreuungskräfte war nicht von Anfang an so anerkannt.

*„Es besteht eine Konkurrenz zwischen Betreuungstätigkeit und Pflegetätigkeit. Hier entsteht ein Spannungsfeld. Die Tätigkeit der Alltagsbegleiter ist zu sehr abgegrenzt (Anm.: Konflikt SGB XI Regelversorgung mit § 87 b). Wichtig erscheint, Pflege und Betreuung in Kontakt zu bringen. (ID 002)“*

Die eingeführten Teambesprechungen, der interne Austausch und auch die Fallbesprechungen sind sehr fördernd für die gemeinsame Arbeit (gewesen).

## **5.8 Konzeptionelle Orientierung**

Die Zusammenführung der Schwersterkrankten zu einer Betreuungsgruppe lässt eine häufigere Ansprache und bessere Alltagsbegleitung zu. Die Oasenbewohner mögen Berührung durch Betreuungskräfte oder Therapeutin und sie mögen es, wenn sie gemeinsam am Tisch sitzen. Alle diese Ereignisse werden über den Tag leichter möglich, wenn das Personal alle Bewohner im Blick hat und umgekehrt auch von allen zu jeder Zeit gesehen und angesprochen werden kann.

Zum Beginn des Jahres 2014 hatte die Konzeption in Bamberg ihre Position gefunden. In zwei Pflegeoasen konnte eine Belegungskonstanz und strukturierte Alltagsbegleitung eingerichtet werden. In der dritten Pflegeoase konnte zumindest in der Übergangszeit vorübergehend z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder bei Neueinzug einige Bewohner aufgenommen und somit die Belegung erhöht werden. Inwieweit die dritte Pflegeoase als solche weitergeführt werden kann, muss sich zeigen, eventuell müssen andere Konzepte für diese Plätze gefunden werden.

Generell enthält die Betreuung in der Pflegeoase ein hohes Rehabilitationspotenzial (WBL ID 004). Im Einzelfall waren schnelle Erholungsphasen nach

Krankenhausaufenthalt berichtet worden. Die Ansätze zur Palliativpflege sind zu Gunsten der Reha-Ausrichtung verschoben.

### **5.9 Einschätzungen der Gemeinschaft und Kontaktfähigkeit in den Pflegeoasen.**

Interview WBL (F5 – F8) Wie würden Sie die Kontaktfähigkeit einschätzen? Kann so etwas wie Gemeinschaft unter den BW in den Pflegeoasen entstehen?

*Alle verfügen über Fähigkeiten, Kontakte aufzunehmen. So z.B. Frau B, wenn sie „Hallo“ ruft, sucht sie Kontakt. Bei anderen Bewohnern geschieht dies über Beobachtungen, sie begleiten uns mit den Augen.*

*Frau B schaut rüber, tippt an. Herr H z.B. schiebt den Teller zu Herrn R rüber oder auch sein Glas, wenn Herr R keins hat.*

*Wenn Frau F und Frau B nicht zusammensitzen, wird Frau F oder Frau B unruhig und sucht. Wenn Frau F und Frau B zusammensitzen, sind sie ruhiger.*

*Bei Herrn H müssen rechts am Tisch die Frauen und links die Männer sitzen. Herr H achtet darauf, dass dies eingehalten wird (ID 004).*

Die Kontaktfähigkeit der Oasenbewohner wird auch von anderen Pflegekräften bestätigt. Auch das Reha-Potenzial der Pflegeoasen wird von den interviewten Mitarbeitern hoch eingeschätzt (ID 004, 005, 006)

### **5.10 Alltagsbegleiterinnen in den Pflegeoasen**

Zusätzliche Betreuungskräfte, die Alltagsbegleiterinnen, werden im SSB in Teilzeit mit 50 % bis 75 % Vollzeit eingesetzt. Ihr Aufgabenfeld deckt sich etwa mit dem der in den Richtlinien beispielhaft angeführten Tätigkeiten (a.a.O.).

Der Ablauf ist ritualisiert und beginnt bei der persönlichen Vorstellung bzw. Begrüßung. Die Kontaktaufnahme wird verbal, nonverbal oder auch basal durch Körperkontakt vollzogen.

Die Beschäftigung richtet sich nach der Tagesform der Bewohner. Programmatisch ist die Zeit von 10.00 – 11.00 Uhr vormittags und nachmittags von 15.00 – 16.00 Uhr mit Betreuungs- und Aktivierungsangeboten belegt.

Aus Sicht der Pflege sollten Alltagsbegleiterinnen bestimmte Fähigkeiten mitbringen. Hierzu zählen nicht nur kognitive Fähigkeiten.

*„Sie müssen verstehen, gute Stimmung, Ausstrahlung, Einfühlungsvermögen, Empathie, Auffassungsgabe, Motivation“ zeigen (Interview F6, ID 2004). Auch „Geduld, Freundlichkeit, Freude am Umgang mit Menschen, Ideen und Inspirationen was anzu-*

*bieten. Die Bereitschaft dazuzulernen und es auch umzusetzen“ (ID 006) wurden genannt.*

Betreuungskräfte selbst sehen ganz ähnliche Eigenschaften als hilfreich für ihre Arbeit an.

*„Umgang mit Menschen, Zugang zu Personen finden, Einfühlungsvermögen, Wissen, Beobachtungsgabe, Empathie“ (ID 002). Ergänzend werden auch „Erfahrungen, Verständnis der Bewohner, viel reden denn die Bewohner hören gerne zu, Flexibilität in der Beschäftigung, unterschiedliche Angebote bieten können“ als notwendig angesehen.*

### **5.11 Was wird angeboten? Beispiele**

Im SSB bekommen die Alltagsbegleiterinnen eine Weiterbildung, die auf ihre Fähigkeiten und auf ihre zukünftigen Aufgaben ausgerichtet wird.

In der Pflegeoase liegt die zentrale Aufgabe in der Erhaltung der sozialen Identität. Die Alltagsbegleitung folgt hierzu verschiedenen Ansätzen.

1. Biografieorientierte Aktivitäten
2. Allgemein erfahrene Lebensbezüge
3. Gemeinschaftsbezogene Anregungen
4. Kognitive und physische Trainings wie Gedächtnistrainings und Gymnastik
5. Sinnesanreizende Tätigkeiten (visuell, akustisch, olfaktorisch und gustatorisch)

Als gemeinschaftsbildende Tätigkeiten sollen die Aktivierungsangebote möglichst alle Pflegeoasenbewohner einbeziehen. Aus der personellen Kontinuität der Alltagsbegleiterinnen gewinnen die Bewohner Sicherheit. Ihre Orientierungsfähigkeit gegenüber Personen wird gestärkt.

Die Aktivitäten in den Pflegeoasen im Wiesengrund und im Altenburgblick wurden von den Bewohnern im Beobachtungszeitraum immer besser angenommen und hatten einen wesentlichen Anteil an der Gemeinschaftsbildung. Durch die wissenschaftliche Begleitung wurden Merkmale der gegenseitigen Wahrnehmung sichtbar, die sich im Sozialverhalten äußerten.



Abb. 24: Alltagsbegleiterin mit Pflegeoasenbewohnern und Gästen

### 1. Biografieorientierte Aktivierung

Die Alltagsbegleiterinnen kennen die Bewohner und ihr Herkunftsmilieu. Einige Personen waren schon vor Einzug in die Pflegeoase bekannt, andere werden durch die gerontopsychiatrische Fachkraft und das Pflegeteam den Alltagsbegleiterinnen bekannt gemacht. Vorlieben und Alltagsbezüge der Personen werden zusammengetragen.

Unter Berücksichtigung des Demenzstadiums kommen dann Erlebnisse, Geschichten oder Ereignisse aus der Zeit, die noch irgendwie präsent sind, zum Tragen.

Die Brücke bilden Medien wie z.B. alte Modehefte, Berichte aus der Zeit vor 30, 40 oder mehr Jahren. Individuell werden auch persönliche Erlebnisse angesprochen. Eheschließung, Kinder oder andere Personen werden in Geschichten einbezogen.

Geschichten aus der Kinderzeit sprechen im Einzelfall auch an. Auf der Abb. 24 sind Gäste und Oasenbewohner abgebildet. Sie hören Geschichten zu und werden mit Liedern zur Gitarrenbegleitung an bekannte Melodien erinnert. Hin und wieder wird mitgesummt oder ein Körperteil rhythmisch bewegt.

### 2. Allgemein erfahrene Lebensbezüge

Tagesabläufe erinnern an früher gewohnte Tätigkeiten. In der kleinen Runde der Pflegeoase mit Familiengröße erleben die Bewohner das Decken des Ti-

sches, kleine Zwischenmalzeiten und das gemeinsame Mittagessen. Die Betreuungskräfte stützen die Zwischenzeiten ab – das andere ist Sache des Pflegepersonals - und vermitteln Kontakte der Bewohner untereinander.

Die Hilfen bei der Orientierung in der Zeit erfolgt auf vielfältige Weise, etwa Jahreszeiten orientiert. Feste mit Lebensbezügen auch kirchliche Feste wie generell kirchliche Bezüge bieten den Betreuungskräften Anhaltspunkte.

### 3. Gemeinschaftsbezogene Anregungen

Personen mit eingeschränkter Mobilität und zugleich kognitiven Beeinträchtigungen benötigen Strukturen der Begegnung. Soweit die Fähigkeiten zum Spielen vorhanden sind, werden diese angeregt.

Etwas Gemeinsames kann auch die leichte spielerische Tätigkeit mit Luftballon oder Softball sein (Abb.: 25 - 26).

In der Vormittagsrunde der Alltagsbegleiterinnen soll die Anregbarkeit der Bewohner, ihre Reaktion und ihr Sinn für die Mitbewohner gereizt werden. Die Bewohner der Pflegeoase sind kognitiv erheblich beeinträchtigt und in ihrer Mobilität eingeschränkt. Die Alltagsbegleiterin versucht mit dem bei Kindern beliebten Spiel mit Luftballon die Bewohner zu animieren.



Abb. 25: Spiel mit dem Luftballon

Es gelingt auf Anhieb, die Aufmerksamkeit der kleinen Tischrunde zu erzeugen und ein munteres Spiel beginnt. Als ob die Teilnehmer an diesem Spiel ihre Krankheit vergessen hätten, freuen sie sich und lachen, spielen sich den Ball gegenseitig zu, zum Teil sehr konzentriert. Plötzlich platzt der Ball, die Spieler erschrecken kurz und spielen dann weiter.



Abb. 26: Spielverlauf

Der Schreck war nur sehr kurz, nun wird ein Softball eingesetzt und das muntere Spiel setzt sich fort. Der Ball fliegt über den Tisch und die Spieler werfen ihn zurück. Es wurde sehr schnell eine gute Stimmung erzeugt. Der Einsatz und die Einsatzzeit haben niemanden überfordert.



Abb. 27: Spiel mit dem Softball

#### 4. Kognitive und physische Trainings wie Gedächtnistrainings und Gymnastik

Die Alltagsbegleiterinnen erreichen mit ihren Aktivitäten zumeist mehrere Effekte. Kleine Gymnastikübungen (im Sitzen) stärken die Muskulatur, trainieren die Konzentration und beugen Kontraktoren vor. Auch leichte Massagen können von Betreuungskräften ausgeführt werden, sie wirken basal stimulierend.

Andere Übungen richten sich auf die geistige Regsamkeit. Das Benennen von Tieren, Vögeln u.a. durch Vorlegen von großen Abbildungen zählt etwa hierzu. In der Verbindung mit musikalischer Begleitung lassen sich selbst bei Personen mit schwerer Demenz noch einige Bruchstücke aus bekannten Liedern erschließen, wie sie auch in Verbindung mit biografisch ausgerichteter Ansprache versucht wird.

Mit der Vorlage oder etwa auch dem Zusammenstellen von Motiven oder farblichen Kompositionen, Blumen u.ä. eröffnet sich für die Alltagsbegleiterinnen ein breites Feld an Aktivierung mit Anregung diese musikalisch zu begleiten oder auch biografisch an die individuelle Geschichte der Teilnehmer anzuknüpfen.

Letztlich sind auch Anregungen aus dem jeweiligen Herkunftsmilieu eines oder mehrerer Bewohner herstellbar.

Es bietet sich ein großes Experimentierfeld, ohne die Bewohner zu überfordern.





Abb. 28 Verschiedene Szenen und Farben werden zusammengestellt.

5. Sinnesanreizende Tätigkeiten (visuell, akustisch, olfaktorisch, gustatorisch). Der Einsatz von Musikinstrumenten, der Geruch von Kräutern oder zubereiteten Lebensmitteln die zugleich als Geschmackstest dienen, spricht verschiedene Sinne an. Einfache Aktionen wie das Braten von Rühreiern kommen bei den Bewohnern gut an. Zum Anreizen der Sinne hat sich auch die Tao-Leier als ein geeignetes Instrument erwiesen, wie auch ihr Einsatz in anderen Pflegeoasen wie in Garching a.d.A. oder in Fürstzell gezeigt hat.



Abb. 29: Sinnesreize

Mit Hilfe diverser Aromen werden die Geruchssinne angesprochen. In einem kleinen Aromabehälter werden beispielsweise Düfte von Melisse, Rosenholz, Pfefferminz oder Lavendelöl erzeugt.

Zusammenfassend bedeuten der Einsatz der Alltagsbegleiterinnen / zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87 b eine erhebliche Entlastung des Pflegepersonals. Die Bewohner profitieren davon, auch wenn die Anregungen nicht hoch professionell ausgeführt werden, erreichen sie die Menschen.

Vielleicht ist es auch gerade die natürliche Zugewandtheit, die Empathie, die die Bewohner spüren. Wirkung zeigt beispielsweise die Kombination von visueller und akustischer Begleitung.

Die Betrachtung von Bildern mit heimischen Vögeln und die begleitende „Kommentierung“ mit einem bekannten Volkslied wie: „Ein Vogel wollte Hochzeit machen ...“ erhöht die Aufmerksamkeit. Die Reaktionen waren immer auf beides gerichtet, was für die Demenzkranken eine erstaunliche Leistung darstellt.

### **Letzter Besuch der Begleitforschung 11. März vormittags 10.00 Uhr**

Pflegeoase 1 mit fünf Personen voll belegt

Herr H liegt auf dem Bett und wird von Therapeuten behandelt. Er hat sich verändert, redet mehr, unterhält sich. Noch zu Beginn unserer Begleitung hat Herr H nicht gesprochen.

Herr G sitzt am Tisch. Er ist nach einem Schlaganfall hier herein gekommen und hat sich bereits sehr schnell positiv entwickelt.

Herr H sitzt am Tisch, ist noch mobil aber demenziell erkrankt. Er zeigt hohes Sozialverhalten, erkennt Herrn G.

Frau B ist sehr munter und lebendiger geworden. Sie hat sich weiter entwickelt.

Frau F ist immer gleich bleibend. Mag Düfte und basale Stimulation.

Pflegeoase 2 mit vier Personen voll belegt

Frau S ist noch vital, bekommt häufig Besuch vom Sohn.

Frau St hat sich nach rückläufiger Entwicklung wieder gefangen und nimmt mich wahr. Sie grüßt zum Abschied durch Handheben.

Frau W aus dem Wiesengrund ist blind aber kognitiv in der Lage zu antworten, sie gibt die Hand zur Begrüßung.

Frau K liegt im Bett, ist erst seit kurzem in der Oase.

Pflegeoase 3 mit einer Person belegt, vermutlich nur vorübergehend.

## 5.12 Einbindung der Pflegeoasen in das Haus Wiesengrund und Haus Altenburgblick

Die Betreuung in der Kleingruppe eröffnet die intensive individuelle Begleitung und neben den gemeinsamen Stunden in den eigenen Gemeinschaftsbereichen die Teilnahme an den Hausereignissen für alle Bewohner. Die Tanznachmittage zählen zu den Veranstaltungen, die auch für die schwerstpflegebedürftigen Bewohner integrative Funktion erzeugt.

Die Nutzung des Gemeinschaftsbereiches innerhalb des Wohnbereichs zusammen mit anderen Mitbewohnern dieses Wohnbereichs wird zu bestimmten Anlässen ermöglicht.



Abb. 30: Tanztee für alle Bewohner

Pflegeoasen sind Lebensräume, die ihre Bewohner auch bei Schwersterkrankungen zusammenbringen und kleine Gemeinschaften entstehen lassen.

Der eigene kleine Gemeinschaftsbereich innerhalb der Pflegeoase bildet jedoch den bedeutendsten Kommunikationsort. Hier werden die Mahlzeiten eingenommen, Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote wahrgenommen und kleine Unterhaltungsprogramme wie Vorlesen, Musikdarbietungen oder Spiele durchgeführt. In der kleinen Runde mit vier bis fünf Bewohnern kann auf individuelle Fähigkeiten gezielt eingegangen werden.

## 6. Bauliche Voraussetzungen

Die Einschätzung der baulichen Umwelt als fördernder oder hemmender Faktor in der Versorgung schwer demenziell erkrankter Menschen erfolgt anhand der oben genannten Kriterien in Anlehnung an das Verfahren TESS von Sloane u.a. (a.a.O.)

<b>Sicherheit</b>	
<p><b>Sicherheit</b></p> <p>Mit der hohen Personalpräsenz über den Tag innerhalb der Pflegeoasen wird den Bewohnern eine hohe Sicherheit gegenüber akut auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen gegeben.</p> <p>„Es ist (fast) immer jemand da.“ Pflege und Betreuung wechseln miteinander.</p> <p>Das ist vergleichsweise im Einzelzimmer nicht leistbar.</p> <p>Bewohner der Kontrollgruppe verbringen den Tag zeitlich überwiegend im individuellen Raum.</p>	<p><b>Ausgangskontrolle</b></p> <p>Für die Oasenbewohner nicht mehr relevant. Der maximale Bewegungsradius in den Pflegeoasen liegt bei einer Person bei ca. 30 m innerhalb des Wohnbereichs. Sonst besteht unselbstständige Rollstuhlnutzung, in einem Fall Bettlägerigkeit</p> <p>Mobile Bewohner der Kontrollgruppe leben in der Demenzstation. Sie bewegen sich innerhalb ihres Wohnbereichs. Die Außentür verfügt über ein Alarmierungssystem, das dann ausgelöst wird, wenn eine Person den Bereich verlässt.</p> <p><b>Instandhaltung / Erhaltungszustand</b></p> <p>Die Räume sind neu gestaltet, individuelle wie auch gemeinschaftliche Einrichtungsobjekte sind ebenfalls neu.</p> <p><b>Sauberkeit</b></p> <p>Zu allen Beobachtungszeiträumen war immer hohe Sauberkeit im Raum wie auch bei den Gebrauchsgegenständen vorhanden.</p> <p><b>Sicherheit</b></p> <p>Haus Altenburgblick: Da die Bewohner nicht mehr mobil sind, ist für diese Bewohnergruppe keine extra Sicherheitskontrolle notwendig.</p> <p>Haus Wiesengrund: Die Ausgangskontrolle dient der Sicherheit der noch mobilen Bewohner.</p>
	
<p>Abb. 31: Pflegeoasen Haus Altenburgblick</p>	

Den Pflegeoasen auf beiden Ebenen sind Außenräume – Balkone und Terrassen - zugeordnet. Die gemeinsame Organisation über die beiden Ebenen wird erschwert, ein Zusammenschluss ist wenig sinnvoll. Jedoch erscheint eine organisatorische Anbindung der oberen Pflegeoase an die Oase im Haus Wiesengrund auf derselben Ebene bedenkenswert.

<b>Orientierung</b>	<b>Orientierung / Hinweise</b>
<p><b>Privatheit und Autonomie</b></p> <p>Die Privatheit, die uneingeschränkte Verfügung über den eigenen Raum wird im Einzelzimmer gesichert.</p> <p>Doppelzimmer schränken die Privatheit erheblich ein.</p> <p>Die Autonomie wird dagegen nicht zwingend gewahrt. Sie wird durch die Möglichkeit der Selbstentscheidung über die Gestaltung des Alltags bestimmt. Bei dem Ausmaß der körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen bekommen Bewohner im Einzelzimmer weniger Gelegenheit der Begegnung mit anderen Personen. Sie sind auf Unterstützung von außen angewiesen, finden aber weniger Gelegenheit diese auch zu bekommen.</p>	<p><b>Privatheit</b></p> <p>Pflegeoasenbewohner leben in baulich zusammengeschlossenen Räumen, die voneinander mit Hilfe von Sichtschutz abgegrenzt werden können, etwa bei der Grundpflege oder therapeutischer Behandlung. Gegenüber der Einzelzimmerversorgung ist die Privatheit reduziert.</p> <p>Die Autonomie wird dagegen durch den höheren Kommunikationsanteil in der Alltagsgestaltung deutlich erhöht. Es bestehen mehr Gelegenheiten mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen.</p>
<p><b>Wohnbereichsautonomie / Demenzstation</b></p> <p>Die Demenzstation im Haus Wiesengrund ist gegenüber anderen Wohnbereichen abgegrenzt. Die hier lebenden Bewohner haben einen besonderen Betreuungsbedarf und werden von zusätzlichen Betreuungskräften unterstützt. Die Pflegeoase im Haus Wiesengrund ist Bestandteil der Demenzstation. Das Personal ist insgesamt auf eine segregative Versorgung ausgerichtet.</p> <p>Die Pflegeoasen im Haus Altenburgblick sind an Gebäudeecken angeordnet. Der Wohnbereich ist sonst nicht auf Menschen mit Demenz ausgerichtet. Die Versorgung schwer demenziell erkrankter Menschen wird personell mit Pflege- und Betreuungskräften geleistet, die auch Erfahrung im Umgang mit diesen Menschen haben. Auf der „Normalstation“ ist dies begrenzt zu erwarten.</p>	

## 6.1 Zugang zu Außenbereichen

Haus Altenburgblick: Im EG ist der Zugang in den vorliegenden Terrassenbereich barrierefrei ausgeführt, ebenso im Obergeschoss im Übergang zu den Balkonen. Die Größe ist jeweils für die Anzahl der Bewohner geeignet.

Haus Wiesengrund: Hier besteht ein Zugang zu den Balkonen vor den Wohn-Pflegeplätzen. Die 3 Balkone sind nur als Einzelbalkone nutzbar. Alle fünf Oasenbewohner haben nicht zugleich Platz auf einem Balkon. Eine Bettenstellung ist nicht möglich. Die Außenbereiche sind für die Pflegeoase nur begrenzt geeignet.

### Beleuchtung

Haus Altenburgblick: Die Beleuchtung ist mit einer digitalen Lichtsteuerung ausgestattet. Die Beleuchtungsstärke im Raum liegt bei 800 – 920 Lux. An den Betten beträgt die Beleuchtungsstärke am Kopfende noch 280 bis 320 Lux. An der Küchenzeile werden 300 Lux erreicht. Die Qualität und Quantität der Beleuchtung wird als gut bewertet.

Haus Wiesengrund: Die Beleuchtungsstärke fällt für die Bewohner der Pflegeoase sehr unterschiedlich aus. Im mittleren und hinteren Raumbereich liegt die Beleuchtungsstärke mit eingeschaltetem Licht bei 70 bis 105 Lux, an den Fenstern bei 180 bzw. 350 Lux, bei wolkenloser und sonniger Lichtsituation außen. Am Gemeinschaftstisch wurden 270 Lux gemessen, während direkt am Fenster 1.000 Lux erreicht wurden.

Bis auf einen Pflegeplatz ist die Beleuchtungsstärke deutlich zu gering und genügt nur bedingt den heutigen Anforderungen.

### Lärm - Geräuschpegel

Zeitweise wird im Haus Altenburgblick wie auch im Haus Wiesengrund sehr laut Musik angestellt. Die erreichte Dezibel-Zahl (dB) liegt bei bis zu 60 dB (Dezibel). Zum Vergleich: Ein normal-lautes Gespräch erzeugt etwa 50 – 55 dB.

Die Musik wird zwischenzeitlich parallel zur Grundpflege und vor Eintreffen des Betreuungspersonals eingeschaltet, auch wenn mal kein Personal im Raum ist. Der Biografiebezug der Musik besteht eher zum Personal als zum Bewohner.

Empfohlen werden zeitliche Begrenzungen der Musikgestaltung (bis zu 30 Minuten vormittags wie auch nachmittags) und biografisch orientierte Musikauswahl. Während der Anwesenheit von Personen im Raum soll die Lautstärke der Musik aus digitalen Medien wie Fernsehen oder Radio (wenn sie schon nicht vermeidbar ist) um mind. 10 dB geringer sein, als das gesprochene Wort. Das heißt nicht lauter einstellen, als mit leiser Stimme gesprochen.

**Visuelle / taktile Stimulation**

Visuell stimulierende Umgebungsfaktoren sind (bisher) nicht vorgesehen. Im Haus Altenburgblick werden Poster und farbige Tafeln eingesetzt Taktile erfahrbare Stimulationen sind nicht vorhanden. Die Anregungen der Sinne werden über die Betreuungskräfte vermittelt.

Soziales Milieu	Räumlichkeit
<p>Haus Wiesengrund: Im allgemein verfügbaren Gemeinschaftsbereich des Wohnbereichs sind für mobile Pflegeoasenbewohner (eine Person) Begegnungen mit anderen Bewohnern des Wohnbereichs möglich.</p> <p>Das soziale Milieu ist relativ homogen zusammengesetzt (segregativ).</p> <p>Das Personal ist auf die Betreuung demenziell erkrankter Menschen eingestellt.</p> <p>Die Kontakte der Bewohner untereinander haben sich im Beobachtungszeitraum sehr gut entwickelt.</p> <p>Haus Altenburgblick: Die Zusammensetzung der Pflegeoasenbewohner folgt ebenfalls dem segregativen Betreuungsansatz. Während der Aktivierungsmaßnahmen kommen auch hin und wieder einige Bewohner aus dem Wohnbereich, insbesondere wenn die Alltagsbegleiterin vorliest und dazu musikalisch begleitet mit Stimme und Gesang.</p> <p>Sie bildet dann die Brücke von der Pflegeoase in den Wohnbereich.</p> <p>Die Kontakte der Bewohner zueinander entwickeln sich zum Ende des Beobachtungszeitraums ebenfalls gut.</p>	<p>Die Räume für die Herstellung sozialer Gemeinschaften liegen vorrangig innerhalb der Pflegeoasen selbst.</p> <p>Haus Altenburgblick: 2 * je 4 BW Gesamtfläche je Pflegeoase ca. 54,0 qm davon Gemeinschaftsfläche mit Küchenzeile ca. 12,0 qm</p> <p>Die Individualfläche ist gegen Mitbewohner gut abgrenzbar.</p> <p>Die Gemeinschaftsfläche ist knapp bemessen, reicht aber für die alltagsgestalterischen Aktivitäten.</p> <p>Haus Wiesengrund 1 * 5 BW Gesamtfläche Pflegeoase ca. 82,0 qm davon Gemeinschaftsfläche ca. 13,5 qm</p> <p>Die Individualfläche ist gegenüber den Mitbewohnern gut abgrenzbar.</p> <p>Die Gemeinschaftsfläche ist für die meisten alltagsgestalterischen Tätigkeiten ausreichend,</p> <p>Alle drei Pflegeoasen liegen in unmittelbarer Nähe zum Gemeinschaftsbereich des Wohnbereichs und können diesen jederzeit bei besonderen Betreuungsangeboten einbeziehen.</p> <p>Im Haus Altenburgblick wie auch im Haus Wiesengrund sind die Individualflächen wie auch die Gemeinschaftsflächen nach den Ausführungsverordnungen zum Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz umgesetzt worden. Die Gemeinschaftsflächen in den Pflegeoasen stellen darüber hinaus zusätzliche Gemeinschaftsflächen für die Oase-Bewohner dar</p>

## Allgemeine Einschätzung der physikalischen Umwelt

Haus Altenburgblick



Abb. 32: Kleine Gemeinschaftsfläche

Die räumliche Enge im Gemeinschaftsbereich wird allseits wahrgenommen. Liegend kann niemand mit am Tisch in der Runde teilnehmen, auch sitzend wird es für mehr als vier Personen eng.



Abb. 33: Vorlesen

Die Helligkeit ist Dank des digitalen Lichtsystems wie auch der natürlichen Belichtung optimal.

Die Raumtemperatur lag immer über 22° C. Die Raumbelüftung war ausreichend durch eine Querbelüftung über die Fenster gesichert.



## Haus Altenburgblick



Abb. 34: Pflegeplätze mit Raumteilern Vorhang

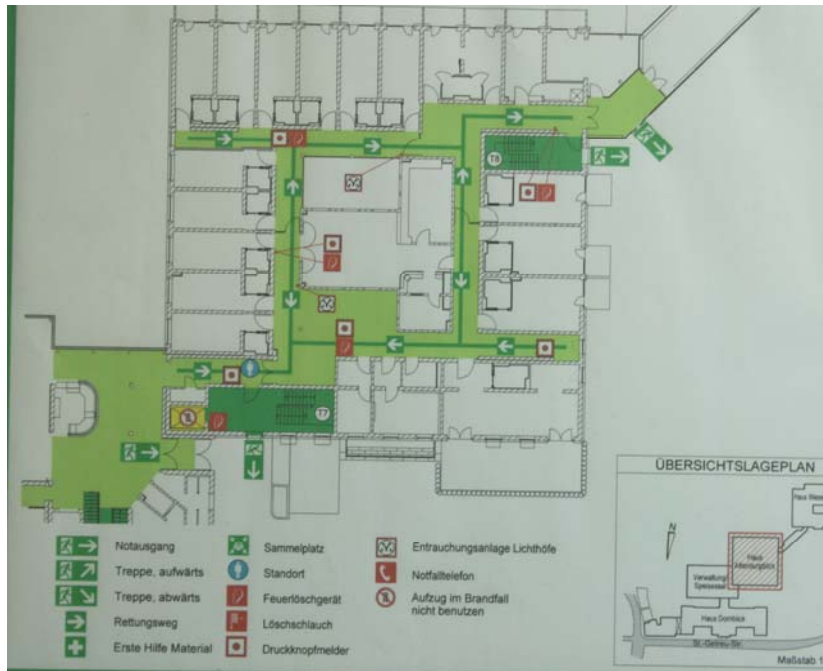


Abb. 35: Grundriss Pflegeoase unten rechts

### Schutz der Intimsphäre durch Raumteiler Haus Wiesengrund



Abb. 36: Feste Raumteiler, zusammenschiebbar



Abb. 37: flexible Raumteiler Schiebetür rechts und Paravent Mitte

### Haus Wiesengrund W 3 Demenzzentrum mit Pflegeoase

Der Wohnbereich bietet mit seinem Grundriss einen Bewegungsraum zum Wandern. Um den Kern mit dem Gemeinschaftsbereich herum verläuft der Erschließungsfur. Der Gemeinschaftsbereich ist von allen Bewohnerzimmern auf kurzen Wegen gut erreichbar.



Abb. 38: Gemeinschaftsbereich Pflegeoase im Haus Wiesengrund



Abb.39: Grundriss Pflegeoase rechte Seite oben

## 6.2 Bewertungen der Gesamterscheinung

Die Pflegeoasen im SSB sind baulich sehr unterschiedlich ausgestattet. Was die drei Pflegeoasen jeweils zu gestalten haben, sind ihre kleinen Gemeinschaftsbereiche. Da die Gemeinschaften mit vier bzw. fünf Personen relativ kleine Wohngruppen darstellen, sind auch die Räumlichkeiten klein gehalten. Sie entsprechen zwar nicht dem idealen Stand der Mindestflächen für Pflegeoasen (Dettbarn-Reggentin, J / Reggentin, H 2010) kompensieren dies jedoch durch zusätzliche soziale Betreuungsleistungen für und mit den Bewohnern.

Baulich bestehen nicht viele Veränderungsmöglichkeiten, die Räume sind begrenzt und nicht erweiterbar. Das schränkt die Möglichkeiten der Alltagsgestaltung ein. Was verbessert werden kann, ist die farbliche Gestaltung der individuellen Raumteile wie auch der gemeinschaftlich genutzten Bereiche. Im Haus Altenburgblick wurde begonnen großflächige Farbbilder aufzuhängen, das zeigt bereits eine Alternative auf (Abb. 40).



Abb. 40: Farbanregungen mit großflächigen Bildern und Tafeln

Die Belichtung / Beleuchtung ist im Haus Altenburgblick durch die digitale Lichtsteuerung sehr gut (siehe Abb. 40). Im Haus Wiesengrund ist sie jedoch sehr unzureichend. Es wird empfohlen die Beleuchtungsstärke zu erhöhen.

## 7. Diskussion

Für eine Pflegeeinrichtung mit Schwerstpflegebedürftigen ist es ungewöhnlich, dass gerade den Alltagsbegleiterinnen eine Schlüsselrolle zukommt. Es hat sich während des Beobachtungszeitraums allmählich herausgebildet, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte, hier als Alltagsbegleiterinnen bezeichnet, das Pflegepersonal erheblich unterstützen können.

Die Stellung der Betreuungskräfte in der Organisation des Hauses SSB, ihre Weiterqualifizierung und ihre Einbindung in das Team der Pflege und Betreuung hat es ermöglicht, eine eigenständige und dennoch eingebundene Rolle einzunehmen. Dabei werden die Aufgaben so gut abgegrenzt, dass die Vorstellung des Pflegekonzeptes gut umgesetzt wird.

In dieser Form ist die zusätzliche Betreuung ein Gewinn für die Bewohner mit schwerer Demenz. Sie entspricht den Intentionen des Gesetzgebers, mit dem Pflegestärkungsgesetz ab 1/2015 die Leistungen für Betreuungskräfte nach § 87 b zu erhöhen.

Die Entwicklung eines Konzeptes der sozialen Betreuung wird mit der Ausrichtung auf zusätzliche Betreuungskräfte stärker ressourcenorientiert begründet. Aktivierungs- und Trainingsprogramme erfolgen in einem Mix aus alltagsgestalterischen Aktivitäten und therapeutisch angelegten individuellen Begleitmaßnahmen. Übergänge aus Leistungen der Regelversorgung und zusätzlichen Leistungen sind nicht trennbar und sollten auch nicht völlig abgrenzbar sein.

Im SSB werden die verschiedenen Verantwortungsbereiche jedoch in einem Team integriert.

Das gesamte Team der Alltagsbegleiterinnen wird innerhalb des Hauses mit den Pflegekräften gleichgestellt. Somit werden „Übernahmen“ einzelner Betreuungskräfte in Pflegeleistungen weitestgehend verhindert.

Auch solche Strukturen müssen erst geschaffen werden. Sie stellen aus der Sicht der Begleitforschung einen vorbildlichen Umgang mit unterschiedlichen Aufgaben und Fähigkeiten dar und werden hier ausdrücklich weiterempfohlen.

Sicherlich kann der Einsatz von Helferinnen nicht den fehlenden Nachwuchs an Pflegefachkräften ausgleichen, aber er kann den Bewohnern Zeiten der Einsamkeit nehmen, ihre sozialen Netzwerke vergrößern und ihnen helfen, einige Fähigkeiten zu erhalten.

Mit der Einstreuung kleiner Pflegeoasen sollten u.a. keine großen Sonderbereiche geschaffen, sondern der integrative Gedanke stärker betont werden. Es hat

sich gezeigt, dass innerhalb des bestehenden Sonderbereichs, dem Demenzbereich im Haus Wiesengrund III personell wie auch organisatorisch eine Lösung gefunden wurde, schwerst demenzkranke Menschen als eigenen Verantwortungsbereich mit fünf Bewohnern aufzubauen, ohne ihn zu separieren. Diese Struktur wird bereits in Tostedt (nördl. Niedersachsen) erfolgreich durchgeführt (Johannsen 2013: S. 77ff). Dort werden vier Bewohnerinnen in einer internen Pflegeoase innerhalb eines Demenzbereichs betreut.

Kleine Wohngruppen müssen organisatorisch abgestützt sein. Mit den zwei weiteren Pflegeoasen im Haus Altenburgblick auf zwei verschiedenen Geschossen wird es schon schwieriger, beide Gruppen nicht nur ausreichend zu besetzen, sondern auch demenzbezogen zu betreuen. Eine der beiden Vierergruppen konnte zum Ende der Projektbegleitung voll besetzt werden.

Die Lage dieser Pflegeoase liegt auf derselben Ebene, wie die im Haus Wiesengrund. Es würde vom personellen Einsatz her Sinn machen, beide Oasen zusammen zu führen und somit einen größeren Verantwortungsbereich mit dann neun Bewohnerplätzen in zwei Pflegeoasen in einem gemeinsamen Organisationsrahmen zu führen.

Die dritte Pflegeoase wäre dann als Übergangspflege z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder Einzug neuer Bewohner mit entsprechenden Einschlusskriterien zu nutzen. Im Einzelfall konnten bereits sehr gute Erfahrungen mit Bewohnern gemacht werden, die zunächst in „Übergangsoasen“ aufgenommen wurden.

Die Umsetzung der Pflegeoasen in Bamberg hat gezeigt, wie schwierig es werden kann, wenn zuviel kleine Einheiten innerhalb einer großen Einrichtung verteilt werden. Der eigentlich gute Grundgedanke weicht einer relativ aufwendigen Versorgung. Eine Pflegeoase musste bereits zu Beginn der Begleitforschung geschlossen werden, von den drei Pflegeoasen ist eine zumindest in seiner Funktion zu hinterfragen, wie oben dargestellt.

### **7.1 Was wirkt des Weiteren erschwerend für den Betrieb einer Pflegeoase?**

Ein Aspekt wird nicht allein in Bamberg genannt, das ist die Erhöhung der Präsenzzeit in den Oasen. Das kann etwa durch die zeitliche Abfolge der Grundpflege geschehen, wenn die Bewohner nacheinander versorgt werden und nicht durch ein Team von drei Personen innerhalb kurzer Zeit.

Personen, die den Raum betreten, sollten sich immer den Bewohnern zuwenden, sich vorstellen, sie begrüßen und ansprechen. Was für Pflege- und Betreuungskräfte gilt, muss auch für andere Personen gelten.

Bettlägerige Personen können nicht in jedem Fall und zu jeder Zeit am Alltagsgeschehen in der Gemeinschaft teilnehmen. Es sollte Platz für die Stellung eines Bettes am Tisch sein, um die gegenseitige Wahrnehmung zumindest zur Betreuungszeit zu ermöglichen.

Zusätzlich zu den Betreuungskräften könnte erprobt werden, Ehrenamtliche zum Einsatz in einer Pflegeoase anzuregen. Ihre Tätigkeit in Pflegeoasen könnte zusätzliche Betreuungszeiten erschließen. Im SSB sind derzeit ca. 70 Ehrenamtliche tätig.

Als bedeutenden Einflussfaktor auf die Belegung der Pflegeoasenplätze haben sich nicht nur in Bamberg die Angehörigen erwiesen. Trotz notwendiger Erhöhung der Betreuungszeiten werden die Pflegebedürftigen nur sehr zurückhaltend in die Pflegeoasen gegeben.

Ein Angehörigenkonzept hat sich als notwendig erwiesen, um ihnen die Unsicherheit zu nehmen, die bei neuen Konzepten ursprünglich bestehen. Der Einsatz eines Videos über den Ablauf in Pflegeoasen, regelmäßige Führungen und Treffen tragen zur Information bei. Anlässlich von Hausfesten lassen sich solche Begleitungen sicher gut durchführen. Das SSB ist auf dem Weg zu mehr Öffentlichkeit.

## **7.2 Mit dem Aufbau von kleinen Gemeinschaften „dezentrale Mitte(n)“ schaffen**

Pflegeoasen nehmen entsprechend ihrem Selbstverständnis nur schwerst demenziell erkrankte Menschen auf. Deren Krankheit wird häufig durch eine erhebliche Immobilität begleitet. Kognitive wie auch physische Beeinträchtigungen verlaufen auch in Pflegeoasen weitergehend progressiv. Die Bewohner von Pflegeoasen sollen nicht in einer Sondereinrichtung am Rande eines Pflegeheimes versorgt, sondern in die Mitte gerückt und sichtbar gemacht werden. Das erleichtert nicht zuletzt Angehörigen die Akzeptanz der Veränderung ihrer Verwandten.

Die Bestimmung des Pflegeziels, „Wohlbefinden“ zu schaffen und die Lebensqualität der Bewohner verbessern zu wollen, sollte die Bedeutung von sozialen Beziehungen und Gemeinschaft in die Pflegeplanung einbezogen werden.

Wenn es gelingt, mindestens zwei Pflegeoasen über einen längeren Zeitraum besetzt zu halten, und wie es derzeit angestrebt wird, auch die personelle Konstanz zu erhalten, sollte es möglich sein, eine Kultur der Gemeinschaftsentwicklung innerhalb des Hauses zu stärken.

Mit dem Konzept der Teamarbeit aller beteiligten Mitarbeiter sollte es auch möglich sein, die Alltagsbegleitung auf hohem Niveau weiterzuführen.

### **7.3 Elemente der Therapie einbeziehen**

In der Betreuung schwerstdemenziell erkrankter Menschen spielen psychosoziale Maßnahmen eine bedeutende Rolle. Es stehen sinnesanregende Anreize auf dem Betreuungsplan. Zugleich kommen kommunikationsfördernde Anregungen zum Einsatz, die besondere Kommunikationsformen entwickeln. Mit der allmählichen Abnahme der Fähigkeit zur Verbalsprache sind genaue Beobachtungen notwendig, die auf der Ebene der nonverbalen Verständigung individuell auf Gestik, Mimik oder Körperhaltung reagiert.

Mit Hilfe semi-professioneller therapiebegründeter Kommunikationsstrategien lassen sich die Pflegeoasensbewohner (und nicht nur die) in „Gespräche“ einbeziehen.

Zwei hervorgehobene Zugangswege haben sich in der Betreuung schwerstdemenzkranker Menschen bewährt. Das sind zum einen die Ergotherapie und zum anderen die Musiktherapie. Elemente hieraus sind auch von Laien anwendbar, wenn der Beschäftigungs- und Aktivierungsaspekt in Vordergrund steht.

Spiel- und kunsttherapeutische Übungen schließen mehrere Anreize ein. So werden mit Farbspielen auch Gegenstände oder Naturdarstellungen einbezogen, die zugleich die Farbsinne und das Gedächtnis anregen.

Mit Spielanforderungen sind Reflexe, Wahrnehmungen der anderen Spielteilnehmer und Körperbeherrschung verbunden.

Aromatherapeutische Anregungen werden zugleich mit basal stimulierenden Massagen verbunden.

Betreuungskräfte sollten aus den professionell eingesetzten Therapien Elemente aufnehmen und sie in ihre Programme einbeziehen. Sie ersetzen keine „echte“ Therapie, schaffen aber bei den Teilnehmern Wohlbefinden, wie sie in den Pflegeoasen in Bamberg gut zu beobachten waren.



#### **7.4 Pflege, Betreuung und Ethik als Einheit sehen**

Zu den auffälligsten Änderungen in Pflegeoasen auf Dauer gegenüber der „Normalversorgung“ zählen die Eingriffe in die Privatsphäre, insbesondere auch das Eindringen in die Intimsphäre. Was darf die Pflege und Betreuung und wer schützt die Bewohner vor dem Eindringen in die Privatsphäre?

Alle Pflege- und Betreuungshandlungen beruhen auf Vertrauen zwischen den Pflegenden und den zu Pflegenden. Die Handlungen werden z.T. von Berührungen und überwiegend von emotionaler Nähe getragen. Das notwendige Maß an Sensibilität ist Voraussetzung für die Betreuung schwerstpflegebedürftiger Menschen. Die Pflegenden stehen stets vor der Aufgabe, den unsichtbaren Schutzraum der zu Pflegenden nicht zu verletzen. Sie müssen diesen Schutzraum erkennen, um ihn zu wahren. Sicherheit und Geborgenheit werden innerhalb dieses Schutzraums entfaltet<sup>12</sup>.

In der fachlichen Begleitung der Pflege- und Betreuungskräfte wird dieser ethische Aspekt als unabdingbarer Bestandteil jeder Begegnung in der Pflege anzusehen sein.

Ein zweiter ethisch bedeutsamer Einfluss liegt in der Herstellung struktureller Voraussetzungen für den Erhalt und Sicherung sozialer Beziehungen. Das Pflegeziel Autonomie und Selbstbestimmung umfasst auch die personelle Auswahl des eigenen persönlichen sozialen Netzwerks.

---

<sup>12</sup> Dettbarn-Reggentin, J/Reggentin, H (2013): Resümee: Alternative Pflegekonzepte mit Pflegeoasen. In: Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (Hrsg.) (2013) Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren. S200 ff. Vincentz Network Hannover

## 8. Literatur

Allerchen, P (2013): Brauchen wir aus Sicht der Pflegekasse neue Konzepte und Versorgungsstrukturen für Schwerstdemenzranke? In Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin (Hrsg.)(2013): Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren. Vincentz Network Hannover

Basler, HD/ Hüger, D/ Kunz, R/ Luckmann, J/ Lukas, A/ Nikolaus, T/ Schuler, MS (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

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

Brunner, C & Spiegel, R (1990). Eine Validierungsstudie mit der NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients), einem neuen Beurteilungsinstrument für die Psychogeriatric. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 19, 211-229.

Cummings, JL, Kaufer, D (2000): De Neuropsychiatrische Vragenlijst-Questionnaire (NOI-Q)

Cummings, JL (1997): The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia. Neurology 48 (Suppl. 6), S. 10-16

Dettbarn-Reggentin, J (2013): Der Bedarf an Pflege-WGs. In: Dettbarn-Reggentin, J/Reggentin, H. (Hg.): Das Praxishandbuch für die Pflege-WG. Kap. 3, S. 1-12

Dettbarn-Reggentin, J/ Reggentin, H (2010): Pflegeoase Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching a. d. Alz. Abschlussbericht. Gefördert durch: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen und Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching. <http://www.isgos.de>

Dettbarn-Reggentin, J (2008): Die Pflegeoase – ein geeigneter Lebensraum bei schweren Erkrankungen (Teil I) In: CAREkonkret Nr. 38, S. 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

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

Friedrichs, J (1980): Methoden empirischer Sozialforschung. Darmstadt 13. Auflage

Geerdes, S/Schwinger, A (2012): Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 5, Berlin

Hollstein, B/ Pfeffer, J (2010): Netzwerkkarten als Instrument zur Erhebung egozentrierter Netzwerke [https://www.wiso.uni-hamburg.de/.../hollstein/.../Hollstein.../Netzwerkkarten\\_Hollstein\\_Pfeffer\\_2010.pdf](https://www.wiso.uni-hamburg.de/.../hollstein/.../Hollstein.../Netzwerkkarten_Hollstein_Pfeffer_2010.pdf), Zugriff 20.01.2014

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

Johannsen, P (2013): Pflegeoase im Herbergsverein, Altenheim und Diakoniestation zu Tostedt e.V. In: Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (Hrsg.)(2013): Die Pflegeoasen – entscheiden, aufbauen, optimieren. Vincentz Network Hannover, S. 77-84

Kahn, Robert L & Antonucci, Toni C (1980): Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support, in Paul B. Baltes and Brim, Olim G. (Eds), Life-span development and behavior. New York: Academic Press, 383-405.

Kaufert, DI/ Cummings, JI/ Ketchel, P/ Smith, V/ MacMillan, A/ Shelley, T/ Lopez, OI/ DeKosky, St (2000); Validation of the NPI-Q a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. In: J Neuropsychiatry Clin Neurosci 12(2), S. 233-9

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

Lawton, MP/ Van Haitsma, KS/ Klapper, JA (1997): Observed Affect in Nursing Home Residents“. Journals of Gerontology B: Psychological Sciences 51(1), S. 3-14

Mahoney, FL/ Barthel, D.W. (1965): Functional Evaluation: the Barthel Index. MD State Med J. 14, 61-65

Palm, G (2007): Leben in Vielfalt, Leben in Gemeinschaft, Leben mit Assistenz. Seminarvortrag ISGOS in Hannover

Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (2014): Tagespflegeoase – Seigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation. Wissenschaftliche Begleitstudie zur Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus, Fürstenzell. [www.isgos.de](http://www.isgos.de)

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

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

Reisberg, B/ Ihl, R/ Fröhlich, L (1991): GDS, BCRS, FAST Reisberg-Skalen. Testzentrale Göttingen

Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RI) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 6. Mai 2013

Rutenkröger, A/ Berner, R/ Kuhn, Ch (2012): „Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum“. Abschlussbericht [www.demenz-support.de](http://www.demenz-support.de)

Schäufele, M/ Köhler, L/ Lode, S/ Weyerer, S (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: Aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, U/Wahl, H-W (Hrsg.): Möglichkeit und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). München

Schneekloth, U/ Wahl, H-W (Hrsg.)(2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. München

Schuhmacher, B/ Denkinger, H/ Heine, Y/ Hils, A/ Klie, T (2011): Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich: PflegeOase. Unveröffentlichter Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie in Rheinland-Pfalz

Sloane, PD/ Mitchell, CM/ Weissmann, G/ Zimmermann, S (2002): Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): An observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for person with dementia. IN: Journal of Gerontology, B57, S. 69-78

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

Spiegel, R/ Brunner, Ch/ Ermini-Fünfschilling, D/ Monsch, A/ Notter, M/ Puxty, J & Tremmel, L (1991). A new behavioral assessment scale for geriatric out- and inpatients: the NOSGER. Journal of the American Geriatric Society, 39, 339-347.

Struss, D (2013): Pflegeoasen im Seniorenzentrum Bamberg. In: Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (Hrsg.)(2013): Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren, S.91-97. Vincentz Network Hannover

Wahle, M/ Häller, S & Spiegel, R (1996). Validation of the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): reliability and validity of a caregiver rating instrument. *International Psychogeriatrics*, 8, 525-547.

Warden et al. (2003): Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)Scale. J. Am Med Dir Assoc 4, S. 9-15

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

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