

Tagespflegeoase

- Steigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation

Wissenschaftliche Begleitstudie zur Tagespflegeoase
im Seniorenzentrum Abundus, Fürstenzell



Foto: ISGOS

Heike Reggentin, Jürgen Dettbarn-Reggentin
ISGOS-Berlin



Berlin den 26.04.2014

Festhalten,

was verbindet.
Bayerische Demenzstrategie

Wissenschaftliche Begleitstudie
zur Tagespflegeoase
im Seniorenzentrum Abundus, Fürstenzell

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

Förderung: Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Seniorenzentrum Abundus,
Fürstenzell



Kontakt: Heike Reggentin
Jürgen Dettbarn-Reggentin

ISGOS-Berlin
Knesebeckstr. 89
10623 Berlin
www.isgos.de
isgos-berlin@t-online.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Zusammenfassung	7
1. Einleitung	10
1.1 Begriff Pflegeoasen.....	12
1.2 Stand der Forschung zu Pflegeoasen.....	14
1.3 Konzept der Lebensqualität	18
1.4 Lebensqualität im Alter und bei Demenz	18
1.5 Operationalisierung.....	22
2. Entstehung der Tagespflegeoase im Abundus Pflegeheim	24
2.1 Umsetzung der Tagespflegeoase	24
2.2 Zielgruppe für die Tagespflegeoase.....	25
2.3 Räumliche Anforderungen	26
2.4 Personal	29
3. Methodisches Vorgehen	33
3.1 Ziele, Hypothesen und Fragestellungen	33
3.2 Übersicht der eingesetzten quantitativen und qualitativen Verfahren	37
3.3 Beschreibung der eingesetzten quantitativen Instrumente	38
3.4 Beschreibung der qualitativen Methode.....	43
4. Ergebnisse der Studie	45
4.1 Stichprobe Bewohner/innen	45
4.2 Stichprobe Personal.....	46
4.3 Soziale Umwelt	47
4.4 Gesundheitliche Zustände der Bewohner/innen	53
4.5 Medikationen.....	54
4.6 Schmerzerfassungen bei den Bewohner/innen	55
4.7 Nicht-kognitive Symptome	57
4.8 Störendes Verhalten	60
4.9 Verhaltenskompetenz	63
4.10 Selbstständigkeit der Bewohner/innen.....	63
4.11 Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit	66
4.12 Soziales Verhalten	66
4.13 Stimmungen.....	69
5. Veränderungen und Belastungen beim Pflegepersonal	79
5.1 Erwartungen und Motive des Pflegepersonals	79
5.2 Arbeitsbelastungen	81
5.3 Körperliche Belastungen.....	81
5.4 Psychische Belastungen.....	83
5.5 Burn-out.....	87
5.6 Einstellungen des Personals zur Tagespflegeoase nach über einem Jahr	89

6.	Bauliche Voraussetzungen	93
6.1	Lichtkonzept.....	95
7.	Tagesstrukturierung und Therapien in der Tagespflegeoase	98
7.1	Klangschalentherapie	100
7.2	Plätzchen backen	101
7.3	Handpuppen	103
7.4	Spielangebote und Gedächtnistraining	104
8.	Diskussion	107
9.	Empfehlungen	120
10.	Literatur	122

Vorwort

Die Erfahrung einer demenziellen Erkrankung müssen immer mehr Menschen durchleben. Sie zählt bereits mit zu den häufigsten Erkrankungen, die vorrangig im hohen Alter auftreten. Mit der demografisch bedingten steigenden Anzahl betroffener Personen treten auch die Schwerstsymptome der Demenz in bisher nicht gekanntem Ausmaß auf. Was bedeutet dies für die betroffenen Menschen und ihr soziales Umfeld?

Die begleitenden Erscheinungsformen schwerster Demenz werden maßgeblich durch die Prozesse psychopathologischen Abbaus bestimmt. Parallel reduzieren sich die physischen Fähigkeiten bedingt durch Multimorbidität, die letztlich die Mobilität der Erkrankten völlig einschränkt und als Bettlägerigkeit den Erlebensradius der Menschen deutlich reduziert.

Spätestens jetzt geraten die hoch gesetzten Pflegeziele der Stärkung, der Selbstständigkeit und der Selbstentscheidungsfähigkeit ins Wanken.

Die bisherigen Pflegekonzepte müssen sich daran messen lassen, wie sie diese Verantwortung ausfüllen. Wie werden Autonomie und Selbstbestimmung gefördert angesichts von Personen mit nahezu völligem Verlust an rationalen Deutungen und folglich auch Entscheidungen?

Konzepte müssen entwickelt werden mit dem Ziel, Personen im Endstadium der Demenz soziales Erleben zu ermöglichen. Die vorhandenen Strukturen müssen überdacht, angepasst, verändert werden, um dem Bedürfnis nach Nähe, Vertrautheit und emotionaler Bindung entgegenzukommen.

Nicht zuletzt muss der Lebensraum Nähe und Begegnung zulassen. Das bedeutet, die Versorgungsstruktur muss die räumliche Voraussetzung für soziale Nähe bieten. Stationäre Einrichtungen kennen das Einzelzimmer oder das Doppelzimmer - Lebensräume, die wenig förderlich für die Kommunikation Schwerstdemenzkranker angelegt sind. Das muss nicht nur für den stationären Bereich sondern auch für die häusliche Betreuung angenommen werden.

Mit der Konzeption der Pflegeoase, im Azurit Seniorenzentrum Abundus in Fürstzell als Tagespflegeoase umgesetzt, wird die Auflösung der Isolation in der Einzelbetreuung zurückgenommen. Die hier umgesetzte kommunale Wohnform bietet den schwerstkranken Bewohnern über den Tag die Gelegenheit zu kommunizieren. Nicht verbal, wie es in früheren Demenzstadien noch möglich ist, sondern stärker nonverbal ausgerichtet, stützt es

die einbezogenen Bewohner/innen darin, ihre persönlichen sozialen Beziehungen (Netzwerke) zu erhalten oder auch zu erweitern.

Die Durchführung der Pflege wird im Gleichgewicht von sehr privaten verrichtungsbezogenen Leistungen und gemeinschaftsbezogener betreuender Begleitung stehen. Nähe und Distanz sind auszubalancieren. Der Umgang wird durch den persönlichen Bezug des Pflegenden und Betreuenden zu dem Pflegebedürftigen bestimmt.

Die personelle Kontinuität hilft Vertrautheit zu erzeugen und Geborgenheit zu vermitteln. Das gilt auch für das Tagesgeschehen und seine zeitliche Abfolge.

Die Umstellung der wohnbereichsorientierten Pflege auf eine wohngruppenausgerichtete Versorgung ist ein Prozess, der im Seniorenzentrum Abundus im gesamten Bereich der Demenzpflege in Abschnitten vollzogen wird. Die zusammengefassten Bereiche sind nach Schwere der Demenz ausgerichtet. So auch die Tagespflegeoase mit Bewohnern im Stadium der Schwerstdemenz.

Somit liegt mit dem Wohngruppenansatz in der Tagespflegeoase ein bewährtes Konzept der gemeinschaftsorientierten Versorgung vor.

Die Umsetzung der Grundstruktur kommunitärer Versorgungskonzepte schafft ein soziokulturelles System der Pflege und Betreuung und erleichtert dem Personal den Umgang mit Bewohnern in den verschiedenen innerhäuslichen Bereichen.

Mit dem Tagespflegeoasen-Konzept im Azurit Seniorenzentrum Abundus wird ein weiterer Baustein innerhalb des Hauses aber auch in der Versorgung schwerstdemenzkranker Menschen umgesetzt, der zeigt, dass die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten immer ein Prozess ist.

Bei allen Personen und Institutionen, die diese Evaluationsstudie ermöglicht haben, bedanken wir uns ganz herzlich. Unser besonderer Dank gilt jedoch der Leitung des Seniorenzentrum Abundus, Herrn Becker-Wirkert und der Wohnbereichsleitung Frau Büchner, sowie dem Personal der Tagespflegeoase und aus den anderen Stationen für die umfassend und geduldig gegebenen Informationen und die freundliche Aufnahme im Haus.

Des Weiteren gilt unser Dank dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege für die Förderung dieser Studie.

Zusammenfassung

In der Betreuung und Pflege schwerstpflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen haben sich die Anforderungen an das Personal, an die Pflegekonzepte wie auch an die räumliche Gestaltung geändert. Dies ist vorrangig dem zunehmenden Anteil von Menschen geschuldet, die als schwerstpflegebedürftige Personen das Stadium der Schwerstdemenz erreichen.

Im Azurit Seniorenzentrum Abundus wurde die Erfahrung gemacht, dass von den ca. 150 Bewohnern 10 - 15 % schwere demenzielle Erkrankungen aufwiesen, wobei häufig Immobilität vorhanden war. Die Überlegung ging dahin, innerhalb der Gesamtstruktur in den Bereichen der Demenzversorgung Kleingruppen in Form von Wohngemeinschaften aufzubauen und den schwerstdemenzkranken Bewohnern mit der Tagespflegeoase eine besondere Betreuungsform anzubieten. Damit war die Grundauffassung der Versorgung auf die kleinräumigen Versorgungsstrukturen ausgerichtet.

Auf Vorschlag des vormaligen Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen (StMAS) konnte für den Aufbau und die Gestaltung der Räume für die Tagespflegeoase auf Stiftungsmittel der Theo Wormland-Stiftung zurückgegriffen werden. Die Begleitstudie wurde vom StMAS gefördert. Somit war die öffentliche Bedeutung bekundet und die Erprobung dieses Betreuungsmodells konnte seinen Verlauf nehmen. Den baulichen Änderungen mit den Öffnungen dreier Bewohnerzimmer zum Gemeinschaftsbereich musste die Heimaufsicht zustimmen und vor Beginn wurden vom Personal Weiterbildungsmaßnahmen aufgenommen.

Die Konzeption des Modells „Tagespflegeoase“ hat öffentlich eine höhere Akzeptanz als das Konzept des Mehrpersonenraumes, der Pflegeoase mit dem Dauerlebensraum, in dem die Bewohner Tag und Nacht zusammenleben. Im Seniorenzentrum Abundus hatte die dortige Wahl des Modells ‚Tagespflegeoase‘ auch beim Personal eine gute Aufnahme gefunden.

Ein Modell ist selbst noch kein Konzept und daher mussten die Leitvorstellungen des Hauses in der Betreuung auf die Versorgung in der Oase angepasst werden. Verschiedene Prozesse liefen parallel ab: Die Organisationsstruktur der acht Oasenbewohner/innen musste in den weiterhin bestehenden Wohnbereich integriert werden, Präsenzzeiten und Präsenzkkräfte mussten in den Pflegeplan einbezogen werden. Das Personal musste sich

zusammenfügen und ein einheitliches Vorgehen, eine gemeinsame Konzeption, entwerfen. Die Nutzung des Raumes, die Gemeinschaftsangebote, das Lichtkonzept und täglichen Abläufe waren festzulegen.

Die Verläufe sind als Prozess anzusehen, der sich zunehmend dem Bewohner annähert. Die übergeordnete Zielsetzung kann mit der Verbesserung des Wohlbefindens der Bewohner/innen und als Steigerung der Lebensqualität benannt werden und dieses Ziel sollte nachvollziehbar erreicht werden.

Etwas genauer gesagt zielte das Vorgehen auf die Wirksamkeit von Gemeinschaft. Es war erhofft und auch erwartet worden, dass die Gemeinschaft (umfassend als Milieu) positive Einflüsse auf das soziale Verhalten, die Stimmung, wie auch auf das emotionale Erleben ausüben würde.

Was konnte nach ca. 18 Monaten wissenschaftlicher Begleitung ermittelt werden?

Voll bestätigt hat sich die Annahme, dass sich das Sozialverhalten (Kontaktaufnahme zu Personen in der Umgebung oder positiv auf Kontakte reagieren, nach NOSGER) auch in diesem Demenzstadium stark verbessert hat. Die Bereitstellung der hierzu notwendigen Strukturen im Gemeinschaftsbereich hat die Kontaktaufnahme gefördert, die anregenden und therapiegestützten Alltagsgestaltungen und die Basis für das Miteinander der Bewohner geliefert. Auffällig wird diese Entwicklung im Vergleich mit der Kontrollgruppe, in der ein entgegen gesetzter Trend beobachtet wurde. Die Stimmung wie ‚gut gelaunt‘ oder ‚freut sich auf Ereignisse‘ (nach NOSGER) verbesserte sich im Verlauf ebenfalls deutlich und erreichte die Werte der Kontrollgruppe, die von besseren Ausgangswerten ebenfalls positive Verläufe und somit leichte Verbesserungen zeigte.

Mit den positiven Verläufen des sozialen Verhaltens und der Stimmung sollten auch die Werte der emotionalen Befindlichkeiten diesem Trend folgen. Eingesetzt wurden die AARS (10-Minuten-Beobachtung) und die Qualid als Beobachtungsverfahren (Verhalten der vergangenen Woche, siehe Kapitel 3).

Die kurzzeitigen Beobachtungszeiträume zeigen wenig Unterschiede zwischen Tagespflegeoase und Kontrollgruppe (KG). Werden die Zeiträume der Beobachtung jedoch langfristiger gesetzt, wie sie mit der Qualid beobachtet werden, verändern sich die Ergebnisse.

Die mit der Qualid gemessene Lebensqualität nimmt in der Tagespflegeoase einen auffällig positiven Verlauf, der nach ca. 18 Monaten ein sehr hohes Wohlbefinden signalisiert. Auch im Vergleich mit anderen Studien liegt der erzielte Wert auf einem sehr guten Niveau. Das Wohlbefinden in der Kontrollgruppe erzielt einen leicht negativen Verlauf, befindet sich aber auch im Vergleich mit anderen Studien durchaus im mittleren Bereich.

Die vom ISGOS als Hypothese angenommene Entwicklung des Gemeinschaftlichen anhand der Vergrößerung der persönlichen sozialen Netzwerke und der Erweiterung des Personenkreises der Tagespflegeoasenteilnehmer/innen zu denen sie eine sehr enge Verbundenheit entwickeln, hat sich nur teilweise realisiert. Wenn auch letzterer Personenbezug sich erweitert hat, sind die sozialen Netzwerke bei beiden Gruppen rückläufig.

In der Tagespflegeoase konnten die strukturellen Voraussetzung zur Bildung persönlicher sozialer Netzwerke und vertrauten Personen erst relativ spät im Evaluationsverlauf stabilisiert werden. Anfänglicher Personalwechsel, häufiger Bewohnerwechsel und Etablierung einer kontinuierlichen Alltagsstruktur und Alltagsabläufen hatten diesen Prozess etwas verzögert, so dass erst im letzten Drittel der Begleitforschung die Veränderung wahrgenommen wurden.

Die positiven Ergebnisse stehen auf einer guten Annahme dieser Konzeption durch das Personal. Die Resultate der Belastungserhebung belegen eine geringe Belastung in allen gemessenen Bereichen. Auf Grund der kleinen Anzahl können nur geringe Vergleichswerte zwischen Tagespflegeoase und KG aufgezeigt werden. Die Einzelwerte stehen jedoch unterhalb aller als kritisch angesehenen Werte. Im Vergleich weisen auch andere Studien (Brandenburg et.al. 2011, Rutenkröger et. al. 2012) ähnliche Trends auf.

Aus der Sicht der Begleitforschung hat das Modellvorhaben Tagespflegeoase im Azurit Seniorenzentrum Abundus in Fürstenzell einen guten Weg gefunden, die Personengruppe schwer demenziell erkrankter Bewohner/innen ihres Hauses in das Zentrum der Betreuung zu legen. Die von hier ausgehenden Impulse werden in das Haus getragen, wie auch weit darüber hinaus. Schwerstdemenzpflege steht hier nicht am Rand sondern lebt mitten unter den Bewohner/innen. Das festgestellte Wohlbefinden der Tagespflegeoasennutzer/innen spricht eindeutig für dieses Konzept und kann nur weiter empfohlen werden.

1. Einleitung

Die Zahl der Demenzkranken in Deutschland liegt 2014 bei mehr als 1,4 Millionen Personen. In den kommenden Jahrzehnten könnte sich diese Zahl mehr als verdoppeln. Jedes Jahr treten ca. 300.000 Neuerkrankungen auf. Infolge der demographischen Veränderungen kommt es zu mehr Neuerkrankungen als zu Sterbefällen unter den bereits Erkrankten. In der Sterbestatistik der Schweiz werden Demenzen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs bereits an dritter Stelle genannt.¹ In Europa ist Demenz die zweitwichtigste Ursache für gesundheitliche Beeinträchtigungen der Bevölkerung. „Nach Angaben von ‚Alzheimer’s Disease International‘, der Dachorganisation aller Alzheimer-Vereinigungen, sind Demenzen weltweit die Hauptursache für Behinderungen in den späten Lebensabschnitten“.²

Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken steigt nach dem 65. Lebensjahr steil an. Da Frauen älter werden als Männer, sind sie auch häufiger von der Krankheit betroffen (70%). Bei den über 90-Jährigen wird von einem Drittel Demenzkranker ausgegangen.

Seit 1994 steigt auch die Nachfrage nach Pflegeheimplätzen, trotz der Zunahme der häuslichen Betreuungen von etwa 1,2 Mio. auf über 1,4 Mio. (ca. 18% Zunahme). Die Übersiedlung in ein Heim erfolgt häufig, wenn bereits eine Demenz vorliegt und eine Versorgung zu Hause nicht mehr möglich ist oder die pflegenden Angehörigen an die Grenzen ihrer psychischen und körperlichen Belastungsfähigkeit stoßen. Für die Heime bedeutet dies, dass sie sich stärker auf Menschen mit Demenz einrichten müssen. Die MUG IV - Studie geht davon aus, dass etwa 69% der Bewohner/innen in den vollstationären Einrichtungen an einem Demenzsyndrom leiden. Bezogen auf die Einrichtungen liegt der Anteil der Demenzerkrankten bei rund 80% der Häuser im Bereich zwischen 50 und 70%.³ Der Anteil der schwersterkrankten Bewohner/innen mit Demenz liegt mittlerweile in den Heimen bei 12 – 13%. Die MUG-Studie weist 14% aller pflegebedürftigen Bewohner/innen als bettlägerig aus. Schäufele u.a. (2007) geben bezogen auf Demenzerkrankte in stationären Einrichtungen 14,1% an, d.h.

¹ Nur wenige Länder, wie die Schweiz führen in ihrem Sterberegister auch Demenz als Todesursache an.

² Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.) (2011): Demenz-Report, Berlin, S. 18

³ Schneekloth, U./Wahl, W. (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MUG IV) – Befunde und Empfehlungen. München, siehe Zusammenfassung, S. 1

diese Personen verbringen tagsüber lediglich eine Stunde am Tag außerhalb des Bettes.

Laut der Redufix-Studie werden 26 – 42% der Bewohner/innen in Deutschland in irgendeiner Weise fixiert (durch Bettgitter, Sicherheitsgurte, etc.). Bei 20-30% aller Heimbewohner/innen wird täglich eine Form des Freiheitsentzugs oder eine Bewegungseinschränkung vorgenommen. Bei 5-10% kommt es sogar zu einer Körperfixierung.¹ „Manchmal werden so auch Menschen mit Demenz daran gehindert, sich aggressiv oder unangepasst zu verhalten.“²

Durch den Anstieg von Bewohner/innen mit schwerer Demenz steigen auch die Belastungen des Pflegepersonals durch zunehmende Pflege- und Beaufsichtigungen. So werden rund ein Drittel der Bewohner/innen von dem Pflegepersonal als zeitlich und/oder räumlich unzureichend orientiert angegeben, so dass eine dauernde Überwachung besteht.³ Vierzig Prozent aller schwer demenzerkrankten Bewohner/innen benötigen Hilfe in allen Versorgungsbereichen. Bei mehr als jedem zweiten demenzerkrankten Bewohner ermittelte die MUG-Studie mindestens ein nicht-kognitives Symptom, wie z.B. Apathie, Depressivität, Aggressivität oder Unruhe.

Die Nachfrage nach Plätzen für kognitiv beeinträchtigte Menschen prägt in den letzten Jahren die Entwicklung der vollstationären Altenhilfe. Neben den vielfältigen Betreuungsangeboten haben sich auch Wohngruppen für Demenzerkrankte etabliert. Hierzu zählen neben den Einrichtungen, die nach dem Konzept der besonderen Dementenbetreuung (besDem) betreut werden auch Haus- und Wohngemeinschaften mit einer segregativen (homogenen) Bewohnerzusammensetzung, die den demenziell Erkrankten mehr Lebensqualität und Wohlbefinden vermitteln sollen.⁴

Eine Weiterentwicklung der Wohn- und Hausgemeinschaften stellen Pflegeoasen für Bewohner/innen mit schwerster Demenz (late stage dementia) und erheblichen Mobilitätseinschränkungen bis zur Bettlägrigkeit dar. Diese

¹ <http://www.heimmitwirkung.de/smf/index.php?topic=183.0;wap2>. Zugriff 15.02.2014. Siehe hierzu die Ergebnisse der Redufix-Untersuchung von Klie et.al.

² Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011) Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin, S. 43

³ Ebda. S. 1

⁴ Zur Entwicklung von Wohngruppen/Hausgemeinschaften vergl: Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2010): Pflegeoase Pur Vital in Garching a.d. Alz, Abschlussbericht; siehe auch: Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J. (2010): Demenzerkrankte in Wohngruppen betreuen und fördern, Stuttgart

Entwicklung der Pflegeoasen gibt es erst seit ca. 7 Jahren in Deutschland und hat sich bisher erst in einigen Einrichtungen verbreitet.

1.1. Begriff Pflegeoasen

Eine der ersten Pflegeoasenkonzepte für acht Personen entstand 1998 im Altenheim Sonnweid in der Schweiz. Ziel der Pflegeoase in der Schweiz war „den Menschen mit einer Demenz und Pflegebedürftigkeit im fortgeschrittenen Stadium“ ... einen Raum zu geben, der Geborgenheit, Sicherheit und Wohlbefinden vermittelt“ (Schmieder 2007: 16).

Dieses Konzept einer speziellen segregativen Einrichtung für schwerst demenziell Erkrankte entfachte in Deutschland eine breite Diskussion um eine Neubelebung der Mehrbettzimmer. Wobei es große Unterschiede bezogen auf die Räumlichkeit, wie auch auf die Pflegekonzeption gibt. Folgende Merkmale zeichnen die Pflegeoasen bzw. Mehrpersonenräume aus:

- „Umsetzung der Bezugspflege,
- Dauerpräsenz einer verantwortlichen Pflegekraft,
- abgetrennter oder abtrennbarer individueller Raum(-teil),
- zentraler Bezugspunkt der Betreuung im Gemeinschaftsbereich mehr als Symbol: der gemeinsame Tisch),
- aufwendige und anspruchsvolle Raumgestaltung mit Farb- und Lichtgestaltung des gemeinsamen Raumes sowie Größe der verfügbaren Flächen,
- individuelle personenbezogene Ansprache mit Biografiebezug,
- Förderung der Kommunikation der Bewohner untereinander und zwischen Personal, Besuchern und Bewohnern“ (Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2013: 29).

Die Pflegeoase ist ein Mehrpersonenraum in dem das Wohlbefinden der Bewohner/innen den Kern der Pflegeziele darstellt. Daher wird nicht die Funktionspflege sondern die Bezugspflege eingesetzt. Der persönliche Bezug zwischen Personal, Angehörigen und Bewohner/innen stellt ein Kommunikationssystem dar, in dem alle Beteiligten sich gegenseitig anerkennen.¹

¹ Dettbarn-Reggentin, J./ Reggentin, H. (2010): Pflegeoase Pur Vital in Garching a.d. Alz. Abschlussbericht. Die Expertengruppe Pflegeoase (2012 Brandenburg et. al): führt folgende Kriterien an: **Kleine Gruppe** von Menschen mit Demenz, **dauerhafter Lebensort** für Menschen mit extrem hohem Pflege- und Unterstützungsbedarf innerhalb einer stationären Ple-

In Deutschland haben sich im Laufe der Zeit verschiedene Varianten entwickelt.

Pflegeoase auf Dauer	Pflegeoase auf Zeit über mehrere Tage	Pflegeoase auf Zeit Tagespflegeoase
Mehrpersonenraum Wohn- und Lebensbereich für 3 bis 8 Bewohner/innen auf Dauer	Bewohner/innen eines Wohnbereichs nutzen gemeinsam den Pflegeoasenbereich für mehrere Tage	Weiterführung des Wohngemeinschaftskonzeptes
Einzel- oder Doppelzimmer fallen weg, dafür ist ein weiterer Raum für Rückzug vorgesehen. Besonderes Raumprogramm	Einzel- oder Doppelzimmer bleiben erhalten. Wechsel der Bewohner/innen auf Zeit nach Rhythmus oder Bedarf	Einzel- oder Doppelzimmer bleiben erhalten. Konzept wie in den anderen Varianten, Nutzung des Gemeinschaftsbereiches über den Tag
Homogene Zusammensetzung der Bewohner/innen	Homogene Zusammensetzung der Bewohner/innen	Weitgehend homogene Zusammensetzung der Bewohner/innen

Tab. 1: Varianten von Pflegeoasen (Quelle: Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013: 30)

Ein Unterscheidungsmerkmal von Oasen bildet des Weiteren die Einbindung der Oase in das Pflegeheim 1. als integrierter Bestandteil eines Wohnbereiches oder 2. als eigenständige Einheit innerhalb des Hauses.¹

Konzeptionell wird die Pflegeoase dann als Sterbeort angesehen, wenn die pflegerischen Leistungen an der Palliativpflege orientiert sind, wo Schmerzbeobachtung und Schmerzlinderung und -kontrolle zentral gesehen werden. Eine andere konzeptionelle Ausrichtung sieht die Bewohner/innen der Pflegeoase noch als entwicklungsfähig an und sucht ihre Ressourcen anzusprechen. Auch wenn zu Beginn der Planung von Pflegeoasen die Palliativpflege im Vordergrund stand, so zeigt sich mit der Entwicklung der Oasen eine Hinwendung zur Ressourcenorientierung.

Konzepte sind fließend und passen sich den Bewohnerbedürfnissen an. So werden die Ausrichtungen selten in Reinkultur umgesetzt, sondern nehmen schwerpunktmäßig die eine oder andere Richtung ein.

geeinrichtung, Betreuungs- und Pflegekonzept ausgerichtet auf **bestmögliche Lebensqualität**, Pflegenden sind während der Tagesschichten kontinuierlich präsent, Präsenz und Raumkonzept unterstützen eine unmittelbare Reaktion auf die körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Zielgruppe, Raumkonzept: Mehrpersonenraum mit kommunikativer Mitte und Individualbereichen, Rückzugsraum, Pflegebad, Küchenausstattung, betretungsfähiger Außenbereich.

¹ Siehe hierzu: Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013: 30

1.2 Stand der Forschung zu Pflegeoasen

In Deutschland gibt es schätzungsweise 32 Pflegeoasen mit insgesamt 117 Plätzen, davon werden 21 zu den Pflegeoasen auf Dauer und 11 zu den Tagesoasen gezählt¹. Eine Konzentration von Oasen finden wir vor allem im südlichen Raum Deutschlands, in Bayern und Baden-Württemberg, im Norden Deutschlands gibt es bisher noch eine geringe Verbreitung von Pflegeoasen.

Abschlussberichte zur Begleitung von Pflegeoasen liegen bisher nur einige wenige vor, die sich auch in ihren Fragestellungen und Methoden unterscheiden und überwiegend über Pflegeoasen auf Dauer berichten. Zu Tagespflegeoasen gibt es lediglich fünf Untersuchungen, die bisher noch nicht als veröffentlichte Gesamtberichte vorliegen.²

Die erste Studie zur Wirkung von Pflegeoasen wurde 2008 von Rutenkröger / Kuhn³ (Demenz Support Stuttgart) vorgelegt. Die Evaluation der Pflegeoase in Holle (Niedersachsen) im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministeriums bezog 6 Bewohner/innen ein. Die positive Bewertung dieser Studie bezieht sich auf die erhöhte Aufmerksamkeit der Bewohner/innen, die als stärkere Anteilnahme am Umweltgeschehen angesehen werden kann wie auch auf die hohe Akzeptanz durch deren Angehörige. Methodisch wurde auf eine Kontrollgruppenvergleichsstudie verzichtet und auf eine stark deskriptiv angelegte Beobachtungsstudie mit ergänzenden Interviews gesetzt.

Von 2010 bis 2011 begleitete Demenz-Support eine Pflegeoase in Eislingen (Baden-Württemberg). Die Untersuchung ist als longitudinale Vergleichsstudie mit Kontrollgruppe angelegt. In der Pflegeoase leben 6 Bewohner/innen. Die Ergebnisse zeigen eine Verschlechterung der Werte in der Schmerzbeobachtung. Die Einschätzung der Lebensqualität zeigt für

¹ Schuhmacher, B./Denkinger, H./Heine, Y. (2011): Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich: PflegeOase. Unveröffentlichter Abschlussbericht für das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Frauen und Familie in Baden-Württemberg

² Es gibt zwei Buchveröffentlichungen zu Oasen, in denen auch Beiträge zu Tagespflegeoasen erschienen sind. Brandenburg, H./Adam-Paffrath, R. (2013) (Hrsg): Pflegeoasen in Deutschland. Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J. (2013) (Hrsg): Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren

³ Rutenkröger, A./Kuhn, C. (2008): „Im Blick Haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.)

die Kontrollgruppe bessere Werte als für die Pflegeoasenbewohner/innen, trotzdem wird die Lebensqualität bei beiden Bewohnergruppen als gut eingeschätzt. Eine Abnahme in beiden Gruppen zeigen die Beobachtungen in den neuropsychiatrischen Symptomen, dies wird vor allem in den Dimensionen Apathie, Angst und Aggressionen/Erregtheit deutlich, die in der Pflegeoase stärker zu verzeichnen sind.

Im Rahmen der „Leuchtturmprojekte“ des Bundesministeriums für Gesundheit führte die Kontaktstelle für praxisnahe Forschung an der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg und das Institut für Gerontologie der Universität in Heidelberg eine Evaluation durch. Eine Pflegeoase mit sechs Bewohner/innen sollte im Längsschnitt mit normal stationär versorgten Bewohner/innen gleichen Typus verglichen werden. Im Ergebnis erreichten die Pflegeoasenbewohner/innen in der Vielfalt und Häufigkeit mehr positiv erlebte Alltagssituationen, Aktivitäten und Sozialkontakte.

Von 2009 - 2011 begleitete die PTH Vallendar (Brandenburg et.al. 2011) eine Pflegeoase in Idar-Oberstein. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe wurde eine Pflegeoase mit 7 Bewohner/innen evaluiert. Ergebnis war eine höhere Lebensqualität in der Pflegeoase im Vergleich zur Vergleichsgruppe. Die Bewertung beruht jedoch auf einer sehr kleinen Fallzahl und kann nach Ansicht der Autoren nur als Trend angesehen werden.¹

Von der Fachhochschule Esslingen liegt ebenfalls ein Evaluationsbericht vor.² Mit Verfahren wie Interviews und Dokumentenanalyse wurden vier Bewohner/innen evaluiert und das Personal mittels qualitativer Leitfadenterviews befragt. In der Studie wird eine prozessorientierte Verarbeitung der Anforderungen an die Pflegequalität schwerst demenzkranker Bewohner/innen dargestellt, deren Ergebnisse ausschließlich auf das evaluierte Projekt Bezug nehmen und nicht übertragbar sind.

Das ISGOS – Berlin schloss 2010 eine Evaluationsstudie ab, die sich mit der Pflegeoase in Garching a.d.A. befasst.³ Die Ergebnisse dieser Kontrollgruppenvergleichsstudie brachten Vorteile für die Oasenbewohner/innen

¹ Brandenburg, H./Adam-Paffrath, R./Brühl, A./Burbaum, J. (2011): Pflegeoasen: (K)Ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? Abschlussbericht. Web:<http://pthv.de>

² Riedel, A./Schneider, S. (2011): Die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus Mühlacker. Evaluationsbericht.. http://www.kepler-stiftung.de/storage/files/Evaluationsbericht_Pflegeoase

³ Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2010): Pflegeoase Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching a.d. Alz. Abschlussbericht. <http://www.isgos.de>

gegenüber der Kontrollgruppe im Erleben sozialer Kontakte, dem Sozialverhalten, der Stimmung wie auch in der Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten. Keine bzw. wenig Einfluss wurden in den gesundheitsbezogenen Werten gemessen. Zwei weitere Studien¹ von ISGOS-Berlin zur Festoase in Tostedt mit vier und in Cuxhaven mit sieben Bewohner/innen zeigten in den Ergebnissen der Stimmung und in der höheren Zufriedenheit bessere Werte als in der Vergleichsgruppe. Ebenso waren die Angehörigen und das Personal mit dem Konzept der Pflegeoase zufrieden.²

Die Oasenvariante Tagespflegeoase oder Tagesoase wurden bisher in Vlotho (Pflegeoase auf Zeit), München, Osnabrück, Magdeburg und in Wiesbaden evaluiert³.

Die Tagespflegeoase auf Zeit wurde von ISGOS von 2007 bis 2009 begleitet, bei dieser Tagesoase handelt es sich um ein spezielles Konzept, indem die Bewohner/innen innerhalb von 5–10 Tagen von der Oase in ihren eigenen Raum wechseln und nach 5-10 Tagen Zimmeraufenthalt wieder in die Oase zurückwechseln, damit dieses Konzept mehreren Bewohner/innen zugute kommen kann. Die Oase ist auf vier bis fünf Bewohner/innen ausgerichtet. Für die Bewohner/innen erbrachte die Umsetzung des Konzeptes mehr Anreize aus der Umgebung, längere Wachzeiten am Tage und entspanntere Angehörige, die das Erleben der Oase als positiv einschätzten, da die Bewohner/innen mehr Kontakte hätten und immer Personal anwesend sei. Auch das Personal empfand die Oase als anregend und entlastend.⁴

In München führte der Verein „aufschwungalt“ eine Begleitstudie durch. Der Bericht erfüllt jedoch nicht den Anspruch, auf wissenschaftlicher Basis Entwicklungen darzustellen und differenziert nicht zwischen Tagesoasennutzern und anderen Bewohner/innen. Daher sind die dargestellten Ergebnisse nicht nachvollziehbar. Es wird in den beiden begleiteten Tagespflegeoasen eine Verbesserung des Wohlbefindens beobachtet. Allerdings liegt hier nur ein zusammenfassender Abschlussbericht vor.⁵

¹ Diese Studien liegen nur den Einrichtungen vor.

² Siehe auch: Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J. (2013): Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren, Hannover

³ Hier liegen bisher keine Abschlußberichte vor, Ausnahme von München.

⁴ Ebda., S. 107ff

⁵ Münchenstift/Abt. Qualität (2010): Zusammenfassender Abschlussbericht über die wissenschaftliche Begleitung der Pflegeoasen im Haus an der Rümmanstraße und Maria Ramersdorf der Münchenstift.

Die Fachhochschule Osnabrück begleitete von 2010 bis 2011 die Umsetzung einer Tagesoase für acht Bewohner/innen. Die Ergebnisse belegen für die Tagesoasenzweitzer/innen einen häufigeren Kontakt mit dem Personal als bei den acht Bewohner/innen außerhalb der Tagespflegeoase (Kontrollgruppe). Während die Messung der Lebensqualität (mit dem Beobachtungsinstrument H.I.L.D.E) keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ergaben, berichteten das Pflegepersonal und die Angehörigen von positiven Veränderungen der Tagespflegeoasennutzer/innen.¹

Das ISGOS begleitete eine weitere Tagespflegeoase von 2011 bis 2012 in Magdeburg. Die Erwartungen an die Tagespflegeoase lagen in der Verbesserung der sozialen Situation und in der Annahme, dass eine gemeinsame Betreuung tagsüber den einzelnen Bewohnern eine höhere Aufmerksamkeit zukommen lassen würde. Es zeigte sich bei beiden Bewohnergruppen (Oase und Vergleichsgruppe) in der erlebten Verhaltenskompetenz eine leichte Abnahme. Vorteile gab es bei der Tagespflegeoase bei der Stimmung und in der freundlichen Ausstrahlung gegenüber anderen Personen.

Die Ergebnisse der Begleitstudien weisen auf eine positive Wirkung von gemeinschaftlich geführten Zusammenlebensformen. Die berichteten positiven Effekte fallen in den Dauerpflegeoasen deutlicher zugunsten der Bewohner/innen aus, als in den Tagespflegeoasen. Die einbezogenen Bewohner/innen sind nicht in jedem Fall vergleichbar, andere Schwierigkeiten in der Bewertung liegen in der unterschiedlichen Methodik der Evaluationsstudien. Sie sind darauf ausgelegt, die untersuchten Modelle vorrangig qualitativ zu evaluieren und daher kaum in den Ergebnissen verallgemeinerbar. Da bisher alle Untersuchungen nur sehr kleine Fallzahlen aufwiesen, ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse sehr schwierig. So weist Brandenburg (2013) zurecht daraufhin, dass die geringe Stichprobengröße ein Grund dafür ist, „warum es außerordentlich schwierig ist, verschiedene Gruppen im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Krankheitsdiagnosen und Schweregrade der Demenz vergleichbar zu machen. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Zahl von Menschen mit schwerer Demenz in einer Pflegeeinrichtung begrenzt ist.“ (2013: 422). Das ISGOS hofft hier mit seinen Begleitstudien von 13 Oasen², die Ende 2014 abgeschlossen sind, valide Daten vorzulegen, da bei allen Begleitungen die gleichen Assessments ein-

¹ Hotze, E./Böggemann, M./Jacobs, J./van Eijdsen, M. (2011): Die Pflegeoase – Wohnform der Zukunft für Menschen mit fortgeschrittener Demenz? Poster

² Festoasen in Witzhausen, Tostedt, Cuxhaven, Garching a.d.Alz, Bamberg, Augsburg und den Tagespflegeoasen in Münster, Vlotho, Magdeburg und Fürstzell

gesetzt wurden und die Frage der Lebensqualität der Bewohner/innen mit schwerer Demenz in den Mittelpunkt gestellt wurde.

1.3 Konzept der Lebensqualität

Wenn wir heute von Lebensqualität sprechen so stehen sich zwei Auffassungen gegenüber, die objektivistische und die subjektivistische Position. Die Objektivisten gehen davon aus, dass Lebensqualität über den Zugang zu den Ressourcen ermöglicht wird, während die Subjektivisten den Zugang vorwiegend in den subjektiven Ansprüchen und der Zufriedenheit sehen.¹ Die WHO versteht unter Lebensqualität „die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“² Welche Bereiche letztendlich zur Lebensqualität zählen, darüber gibt es verschiedene Auffassungen. Die Messung hierzu erfolgt über so genannte Dimensionen.

1.4 Lebensqualität im Alter und bei Demenz

Lebensqualität ist ein mehrdimensionales Konzept, das im Wesentlichen das subjektive Erleben der Personen darstellt. Lebensqualität kann auch als übergeordnete Zusammenfassung des Wohlbefindens angesehen werden, in die unterschiedliche Dimensionen des Alltagslebens einfließen. Es ist demnach nicht allein die subjektive Wahrnehmung der persönlichen Lebenssituation einer Person, auch wenn diese eine wesentlich Komponente ausmacht, sondern Lebensqualität ist umfassender zu verstehen. Ein wesentlicher Ansatz für die Gerontologie stammt aus der amerikanischen Forschung vom Ökogerontologen Lawton (1996). Lawton geht von vier Dimensionen der Lebensqualität bei demenziell erkrankten Menschen aus: subjektives Wohlbefinden, objektive Umwelt, erlebte Lebensqualität und Verhaltenskompetenz.

Die Wahrnehmung von Lebensqualität bewegt sich zwischen den objektiv gegebenen Umweltbedingungen und ihrer subjektiv erlebten Qualität durch die Person, die sich von Fall zu Fall sehr unterschiedlich zeigen können. Jene wird ganz allgemein beeinflusst zum einen durch die verfügbaren ma-

¹ Siehe ausführlicher hierzu: Noll, Heinz-Herbert (o. J.): Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte. WZB

² Lebensqualität aus Wikipedia. Zugriff 10.02.2014

teriellen Ressourcen (z.B. Wohnausstattung u.ä.) und zum anderen durch die persönlich vorhandenen immateriellen Ressourcen (wie körperlich seelische Gesundheit und Leistungsfähigkeit) der Personen. Auch spielen eigene Erfahrungen im Umgang mit Umweltbedingungen eine Rolle.

Zwischen Verhaltenskompetenz (den Fähigkeiten und Funktionen, die zu einem selbstständigen und selbstverantwortlichem Leben notwendig sind) und seelischem und emotionalen Wohlbefinden (erlebte Lebensqualität) besteht eine Beziehung, die es zu erhalten gilt.

Brandenburg et.al. (2011) wirft die Frage auf ob mit dem Lawtonschen Ansatz die Interessen und Bedürfnisse von Menschen in stationären Einrichtungen abgedeckt sind, vor allem sollte die subjektive Perspektive der Betroffenen erfasst werden.

Neuere Erklärungsansätze zur Lebenszufriedenheit wählen multidimensionale Ansätze, so z.B. das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenzkranken kurz „Hilde“. Der Ansatz erfasst die körperlichen, seelisch-geistigen, sozial-kulturellen und existierenden Bedürfnisse. Demenzerkrankte werden hier nicht ausschließlich auf ihre kognitiven Defizite reduziert, sondern „sind für das Verständnis der individuellen (Er-)Lebenswelt demenzkranker Menschen – und damit für jegliche Maßnahmen der Erhaltung und Förderung ihrer Lebensqualität – das Gesamt ihrer Ressourcen von substantieller Bedeutung“ (Becker et.al. 2006 : 351).

„Gegenüber dem Lawtonschen Modell werden stärker personen- und umweltseitige Ressourcen (räumliche und soziale) differenziert und die personenbezogenen Parameter (subjektives Wohlbefinden und erlebte Lebensqualität) zusammengefasst“ (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013 :19). Das Hilde-Projekt nimmt folgende Dimensionen auf (siehe Tabelle 2).

Räumliche Umwelt	Betreuungsqualität	Verhaltenskompetenz	Medizinisch-funktionaler Status	Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit
Besonderheiten der räumlichen Umwelt	Merkmale der infrastrukturellen Umwelt Versorgung durch Ärzte und Pflege, Qualifikation, Alltagsgestaltung	ADL / IADL Verbale Fähigkeiten Nonverbale Fähigkeiten	Medizinischer Status	Emotionale Befindlichkeit
Soziale Umwelt			Allgemeinzustand	
Art und Struktur sozialer Kontakte			Ernährungszustand	Kognitiver Status
			Psychopathologie Verhaltensauffälligkeiten	

Tab. 2: Dimensionen der Lebensqualität nach H.I.L.D.E. (Quelle: Becker u.a. 2006 : 2)

Eine besondere Bedeutung nimmt in dem Projekt die Dimension Emotionalität ein, da die Forschung davon ausgeht, dass Demenzerkrankte in der Lage sind Alltagssituationen emotional differenziert aufzunehmen und ihr Empfinden nonverbal zum Ausdruck bringen können. (Kruse 2012).

Oswald u.a. kommen aufgrund ihrer Literaturrecherchen zur Lebensqualität bei alten Menschen in der Langzeitpflege zu folgenden Dimensionen¹:

1. „Körperliches Wohlbefinden
2. Sicherheit
3. Unterstützung bei Einschränkungen
4. Essen und Trinken
5. Anregung und sinnvolle Beschäftigung
6. Soziale Kontakte und Beziehungen
7. Würde
8. Privatheit
9. Religiosität und Sinnggebung
10. Selbstbestimmung
11. Wohnkomfort
12. Servicequalität“.

Wobei auch bei diesen Dimensionen unklar bleibt, inwieweit sie die Situationen von Menschen mit schwerer Demenz aufnehmen können.

Oppikofer (2008) weist in ihrer Bestandsaufnahme zur Lebensqualität daraufhin, dass Lebensqualität nicht nur individuell geprägt sei, sondern auch vom Lebensalter, Demenzstadium und den Lebensumständen abhängt. Deshalb sei es schwierig von einer Lebensqualität im Alter oder bei Demenz zu sprechen. Vor allem im Laufe einer Demenz verändere sich die Lebensqualität z.B. bei Bettlägrigkeit, bei Verlust der Sprache oder bei Einbußen der Eigenständigkeit. Diese Einbußen könnten das Wohlbefinden stark beeinflussen, was es daher schwer mache, Lebensqualität zu definieren, da es jeweils an die Lebensbedingungen des Einzelnen geknüpft sei.

Auf der Basis einer Literaturanalyse von ca. 300 Fachartikeln zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz kommt Oppikofer zu folgenden Dimensionen:²

¹ Oswald et.al. (2007 : 21) In: Brandenburg et.al. (2011): Pflegeoasen (k)ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz, Valendar, S. 18

² Oppikofer, S. (2008): Lebensqualität bei Demenz, <http://dx.doi.org/10.5167/uzh-12699> (Zugriff 13.01.2014), S. 6

1. „Umwelt (Räumlich, Sozial, Funktional)
2. Gesundheit (Medizinisch-funktional, Kognition, Psychopathologie, Verhaltensauffälligkeiten)
3. Verhaltenskompetenz (Selbständigkeit, Kommunikation, Mobilität, Fähigkeit zur Aktivität, Anpassungsfähigkeit, Problemlösungs- und Urteilsfähigkeit, Orientierung)
4. Individualität (Selbstwert, Lebenshaltung, Moralempfinden, Spiritualität, Persönlichkeit, Ästhetischer Sinn)
5. Subjektives Empfinden und emotionale Befindlichkeit (Affekt, Zugehörigkeitsgefühl, Lebenszufriedenheit/Wohlbefinden, Beurteilung der finanziellen Situation).

Die aufgeführten Dimensionen und ihre Unter Aspekte für Menschen im Alter und Demenzerkrankte stützen sich in wesentlichen Teilen auf die im Projekt H.I.L.D.E. angewendete Konzeption (Becker u.a. 2005).

Bei der hier ausgewählten Zielgruppe schwer- und schwerstpflegebedürftiger Personen im Spätstadium der Demenz besteht gegenüber Personen mit einer Demenz in weniger fortgeschrittenen Stadien oder Personen hohen Alters mit geringen kognitiven Einbußen eine völlige Abhängigkeit von anderen Personen. In diesem Stadium der Demenz treten vollständige Desorientiertheit, Mobilitätsverlust, häufig Gewichtsverlust, Inkontinenz und der Verlust der Verbalsprache auf. In der Endphase der Erkrankung sind die Menschen zumeist vollständig immobil bis bettlägerig. Der Demenzerkrankte kann sich vor Umwelteindrücken nicht mehr so gut schützen. Umweltlärm kann zu Erregungszuständen und erhöhter Reizbarkeit führen. Wichtig ist dann ein achtsamer Umgang mit dem Demenzerkrankten durch nahe stehende Personen oder durch Professionelle um möglichst andauernde Phasen von Wohlbefinden zu erreichen. Erhalten bleibt bei dem Schwerstdemenzerkrankten das emotionale Empfinden. Laut Kruse (2012) sind Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz in der Lage, Emotionen differenziert zu erleben und auszudrücken. So tritt z.B. Freude in Situationen auf, in denen sie Zuwendung erhalten oder ihren Interessen und Aktivitäten ungestört nachgehen können. Ärger tritt dann auf, wenn der Demenzerkrankte zu etwas gedrängt wird, was er im Moment nicht tun möchte oder er überfordert wird. Der Demenzerkrankte entwickelt ein Harmoniebedürfnis und ist sowohl emotional als auch körperlich sehr verletzlich und seiner Umwelt völlig ausgeliefert. Aber gerade für schwerstpflegebedürftige Bewohner/innen mit Demenz ist es von großer Bedeutung, ihre Umweltgegebenheiten für sich nutzbar zu machen. Bei eingeschränkter

Umweltkompetenz müssen die noch bestehenden Fähigkeiten und Funktionen der erkrankten Menschen herausgefunden und die Entwicklung der Umweltgegebenheiten hierauf abgestimmt werden. Hier lässt sich im Einzelfall eine Förderung der Lebensqualität erreichen. Lebensqualität entsteht dann, wenn bei den Personen positive Effekte ausgelöst werden. Dabei spielt es eine Rolle inwieweit auch pflegebedürftige schwerst demenziell erkrankte Menschen bestimmte Umweltgegebenheiten zu nutzen vermögen, welche Ausschnitte der Umgebung der Pflegebedürftigen fördernd auf das Wohlbefinden wirken können. Hierin unterscheiden sie sich von Menschen mit noch vorhandenen Fähigkeiten, die Umwelt differenziert wahrnehmen und deuten zu können. In den Dimensionen für Lebensqualität erscheinen daher das subjektive Erleben und die emotionale Befindlichkeit als Schlüssel für das Erleben von Wohlbefinden. Die Erfahrung von Wohlbefinden wird über noch anregbare Verhaltenskompetenzen ausgelöst, wobei die Kommunikation als nonverbale Kommunikation und die (kleinräumige) soziale Umwelt zum Erleben von Wohlbefinden beitragen.

Die Erfassung von Wohlbefinden und die Bewertung von Lebensqualität erreicht bei Menschen im Schwerststadium der Demenz eine Situation, in der die Messung subjektiven Verhaltens mit genauen Beobachtungen der Person und der Umweltbedingungen geschehen muss.

1.5 Operationalisierung

Die Lebensqualität oder das Wohlbefinden der Bewohner/innen kann über drei verschiedene Arten erhoben werden.

1. Selbsteinschätzung (Self-Report),
2. Beobachtung und
3. stellvertretende Fremdeinschätzung (Proxy-Report).

Alle drei Verfahren weisen Stärken und Schwächen auf. In den letzten Jahren wurden Befragungen zur Lebensqualität bei Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz mit zufrieden stellenden Ergebnissen der Validität und Reliabilität (Brod et.al. 1999, Logsdan et. al 1999) durchgeführt.¹ Bei Menschen im Stadium der fortgeschrittenen Demenz ist eine direkte Befragung nicht mehr möglich. Das trifft auf die hier untersuchte Bewohnergruppe der Tagespflegeoase zu. Die Teilnehmer/innen sind nicht mehr in der

¹ Siehe hierzu: Menzi-Kuhn, Christine (2006): Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Aarau, S. 7f

Lage, Fragen zu verstehen oder sie zu beantworten. Ihre kognitiven Fähigkeiten verschlechtern sich fortlaufend. Bei dieser Bewohnergruppe können Daten nur noch durch Proxy-Report und/oder Beobachtungen ermittelt werden. Bei Menschen mit schwerer Demenz werden die Daten mit Hilfe der Angehörigen bzw. des Pflegepersonals erhoben, da sie den Demenzerkrankten gut kennen.

Die ergänzenden Beobachtungen werden in für den Bewohner alltäglichen Situationen durchgeführt. Der Vorteil von Beobachtungen liegt darin, dass in gegebenen Situationen die Verhalten direkt festgehalten werden und dadurch weniger Interpretationen möglich sind, von Nachteil ist der hohe Zeitaufwand.

2. Entstehung der Tagespflegeoase im Abundus Pflegeheim

Am 12. Oktober 2012 wurde die Tagespflegeoase im Azurit Seniorenzentrum Abundus mit einem feierlichen Festakt eröffnet. Mit dem Ausbau der Tagespflegeoase ist in dem Seniorenheim mit 150 Plätzen, ein Gesamtkonzept für demenziell erkrankte Bewohner/innen entwickelt worden.

Das Gesamtkonzept beinhaltet ein spezielles Versorgungskonzept für Menschen mit Demenz und setzt sich bausteinartig zusammen. Es orientiert sich an den verschiedenen Stadien der Demenz. So entstand 2009 eine Wohngruppe, die sich an Menschen mit beginnender Demenz richtet. Durch die tägliche Gemeinschaft und strukturierte Gruppenarbeit sollen die Bewohner/innen aktiviert werden. Treffpunkt ist ein großer Wohnraum der mit alten Möbeln eingerichtet ist. Bereits 2010 folgte die Einrichtung eines offen behüteten Wohnbereichs für Menschen mit mittlerer Demenz, die intensiv betreut werden und den umliegenden Garten des Hauses nutzen können. Als dritter Baustein wurde 2012 die Tagespflegeoase eröffnet, die sich an Menschen im Spätstadium der Demenz richtet. Sie soll durch intensive Betreuung und Kommunikation drohende Isolation vermeiden.

2.1 Umsetzung der Tagespflegeoase

Die Zunahme der schwerstpflegebedürftigen Bewohner/innen mit schweren kognitiven Abbauerscheinungen und stark abnehmender Mobilität und Sprachfähigkeit gefährdete das gesetzte Pflegeziel, die Selbstbestimmtheit der Bewohner/innen zu fördern.

Die Grenzen zur Erhöhung der Lebensqualität wurden in folgenden Punkten gesehen:

- „Es besteht derzeit ein großes Versorgungsdefizit für hochgradig demenzkranke Bewohner/innen. Ihre Teilnahme an Alltagsaktivitäten ist in der bisherigen Form nicht mehr möglich.
- Auf Grund ihrer eingeschränkten Mobilität sind sie nicht mehr in der Lage, selbstständig ihren Raum zu verlassen.
- Der Mangel an Sozialkontakten wie auch die fehlende Orientierungsfähigkeit im Raum, der Zeit und den Personen erzeugt Ängste, Unruhe oder auch Apathie.
- Zusätzliche Belastungen entstehen durch eine Vielzahl von Geräuschen, die bei diesen Bewohnern Angstzustände auslösen, da sie nicht alle Geräusche einordnen können.
- Die Pflegekräfte haben wenig Zeit, sie angemessen zu betreuen.

- Die Pflegekräfte werden durch andere Aufgaben und „Störungen“ wie z.B. Telefonanrufe an der adäquaten Durchführung ihrer Tätigkeit behindert.
- Außerdem herrscht auch beim Pflegepersonal Unzufriedenheit, da sie den Bewohnern nicht die nötige Aufmerksamkeit und Zuwendung garantieren können.“¹

Ein Konzept das alle diese Punkte erfüllen kann, sieht das Seniorenzentrum Abundus in der Milieuthérapie. Ziel der Milieuthérapie ist den Demenzkranken ein menschenwürdiges, seiner Biographie angepasstes und stressfreies Leben zu ermöglichen, indem die Umwelt auf ihn angepasst wird. Das Milieu besteht aus den Räumlichkeiten in denen der demenziell Erkrankte lebt, der Struktur des Tagesablaufs und der Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Im Seniorenzentrum Abundus zielt die Milieuthérapie darauf ab, das gesamt Umfeld auf die Bewohner/innen der Tagespflegeoase abzustimmen.²

Das Konzept der Tagespflegeoase wurde zuerst mit fünf Bewohner/innen umgesetzt die schon in den Zimmern lebten, die um den Gemeinschaftsbereich gelegen sind. Im weiteren Verlauf sollten nach und nach drei weitere Bewohner/innen in die Gruppe integriert werden. Letztlich war die Tagesbetreuung auf acht Bewohner/innen ausgelegt. Die Bewohner/innen der Tagespflegeoase sollten eine auf ihre Bedürfnisse angepasste Tagesstrukturierung/Förderung erhalten. Das eigene Zimmer oder Doppelzimmer bleibt den Bewohner/innen erhalten mit einem erweiterten Zugang zum Gemeinschaftsraum. Besucher/innen erhalten damit auch die Möglichkeit des Rückzugs mit ihren schwerstpflegebedürftigen Angehörigen und haben die Gelegenheit zu einer ungestörten Kommunikation. Andererseits erleben sie auch, dass die Bewohner/innen über den Tag nicht allein sind.³

2.2 Zielgruppe für die Tagespflegeoase

Das Konzept der Tagespflegeoase will mit dem Umbau und der Zusammenlegung von Gemeinschaftsbereichen Voraussetzungen schaffen und Bewohner/innen mit erheblich eingeschränkter Mobilität und Schwerstdeemenz ein anregendes Milieu bieten.

¹ Pflegekonzept für die Tagespflegeoase im Azurit Seniorenzentrum Abundus, o.J.

² Siehe auch: <http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/Andrea-Moschke/Milieuthérapie.pdf> (Zugriff 14.01.2014)

³ Siehe auch: Reggentin, H. / Dettbarn-Reggentin, J. (2013): Die Pflegeoase – entscheiden, aufbauen, optimieren, Hannover, S. 131 ff

Als Einschlusskriterien für die Tagespflegeoase sieht das Abundus folgende Merkmale an:

- „Erkrankung an einer Demenz im Schwerststadium (MMSE < 7 Punktwerte oder Reisberg-Skala > VI)
- Reduzierte verbale Kommunikationsfähigkeit (vorrangig nonverbale Kommunikation)
- Erhebliche Einschränkung der Mobilität bzw. der selbstständigen Alltagsgestaltung (Barthel-Index < 30 Punktwerte)
- Gefahr sozialer Isolation durch Leben im Einzel-/Doppelzimmer.“¹

2.3 Räumliche Anforderungen

Die Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus liegt im 1. Obergeschoss und ist in die Struktur des Hauses eingebunden. Die Einzel- bzw. Doppelzimmer sind teilweise an den Tagesaufenthaltsbereich angegliedert, so dass für das Personal kurze Wege bei der Mobilisierung der Bewohner/innen entstehen. Drei der angrenzenden Zimmer sind offen gehalten, damit haben die Bewohner/innen jederzeit Sicht- und Hörkontakt zu dem Gemeinschaftsbereich. Alle Zimmer verfügen über eigene Sanitärebereiche. Das Herzstück der Tagespflegeoase bildet der Aufenthaltsbereich mit seinen 49 qm mit dem integrierten Personalbereich mit kleiner Kochnische und Büro.

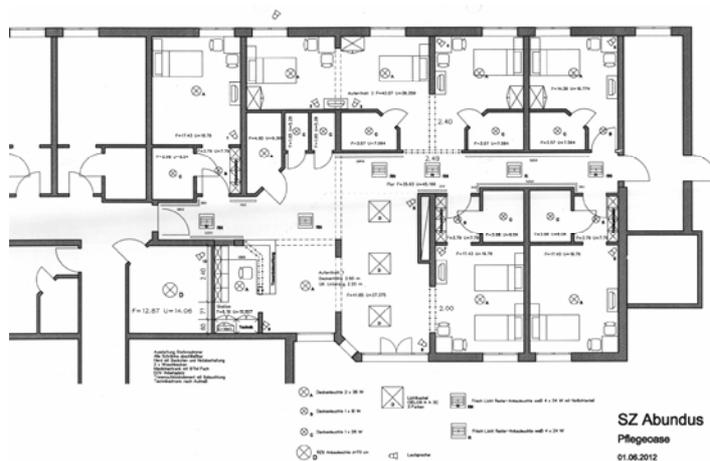


Abb. 1: Grundriss Tagespflegeoase mit anschließenden Zimmern

¹ Pflegekonzept für die Tagespflegeoase im Azurit Seniorenzentrum Abundus, o.J.

Das Pflegepersonal ist über den ganzen Tag in diesem Bereich präsent und hat die Bewohner/innen immer im Blick. Tagsüber können die Bewohner/innen in Pflegerollstühlen oder in ihren Betten um den Tisch herum an den angebotenen Aktivitäten teilnehmen oder in ihren eigenen Zimmern verweilen.



Abb. 2 Blick in den Gemeinschaftsbereich



Abb. 3 Blick in den Gemeinschaftsbereich

Die Räume der Tagespflegeoase und die Zimmer der Bewohner/innen wurden in einem zarten Fliederton gehalten und mit einem nicht spiegelnden Fußboden (Holzimitation) versehen. Die Helligkeit der Räume ist über die großen Fenster im Aufenthaltsbereich gegeben und wird zusätzlich über eine digitale Lichtanlage, mit einer Lichtleistung bis 1.000 Lux gesteuert. Das gesamte Mobiliar wurde auf die Raumfarben abgestimmt und durch drei rote Schaukelsessel ergänzt auf denen die Bewohner/innen auch gerne ihren Mittagsschlaf verbringen.



Abb. 4: Schaukelsessel



Abb. 5: Schaukelsessel mit Handpuppen



Abb. 6: Gemeinschaftsbereich mit Arbeitsplatz fürs Personal

2.4 Personal

In der Tagespflegeoase können bis zu acht Bewohner/innen betreut werden. Tagsüber werden sie in der Regel von drei Pflegekräften begleitet. Die Betreuung und Pflege der Bewohner/innen erfolgt über Bezugspflege, dadurch wird eine Kontinuität in der Verantwortung festgelegt und verlorene Sozialbeziehungen kompensiert. Häufiger Wechsel des Pflegepersonals soll vermieden und damit verbundene negative Verhaltensstörungen der demenziell Erkrankten gemindert werden.¹

Mit der Bezugspflege soll eine Beziehung zu dem Demenzkranken aufgebaut werden. Vom Personal werden Respekt, Partnerschaftlichkeit und Akzeptanz als Voraussetzung gefordert. Weitere Fähigkeiten wie Einfühlungsvermögen, Sensibilität, Geduld und Ruhe sollten vorhanden sein. Die Grundlage zur Betreuung des Demenzerkrankten bildet die Biographiearbeit, sie liefert notwendige Informationen über den Bewohner und evtl. auch darüber wie Konflikte angegangen werden können.

Da von der Betreuung und Pflege der Bewohner/innen der Tagespflegeoase ein hohes Fachwissen und Verantwortung von den Mitarbeiter/innen erwartet wird, nahmen im Vorfeld schon 20 Teilnehmer/innen an einer Zusatzqualifikation in Palliative care teil. Drei Mitarbeiter haben während der Projektphase den Palliative care Pflege-Lehrgang komplett absolviert. Des Weiteren wurden Erkenntnisse in Basaler Stimulation erworben, Kinästhetik, Atemarbeit und Aromatherapie stehen noch auf dem Weiterbildungsprogramm. Inzwischen hat sich für die Tagespflegeoase auch eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich ca. alle drei Monate trifft und spezielle Themen für die Pflege in der Tagesoase anspricht. Aktuell wird das Thema Ethikverständnis behandelt.

Ergänzt wird die Grundpflege in der Tagespflegeoase durch nichtmedikamentöse Therapien um die verbliebenen Fähigkeiten des demenziell Erkrankten zu erhalten bzw. zu stärken. Die Verfahren die eingesetzt werden, richten sich nach der Art der Erkrankung und dem Stadium der Demenz, wobei darauf geachtet werden muss, dass der/die Bewohner/in nicht überfordert wird. Zu den angewendeten Therapien in der Tagespflegeoase gehören Basale Stimulation, Klangmassage, Aromatherapie, T-Touch-

¹ Die mit dem Wechsel des Personals verbundene Unruhe kann bei den Bewohner/innen das Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten fördern, in deren Folge dann auch das Personal stärker belastet wird, wie eine Untersuchung des ISGOS von ambulanten Wohngruppen Demenzkranker belegen konnte. Dettbarn-Reggentin (2005): Ambulant versorgte Wohngruppen demenziell Erkrankter im Modellprojekt Schönholzer Heide. In: Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin, Band 5, S. 105-115

Methode, Handpuppen, wie auch die Milieuthherapie die jeweils auf die spezifische Demenzsituation angepasst werden. Die angewendeten Therapien sollen hier nun in Kürze dargestellt werden.

Basale Stimulation

Sie dient der Förderung und Aktivierung bei schwerstbeeinträchtigten Menschen mit Bewegungs-, Kommunikations- und Wahrnehmungsstörungen. Die Wahrnehmung des Demenzerkrankten soll gezielt angeregt und gefördert werden. Durch positive Angebote soll ihm sein eigener Körper wieder bewusst werden und er soll ermuntert werden mit anderen Personen in seiner Umgebung in Kontakt zu treten. Die Basale Stimulation wird bei alltagsunterstützenden Tätigkeiten wie etwa bei der Grundpflege oder beim Lagern eingesetzt, wie auch bei der basal stimulierenden Ganzkörperwäsche, bei der oralen visuellen, olfaktorischen, haptischen und akustischen Stimulation.¹

Klangmassage

Für Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz und überwiegender Bettlägerigkeit kann die Klangmassage als Brücke in der zwischenmenschlichen Kommunikation genutzt werden. Sie kann Wohlbefinden, Sicherheit und den Abbau von Ängsten bewirken. Durch ihre Einfachheit bietet die Klangmassage gerade für Demenzerkrankte eine gute Zugangsmöglichkeit. „Die Klangwahrnehmung erfolgt nicht über den Intellekt, sondern direkt über den Körper, über das Hören, Fühlen, Sehen, usw.“² Der Einsatz der Klangschalen wird je nach Bedürfnis des Demenzerkrankten eingesetzt. Sie werden jedoch nicht von allen Bewohnern als angenehm empfunden.

Aromatherapie

Düfte und Gerüche vermögen das menschliche Wohlbefinden zu steigern und können vor langer Zeit Erlebtes ins Gedächtnis zurückholen. Sie können als Therapie bei Unruhezuständen eingesetzt werden. Duftöle können Stress abbauen und die Stimmung aufhellen. Zum Einsatz in der Tagespflegeoase sollten nur Düfte kommen die der Demenzerkrankte kennt, die beruhigend wirken oder auch aktivieren und motivieren. So kann der Ein-

¹ Siehe auch MDS (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen

² Schröder, Silvia (2009): Klänge für Körper und Seele. In: pflegen: Demenz, S. 24

satz von ganz „natürlichen“ Düften wie frisch gebrühter Kaffee, frisch gebackener Kuchen die Orientierung und die Erinnerung stützen.¹



Abb. 7: Plätzchen backen in der Tagespflegeoase

TTouch-Methode

Eine weitere Therapie die in der Tagespflegeoase Abundus zum Einsatz kommt, ist die Tellington TTouch-Methode. Diese Methode wurde durch Lindle Tellington-Jones entwickelt. „Der TTouch ist eine respektvolle, sanfte manuelle Technik, die eine Vielzahl von kreisenden, streichenden und hebenden Berührungen beinhaltet...“ (<http://www.ttouchforyou.de>).

Die TTouch-Methode wird in vielen Bereichen der Gesundheitspflege angewandt, so auch beim geriatrischen Bewohner. Sie reduziert Schmerzen, Stress und Angst und steigert die Entspannung. Eine 5-10-minütige Behandlung kann das Stresshormon Adrenalin, sowie Blutdruck und die Herzfrequenz senken.

Handpuppen

Der Einsatz von Handpuppen im Demenzbereich ermöglicht eine Tür zu den an Demenz erkrankten Menschen zu öffnen. Die Handpuppen haben im Bereich der Kommunikation und der Validation einen erfolgreichen Stellenwert in der Pflegearbeit erreicht. Über die Handpuppen entsteht eine Kommunikation mit den Menschen, die durch die Leichtigkeit und Fröhlichkeit der Puppe von den Demenzerkrankten besser verstanden wird. Sie entwickeln eine hohe Affinität zu den Handpuppen. Die Handpuppen kön-

¹ Siehe weitere Informationen hierzu: Meyer, Wibke (2010): Ätherische Öle für Menschen mit Demenz, Trier. Siehe auch: Altenpflege spezial (2007). Therapie, Vincentz-Verlag, Hannover

nen auch zur Bewältigung bei Aggressionen dienen. In der Tagespflegesoase in Abundus wurden zwei Handpuppen mit großem Erfolg eingesetzt.



Abb. 8: Bewohnerin mit Handpuppe Fritz



Abb. 9: Bewohnerin mit Handpuppe Fritz

3. Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung der Tagespflegeoase im Abundus Seniorenzentrum wurde von September 2012 bis März 2014 (18 Monate) als Längsschnittstudie unter Einbeziehung einer Kontrollgruppe durchgeführt. Die Kontrollgruppe wurde aus den Wohnbereichen des Hauses mittels Parallelisierung gebildet. Es wurde ein Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Methoden eingesetzt.

3.1 Ziele, Hypothesen und Fragestellungen

Forschungsziele

Mit der Evaluation der Tagespflegeoase sollte wie auch in den vorangegangenen Untersuchungen zu Pflegeoasen und Tagespflegeoasen die Wirksamkeit von Pflegekonzepten auf die schwer pflegebedürftigen Bewohner/innen und deren Bedingungen ermittelt werden.

Ein weiteres Ziel der Begleitforschung war es, die Wirksamkeit von Verfahren und Umwelt-Faktoren als fördernde oder hemmende Faktoren zu erkunden.

Die Begleitstudie sollte empirische Daten zur Beantwortung der Fragen auf die hier angesprochene Personengruppe beschaffen und für weitere Wohnkonzepte Hinweise geben, mit welchen Umwelten (sozial, baulich, organisatorisch und pflegerisch) und Maßnahmen das subjektive Erleben und die emotionalen Befindlichkeiten der Schwerstkranken erreicht und gefördert werden können.

Die durchgeführten Beobachtungen sollten Aufschluss über das Wohlbefinden der Bewohner/innen ermitteln und letztlich eine Einschätzung auf die Lebensqualität in der Tagespflegeoase ermöglichen.

Des Weiteren sollten die Erwartungen und Belastungen des Pflegepersonals erforscht werden.

Forschungshypothese

Die Forschungshypothese geht davon aus, dass durch die Gemeinschaftsbildung in der Tagespflegeoase die Kommunikation zwischen Bewohner/in und Personal und Bewohner untereinander erhöht wird und dadurch das Wohlbefinden gesteigert wird.

Es wird des Weiteren davon ausgegangen, dass mit einer konstanten kontinuierlichen Begleitung und Alltagsgestaltung die Beziehungen der Bewohner/innen zu anderen Personen in „sehr enger Verbundenheiten“ zunehmen. Die sozialen Netzwerke der Bewohner/innen sollten durch die Nutzung der Tagespflegeoase erweitert werden.

Forschungsfragen

1. Ist die Konzeption der Tagespflegeoase geeignet das Wohlbefinden der Bewohner/innen zu steigern und somit auch deren Lebensqualität?

Der Begriff der „Lebensqualität“ steht zentral für die Pflegekonzeption und somit auch für die Evaluation. Die ausgewählte Zielgruppe schwer- und schwerstpflegebedürftiger Personen mit einer demenziellen Erkrankung oder schweren somatischen Erkrankungen mit nur noch geringer Mobilität soll dahingehend gefördert werden, dass mittels individueller Stimulierung ihr Wohlbefinden gesteigert und ihre Lebensqualität erhöht wird.

Untersuchungen zum Wohlbefinden hatten bisher mit Bewohner/innen zu tun, die noch verbal sprachfähig und in der Lage waren eine Selbsteinschätzung zu ihrer Lebensqualität zu geben. Die hier einbezogene Bewohnergruppe ist nicht mehr fähig, Fragen zu verstehen, geschweige denn sie zu beantworten. Ihre Mobilität ist erheblich eingeschränkt und sie benötigen Hilfen in allen alltagsrelevanten Tätigkeiten. Ihre kognitiven Fähigkeiten verschlechtern sich fortlaufend. Eine Beurteilung des Wohlbefindens der Bewohnergruppe lässt sich nur noch durch Beobachtung feststellen, wobei zwischen kurzfristigen Äußerungen (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Lautäußerung), mittelfristig länger anhaltenden Ausdrucksweisen und langfristigen Trends unterschieden wird.¹

Die Beobachtungen wurden durch das Pflegepersonal durchgeführt, dies ist sinnvoll, da jene über Kenntnisse der Bewohner/innen verfügen und auch Reaktionen und Veränderungen beurteilen können.²

Die bisher in der Forschung angewandten Instrumente zur Lebensqualität sind für diese Personengruppe nur begrenzt einsetzbar, da viele der Instrumente nur bis zum mittelschweren Demenzbereich nutzbar sind, haben wir uns dafür entschieden uns an die „Dimensionen der Lebensqualität in H.I.L.D.E.“ anzulehnen. Um einen Vergleich zu anderen Pflegeoasen herzustellen, wird als weiteres quantitatives Instrument QUALID zur Überprüfung

¹ Siehe hierzu: Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2010): Pflegeoase Pur-Vital Seniorenpark Alztal in Garching a.d. Alz

² Vgl. hierzu auch Brandenburg et. al. 2011, S. 40f

fung der Lebensqualität eingesetzt. Qualid wurde von Weiner et. al. (2000) speziell für Menschen mit Schwerstdemenz entwickelt, wobei jenes nicht ausreichend erscheint, um die verschiedenen nonverbalen Ausdrucksformen der Bewohner/innen zu erfassen. Zusätzlich wurden von den Forschern qualitative Beobachtungen im Alltag der Bewohner/innen durchgeführt. Des Weiteren wurde die Apparent Affect Rating Scale (AARS) drei Wochen lang in allen drei Schichten eingesetzt und zusätzlich zur Überprüfung von den Forschern bei der Begleitung ausgefüllt.

2. Sind das Milieu, sowie besondere Therapien, wie auch Umweltgegebenheiten als fördernde oder hemmende Faktoren zu ermitteln?

Welchen Einfluss übt das soziale Milieu (Personal, Angehörige, Besucher und Mitbewohner/innen) auf die Verhaltensausrägungen bei den Bewohner/innen aus? In erster Linie galt es den Einfluss einer ständigen Personalpräsens und die ständige Anwesenheit von Mitbewohner/innen mit Bewohner/innen zu vergleichen, die im Einzelzimmer nur zu bestimmten Tageszeiten (Pflegetzeiten, Mahlzeiten oder Besuche) Kontakt mit anderen Personen hatten.

Die Effekte des Milieus werden im Verhalten der Bewohner/innen sichtbar. Beobachtet wurden daher:

- nichtkognitive Störungen und ihre Verläufe (NPI)
- die Stimmung der Bewohner/innen und ihre Reaktion auf Alltagsgestaltungen (NOSGER und Beobachtungen)
- das Sozialverhalten – in der Wahrnehmung anderer Personen (NOSGER)
- das Schmerzverhalten (BESD)
- die Anteilnahme an ihrer Umwelt (NOSGER, AARS und Beobachtungen)

Wie werden besondere Therapien von den Bewohnern aufgenommen, sind jene in der Lage Stimmungen und Wohlbefinden zu erzeugen? Können Sie Fähigkeiten bei den Bewohner/innen abrufen und stärken? Anhand von Beobachtungsprotokollen sollen hier einzelne Therapien dargestellt werden und aufzeigen, welche Reaktionen sie bei dem einzelnen Bewohner oder der Gruppe hervorgerufen haben.

Ein weiteres Element des Milieus stellen die Räume und ihre Gestaltung dar einschließlich der hierin befindlichen Objekte. Werden die räumlichen Veränderungen wahrgenommen?

3. Lässt sich das persönliche soziale Netzwerk der Bewohner/innen in der Tagespflegeoase erweitern?

Persönliche Beziehungen und Netzwerke, wie Familie, Freundschaften oder Nachbarschaftsbeziehungen sind wichtig für die soziale Integration. Sie sind Ausdruck von Begegnungen und sozialem Austausch und ermöglichen dem Individuum seine soziale Identität aufrechtzuerhalten.

Da die hier angesprochene Bewohnergruppe durch ihren fortgeschrittenen Demenzverlauf nicht mehr in der Lage ist, Kontakte zu Angehörigen, Freunden, etc. aufrecht zu erhalten, ist die Frage nach der Größe des persönlichen sozialen Bezugssystems jedes Bewohners und nach seiner Veränderung relevant. Hierzu setzen wir die Methode der konzentrischen Kreise nach Kahn und Antonucci (1980) ein. Das Pflegepersonal bewertet die Anzahl und die Häufigkeit von Kontakten und die Qualität der emotionalen Nähe zu den Kontaktpersonen. „Der Raum um Ego ist bei diesem Instrument durch drei konzentrische Kreise strukturiert, welche die emotionale Nähe und Distanz der Alteri zu Ego abbilden sollen“ (Hollstein / Pfeffer: 2010).

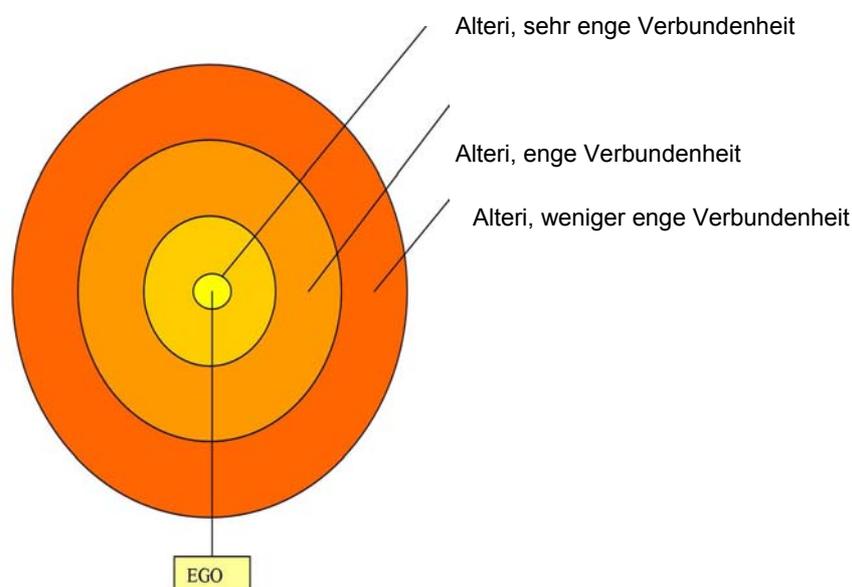


Abb. 10. Konzentrische Kreise nach Kahn / Antonucci

4. Wie erlebt das Personal die Veränderungen und welche Belastungen und Entlastungen treten auf?

Pflegeoasen sind im Heimalltag noch nichts Alltägliches, häufig ist das Personal auf diese Form der Versorgung nicht vorbereitet. Die Versorgung in

einer Pflegeoase erfordert häufig neue berufliche Anforderungen und Einstellungen. Was erwarten die Pflegekräfte von der Tagesoase und was glauben Sie, was sich für die Bewohner/innen nach einem Jahr verändert hat? Wesentlich ist für die Forschung vor allem die Frage der physischen und psychischen Belastungen des Pflegepersonals in der Tagespflegeoase.

Der Fragenkomplex orientierte sich hierbei an eigenen Befragungen zur beruflichen Belastung des Pflegepersonals in der Schwerstpflege (Dettbarn-Reggentin 2008,1 2003), an Befragungen von Zimmer / Weyerer (1999) wie auch an der Schweizer Studie zur Situation des Personals in der Langzeitpflege (Oppikofer u.a. 2005) sowie an dem BGW-Manuel zur Mitarbeiterbefragung (ohne Jahr). Des Weiteren wurde zur Überprüfung der Belastungen, des Burn-out, die Deutsche Fassung des Maslach-Burnout Inventory (1992¹) eingesetzt.

3.2 Übersicht der eingesetzten quantitativen und qualitativen Verfahren

Da die Bewohnerinnen nicht mehr selbst befragt (Self-Report) werden konnten, wurden Verfahren eingesetzt, die Informationen über die Reaktion der Bewohner/innen auf soziale Kontakte und ihre Wahrnehmung der Umwelt geben sollten. Die Beobachtungen erfolgten als Fremdeinschätzung (Proxy-Report) durch das Personal, wie auch die standardisierten Erhebungen zu den Krankheitsverläufen, den ADL's und den kognitiven Fähigkeiten. Bei den Beobachtungsbögen wurden Verhalten nach der Zeitdauer ihres Auftretens unterschieden. Eine Kontrolle der Daten erfolgte stichprobenartig durch die Begleitforschung. Die Verfahren die eingesetzt wurden werden in der nachfolgenden Tabelle 3 dargestellt.

¹ Büssing, A. Perrar, KM. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica 38(4): 328-53.

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

Tab. 3: Eingesetzte Verfahren

Vor Beginn der Forschung wurden die Instrumente und der Ablauf der Forschung mit der Wohnbereichsleitung, die für die Oase zuständig ist und der Heimleitung durchgesprochen.

3.3 Beschreibungen der eingesetzten quantitativen Instrumente

Der hier eingesetzte Biografiebogen enthält 20 Items zur Person, zu dem sozialen Umfeld und Netzwerken sowie zu den ärztlichen Diagnosen. Der Fragebogen wurde durch das ISGOS selbst entwickelt und kam bisher in mehreren Evaluationen zum Einsatz, wie in Forschungen zum Thema

Wohngruppen Demenzkranker im stationären und ambulanten Bereich und in Pflegeoasen.

Die Aktivitäten des täglichen Lebens wurden mit dem Hamburger Manual zum Barthel-Index¹ gemessen. Es handelt sich hierbei um eine Fremdbeurteilungsskala zur Einschätzung des Ausmaßes der körperlichen Abhängigkeit. Die Skala enthält 10 Items des täglichen Lebens wie Essen, Transfer, Waschen, Toilettengang, Baden, Bewegung, Treppen steigen, Ankleiden und Stuhl- und Harnkontrolle. Das Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index stellt somit keinen neuen Barthel-Index dar.

Es können maximal 100 Punkte erreicht werden, wobei 100 Punkte für eine völlige Selbstständigkeit stehen und 0 für eine völlige Abhängigkeit.

Das Hamburger Manual wurde 2001/2002 in sieben geriatrischen Kliniken auf seine praktische Anwendbarkeit hin überprüft. Die Ergebnisse zeigten eine hohe Akzeptanz bei den Pflegekräften, da er als „eindeutiger, leichter anwendbar und reliabler“ gilt.²

Die Verlaufsmessungen in dem Projekt der Tagespflegeoase zeigten sich als sinnvoll, da nicht alle Bewohner/innen der Tagespflegeoase von vornherein völlig abhängig in der Pflege waren.

Bei der Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)³ handelt es sich um eine standardisierte Fremdbeurteilung, die durch professionelle Pflegekräfte oder Angehörige durchgeführt werden kann. Ziel der Entwicklung der NOSGER lag in der Ausarbeitung eines auch für Laien verständliches mehrdimensionales im Alltag gebräuchliches Instrument zu entwickeln.

Die NOSGER umfasst 30 Items, von denen je 5 folgenden 6 Dimensionen zugeordnet werden (Stimmung, Sozialverhalten, Gedächtnis, IADL, ADL und Störendes Verhalten). Die NOSGER - ITEMS sind von 1 bis 5 skaliert, wobei 5 die größtmögliche Störung angibt.

Die minimale Punktzahl pro Dimension die erreicht werden kann liegt bei 5 Punkten und der Maximalwert bei 25 Punkten.

Die Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit der NOSGER wurde in mehreren unabhängigen Studien überprüft und in verschiedenen Studien publiziert.⁴

¹ Barthel-Index von Mahoney, F.L., Barthel, D.W. (1965): Functional Evaluation: the Barthel Index. MD State Med J. 14, 61-65

² Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index unter: www.dimdi.de/de/klassi/...hamburger-manual-nov2004pdf. Zugriff 20.04.2011

³ Spiegel 1990, 1991

⁴ Brunner und Spiegel 1990; Spiegel et al 1991 und Wahle et al. 1996.

Bei den Subskalen Gedächtnis, IADL und ADL gelten über 10 Punkte als pathologisch und bei den anderen Subskalen wie Stimmung, Soziales Verhalten und Störendes Verhalten werden mehr als 15 Punkte als auffällig angesehen.¹ Für die Untersuchung waren vor allem die Subskalen: Soziales Verhalten, Stimmung und Störendes Verhalten von Bedeutung.

Der kognitive Status wurde mit Hilfe der Global Deterioration Scale (GDS) den Reisberg-Scalen erhoben. Die Reisberg-Skala gibt einen guten Überblick über den Schweregrad und den Verlauf einer Demenz. Die Einstufung erfolgte in unserer Untersuchung durch Beobachtung der Bewohner/innen. Reisberg gibt 7 Stadien kognitiver Leistungseinbußen vor, für die von uns vorgesehenen Bewohner/innen der Pflegeoase sind vor allem die Stufen 6 (schwere Demenz) und 7 (sehr schwere Demenz) von Bedeutung. Die Stufe 7 enthält noch Substadien zur Einschätzung.

Die Beobachtungsskala BESD Beurteilung von Schmerzen bei Demenz wurde aus dem Amerikanischen übersetzt und stammt ab von der PAINAD-Scale.² Die BESD-Skala enthält fünf Beobachtungsbereiche wie Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für jede Kategorie können maximal 2 Punkte vergeben werden. Der höchst erreichbare Wert liegt bei 10 Punkten. Ein Wert von 6 Punkten und darüber wird als behandlungsbedürftig angesehen. Die Person die eingeschätzt werden soll wird 2 Minuten beobachtet, vorzugsweise in einer Mobilitätssituation. Eine Beurteilung der BESD ergab zwar eine Eindimensionalität der Skala aber eine ausreichende innere Konsistenz. Die Autoren schildern die Interraterreliabilität als gut, ebenso die Validität. Eine abschließende Bewertung liegt noch nicht vor, da bisher noch kaum Forschungen vorlagen.³

Zur Erfassung der nichtkognitiven Verhaltensstörungen wurde das Neuropsychiatrische Inventar Questionnaire (NPI – Q)⁴ eingesetzt. „Es umfasst das Spektrum möglicher Auffälligkeiten von Wahrnehmungs- und Denkstörungen über Affekt- und Antriebsstörungen bis hin zu abweichendem Sozi-

¹ Lüdeke 2009

² Originalversion siehe 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

³ Basler et al. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). In: Der Schmerz 6, S. 519

⁴ Cummings, J.L. (1997): The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia. Neurology 48 (Suppl. 6), S. 10-16

alverhalten, wobei die einzelnen Symptombereiche gut voneinander abgegrenzt sind.“¹

Das NPI enthält 12 Verhaltenskategorien wie Wahn, Halluzination, Unruhe (Agitiertheit), Depression, Angst, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, motorische Unruhe, nächtliche Unruhe und Appetit/Essverhalten. Zusätzlich zu der Befragung der Bewohner/innen kann die Belastungssituation der Pflegekräfte erfragt werden.

Das emotionale Erleben wird mit zwei Instrumenten erhoben der Apparent Affect Rating Scale (AARS) und der QUALID. Die AARS enthält 5 Ausdrucksformen, deren Auftreten durch Beobachtung der Mimik unterschieden wird. Die Beobachtungszeit beträgt 10 Minuten. Die Skala ist nach Schulung leicht für die Pflege und Betreuung einsetzbar.

Die Quality of Life in Late-Stage of Dementia (QUALID) wurde von Weiner (2000) entwickelt und gilt ebenfalls zur Einschätzung der Lebensqualität bei schwerster Demenz. Gemessen werden 11 Verhalten die jeweils 5 Antwortmöglichkeiten vorgeben, die sowohl negative wie positive Emotionen enthalten. Die höchst zu erreichende Punktzahl liegt bei 55 Punkten, wobei der Punktwert 11 die höchste und 55 Punkte die geringste Lebensqualität darstellt. Die Qualid zeigte sich im Testverfahren als Zuverlässig im Test-Retest-Verfahren, die interne Konsistenz wird als hoch eingeschätzt.

Alle Instrumente wurden in einem drei bis viermonatigen Abstand dreimal vom Personal ausgefüllt, wobei die erste Messung vor dem Umzug der Bewohner/innen erfolgte. Die AARS wurde zusätzlich drei Wochen lang von der Früh-, Spät- und Nachtschicht ausgefüllt. Ebenso setzte auch das Forschungsteam bei den teilnehmenden Beobachtungen die AARS zur Kontrolle ein. Des Weiteren wurden die Raumgestaltung und die Raumwirkung über Begehungen und über regelmäßige Messungen (Licht, Lüftung, Luftfeuchtigkeit) aufgenommen.

Personalbefragung

Bei der Befragung des Personals wurde die Form des Interviews gewählt, wie auch in den vorangegangenen Projekten zur Pflegeoase. Nach Friedrichs (1980) erhält man über das Interview relativ gut standardisierte Informationen. Es liefert uns Einstellungen, Meinungen und Teile des Verhal-

¹ Seidl et al. (2007): Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. In: Fortschr Neurol Psychiat. 75, S. 2

tens der Befragten. Die Befragung ist eine der wichtigsten Möglichkeiten um „die Wahrnehmung und Interpretation von Sachverhalten durch Individuen zu ermitteln“ (eba. S. 208). Ein Nachteil ist der hohe zeitliche und finanzielle Aufwand.

Bei den Interviews wurde ein Leitfaden aus offenen, teilstandardisierten und standardisierten Fragen eingesetzt. Dies ermöglichte den Interviewern Nachfragen zu stellen und die Abfolge der Fragen selbst festzulegen, wobei aber der vorgegebene Fragenkomplex abzuarbeiten war.

Die erste Befragung des Personals erfolgte im Juni 2013. Durch Veränderungen im Personalbereich in der Oase, war eine frühere Befragung, wie angedacht nicht möglich. Die zweite Befragung fand ca. 6 Monate später statt (Dezember 2013), mit einem verkürzten Fragenkatalog. Die Interviewzeit lag bei der ersten Befragung zwischen 30-65 Minuten (im Mittel 44,78 Minuten) und in der zweiten Befragung im Mittel bei 30 Minuten.

Die Interviews enthielten Fragen zur Einstellung und Meinung, zur Überzeugung und zur Eigenschaft des Befragten. Zu Beginn der ersten Befragung des Personals enthielt die mündliche Befragung 15 Bereiche:

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

Die zweite Befragung umfasste nur noch Themenkomplexe zu der Erfahrung Pflegeoase, zur Pflegetätigkeit, Belastungen, Zusammenarbeit mit Angehörigen und Verhalten der Bewohner/innen und das Burn-out.

3.4 Beschreibungen der qualitativen Methode

Im Rahmen der im Abstand von zwei bis drei monatigen Besuche der Einrichtung durch zwei Forscher wurden Beobachtungen in der Tagespflegeoase und der Kontrollgruppe durchgeführt. Es sollten Beobachtungen zur Kommunikation und zum Verhalten der Bewohner/innen ermittelt werden, wie auch Reaktionen auf den Einsatz von Therapien. Beobachtungen werden von Empirikern als die „ursprünglichste“ Datenerhebungstechnik gesehen. Wobei nach Friedrichs die teilnehmende Beobachtung eine geplante Wahrnehmung des Verhaltens von Personen in ihrer natürlichen Umgebung ist. Der Forscher, der an den Interaktionen teilnimmt, wird von den beobachteten Personen als Teil ihres Handlungsfeldes angesehen (1980: 288). Beim Beobachten wird ein Zweck oder Ziel verfolgt, es werden aus der Wahrnehmung nur bestimmte Aspekte zur Beschreibung ausgewählt. Diese noch alltägliche Beobachtungen werden erst zu wissenschaftlichen, wenn die Beobachtung zur Überprüfung von Annahmen dient und die Ergebnisse nachvollziehbar sind, also verschiedene Beobachter zu gleichen Ergebnissen kommen (Dreier 1997).

Friedrichs (1980) unterscheidet fünf Dimensionen der Beobachtung:

- „1. verdeckt – offen (Inwieweit wissen die Beobachteten, dass sie beobachtet werden?)
2. nicht-teilnehmend – teilnehmend (Inwieweit nimmt der Beobachter am Feldgeschehen teil?)
3. systematisch – unsystematisch (Inwieweit ist Beobachtung durch vorgefertigte Schemata standardisiert?)
4. natürlich – künstlich (Erfolgt die Beobachtung im natürlichen Feld oder unter speziell hergestellten Bedingungen?)
5. selbst – fremd (Inwieweit werden Fremde, inwieweit der Beobachter selbst zum Gegenstand der Beobachtung?)“ (Friedrichs 1982 : 272 in Dreier 1997).

Zur Anwendung kam eine teilnehmende offene Beobachtung. Das Pflegepersonal und auch Angehörige (wenn anwesend) wurden über die Absichten informiert. Die Protokollierung der Beobachtung erfolgte zunächst unsystematisch, da Situationen durch die demenziell Erkrankten nicht grundsätzlich vorhersehbar sind, muss sich der Beobachter auch auf diese einstellen können. Des Weiteren erfolgte über die AARS eine systematische Protokollierung der Ausdrucksformen der Bewohner/innen. Aus ethischen Erwägungen wurden die teilnehmenden Beobachtungen nur in den Ge-

meinschaftsbereichen durchgeführt, auf eine Beobachtung bei der Pflege der Bewohner/innen wurde aus vorgenannten Gründen verzichtet. Ergänzend zur teilnehmenden Beobachtung fanden regelmäßig Einzelgespräche über die Entwicklung der Bewohner/innen mit der Wohnbereichsleitung und der Heimleitung statt.

Der Einsatz des Methodenmix aus quantitativen und qualitativen Ansätzen und vor allem die Differenzierung nach verschiedenen Beobachtungszeiträumen von 2 Minuten bis zu vier Wochen hat sich als hilfreich erwiesen, da wir nun kurze Episoden von Verhalten von längeren Wellen unterscheiden oder als gleich bleibend einschätzen können.

Der hier vorliegende Bericht stellt in seiner Darstellung die Tagespflegeoase in Fürstenzell mit einer parallelisierten Kontrollgruppe aus dem Hause dar. Die vorliegenden Ergebnisse zu den Bewohner/innen werden als Einzeldarstellungen im Verlauf beschrieben und in den Gesamtergebnissen (Scalenwerten) werden die Ergebnisse der Tagespflegeoasensbewohner/innen der Kontrollgruppe gegenübergestellt und durch Beobachtungen vor Ort ergänzt, wobei hier nur noch 7 Bewohner/innen aus der TPO und 6 Bewohner/innen aus der KG in die Darstellung einfließen. Auf statistische Berechnungen wurde auf Grund der kleinen Fallzahl verzichtet, ebenfalls auf einige wesentliche Verknüpfungen, wie Geschlecht, Alter, Demenzstufen etc.

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 10.0.

4. Ergebnisse der Studie

Zu Beginn der Darstellung werden alle Bewohner/innen die in der Tagespflegeoase (TPO), wie auch in der Kontrollgruppe (KG) gelebt haben in die Stichprobe aufgenommen. Danach werden nur noch Ergebnisse von jeweils sieben Bewohner/innen aus der TPO und sechs aus der KG, die in allen drei Wellen beobachtet werden konnten, aufgenommen. Die Kontrollgruppe wurde mittels Parallelisierung der Variablen: Alter, Demenzstufe, Barthel-Index, Mobilitätsgrad gebildet.

In der Darstellung der Ergebnisse von den Bewohner/innen und dem Personal wird das bayerische Datenschutzgesetz beachtet. Alle Daten werden anonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Personen möglich sind.

4.1 Stichprobe Bewohner/innen

Bei der Eröffnung der Tagespflegeoase lebten Anfangs 5 Bewohner/innen in der Tagespflegeoase (TPO), nach und nach wurden weitere Personen in die Oase einbezogen, wie es das Konzept auch vorsah. In die Stichprobe gehen gesamt 16 Bewohner/innen ein, davon 10 TPO und 6 KG. Im Weiteren Verlauf werden nur noch die Ergebnisse von 7 Bewohner/innen aus der TPO und 6 aus der KG dargestellt.

Merkmal	TPO 3 Wellen	KG 3 Wellen	TPO Ausfälle	KG Ausfälle
Teilnehmer/in	7	6	3	0
Alter	84-87	85-90	59-89	
Mittelwert	84,86	85,50	74,33	
Median	85,00	86,00	75,00	
Geschlecht	5 weiblich 2 männlich	6 weiblich	2 weiblich 1 männlich	
Familienstand	3 ledig 1 verheiratet 3 verwitwet	1 geschieden 5 verwitwet	1 ledig 2 geschieden	
Verweildauer im Heim	ca. 8 Jahre	ca. 7 Jahre	ca. 6 Jahre	
Pflegestufen	3 Pflegestufe II 4 Pflegestufe III	3 Pflegestufe II 3 Pflegestufe III	1 Pflegestufe II 2 Pflegestufe III	
Barthel-Index	15-25	0-25	10-15	
Mittelwert	10,00	16,67	7,50	
Median	10,00	20,00	7,50	
GDS n. Reis- berg	5,71 i.M.	5,33 i.M.	5,83 i.M.	

Tab. 4: Übersicht der Stichprobe TPO und KG und Ausfälle

Wie aus der Tabelle 4 ersichtlich beträgt der Altersunterschied bei den Bewohnern der TPO und der KG lediglich ca. 6 Monate, während bei den verstorbenen Bewohner/innen der Altersunterschied bei ca. 11 Jahren liegt. Die Werte wie Pflegestufen und Demenz-Grad unterscheiden sich bei den drei Gruppen nur geringfügig. Der Barthel-Index liegt bei allen drei Gruppen sehr niedrig, ist aber bei den Verstorbenen und den Bewohner/innen der TPO niedriger als in der KG.

4.2 Stichprobe Personal

In die erste Befragung des Pflegepersonals wurden 9 Personen einbezogen. Durch Wechsel und Verlegung in andere Abteilungen konnten wir in der zweiten Befragung nur noch 6 Personen befragen. Die Vergleichsgruppe wurde aus anderen Häusern aus unseren Begleitstudien gezogen.

Merkmal	TPO	KG	TPO Ausfälle	KG Ausfälle
Teilnehmer/in	6	5	3	0
Alter	21-45	40-47	39-45 Jahre	
Mittelwert	38,25	47,60	39,00 Jahre	
Median	37,50	47,00	39,00 Jahre	
Geschlecht	5 weiblich 1 männlich	4 weiblich 1 männlich	2 weiblich 1 männlich	
Familienstand	2 ledig 2 verheiratet 1 verwitwet	2 verheiratet 2 geschieden 1 mit Partner/in	1 ledig 2 verheiratet	
Berufliche Stellung	4 Altenpfleger/innen 2 Altenpflegehelfer/innen	3 Altenpfleger/innen 2 Altenpflegehelfer/innen	3 Altenpflegehelfer/innen	
Berufserfahrung	3-9 Jahre	5-16 Jahre	12-20 Jahre	
Mittelwert	6,17 Jahre	15,50 Jahre	16,00 Jahre	
Median	6,50 Jahre	16,00 Jahre	16,00 Jahre	

Tab. 5: Übersicht der Stichprobe Personal aus TPO und KG

Das Personal in der TPO ist im Altersdurchschnitt über 9 Jahre jünger als das Personal in der KG, die Ausfälle liegen im Durchschnitt ähnlich wie in der TPO. Auffällig ist die geringere Berufserfahrung des Pflegepersonals in der TPO im Vergleich zu der KG und den Ausfällen.

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

4.3 Soziale Umwelt

Die Erfassung der sozialen Umwelt erfolgte durch Aufnahme der Kontakte der Bewohner/innen und ihrer Häufigkeit. Die sich hieraus ergebenden sozialen Netzwerke wurden im Zeitverlauf verfolgt. Die Intensität der Beziehungen konnten mit Hilfe der konzentrischen Kreisen nach Kahn / Antonucci (1980) erfasst werden.

Da die untersuchten Bewohner/innen nicht mehr in der Lage sind, ihre Räume zu verlassen, findet die soziale Einbindung überwiegend in dem Gemeinschaftsbereich der Tagespflegeoase und bei der Kontrollgruppe jeweils in ihrem Wohnbereich bzw. im Einzelzimmer statt. Ihre Kontakte sind auf die Pflegekräfte, Mitbewohner/innen und auf die besuchenden Angehörigen gerichtet. Vor allem Kontakte mit den Pflegekräften und regelmäßige Besuche durch Angehörige können das Wohlbefinden verbessern. Da viele der Heimbewohner/innen verwitwet oder ledig sind und eventuell weniger soziale Beziehungen zu Angehörigen bestehen, interessierte vor allem welche sozialen Beziehungen noch vorhanden sind, wie häufig Kontakte stattfinden, wie bedeutsam die Personen für die Bewohner/innen sind und welche Veränderungen das soziale Netzwerk im Laufe der Zeit im Vergleich TPO zur KG durchmacht.

Von den 7 Bewohner/innen der TPO haben lediglich drei Personen noch Kinder, bei der KG sind es noch alle 6 Bewohner/innen. Bei beiden Gruppen leben zu fast 67% die Kinder im Ort des Heimes. Über Angehörige verfügen in der TPO noch 6 Bewohner/innen und in der KG fünf.

Die Besuchszeiten lagen im Mittel bei den Bewohner/innen der Tagespflegeoase bei ca. 82 Minuten und verändern sich zu T3 im Durchschnitt auf 90 Minuten. Bei den Bewohner/innen der KG liegt der Mittelwert zu Beginn bei 49 Minuten und zu T3 bei 53 Minuten. Die Besuchshäufigkeit verschiebt sich in der TPO leicht in der Länge der Besuche, in der KG nimmt die Besuchshäufigkeit zu. Auffällig ist bei der TPO der hohe Anteil der Besuchshäufigkeit der bei selten bis nie liegt und zu T3 noch um 14% Punkte zulegen, während bei der KG dieser Wert stark sinkt.

	TPO 1. Welle	TPO 3. Welle	KG 1 Welle	KG 3. Welle
Täglich	14,3 %	14,3 %	16,7 %	16,7 %
Mehrmals wöchentlich	/	14,3 %	16,7 %	/
1 x Woche	14,3 %	/	/	16,7 %
1-2 x im Monat	14,3 %	/	16,7 %	50,0 %
Selten/nie	57,1 %	71,4 %	50 %	16,7 %

Tab. 6: Anzahl Besuchshäufigkeit im Vergleich

Die nachfolgende Abb. 11 zeigt die Bezugspersonen der Bewohner/innen in den beiden Vergleichsgruppen zu Beginn der Untersuchung. Die häufigsten Bezugspersonen stellen in der TPO das Pflegepersonal und die Mitbewohner/innen. Bei den externen Bezugspersonen werden andere Personen, andere Angehörige und Enkelkinder genannt. Das Netz in der KG ist recht stark ausgebildet, Ausnahme bilden hier die Ehepartner/innen, alle anderen Bezugspersonen sind sehr gut vertreten.

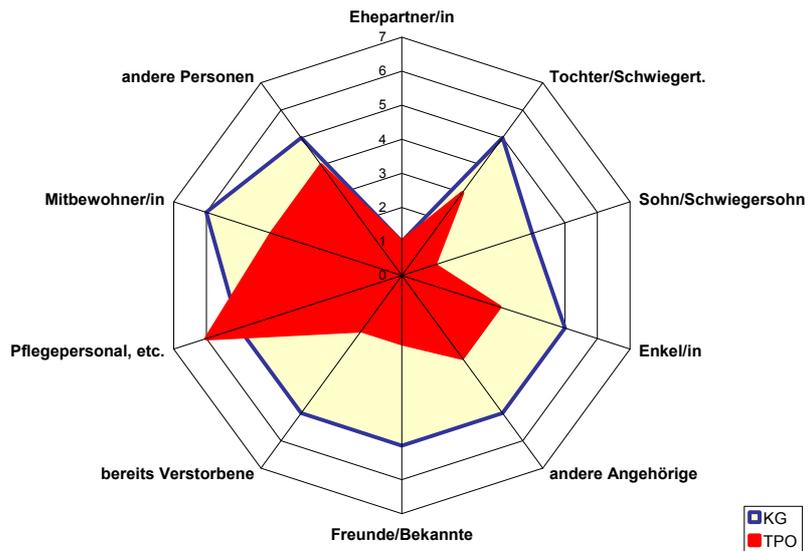


Abb. 11: Bezugspersonen im Vergleich TPO und KG 1. Welle

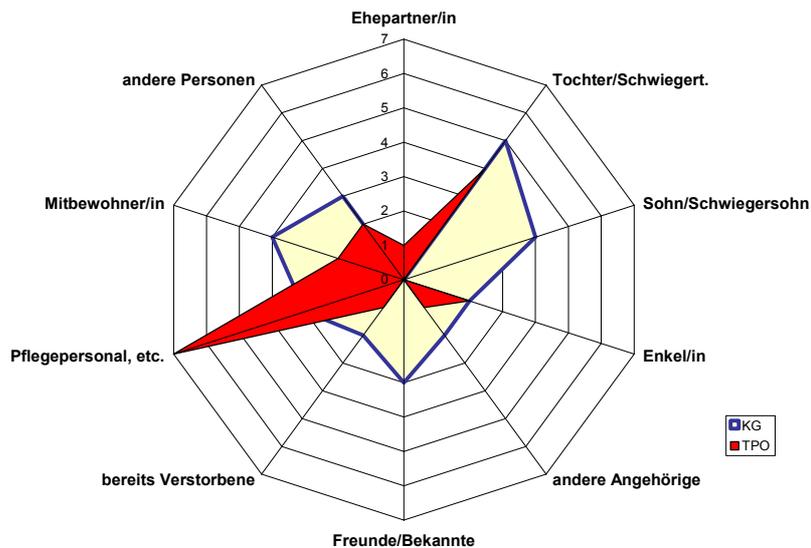


Abb. 12: Bezugspersonen im Vergleich TPO und KG 3. Welle

Nach ca. einem Jahr (Abb. 12) zeigen sich bei beiden Netzen starke Veränderungen in Richtung Verkleinerung der Anzahl der Bezugspersonen. Während bei der KG externe Personen, wie Töchter/Schwiegertöchter, Söhne/ Schwiegersöhne, Freunde/Bekannte den wesentlichen Bezug stellen, sind es intern die Mitbewohner/innen und zu einem geringeren Anteil das Personal. Bei der TPO spielen als externe Bezugspersonen die Töchter/ Schwiegertöchter, die Enkel und andere Personen eine Rolle, als wesentliche Bezugspersonen hat sich nach einem Jahr das Personal herausgestellt, während sich der Bezug zu den Mitbewohner/innen verkleinert hat.

Im Durchschnitt werden bei den Bewohner/innen der TPO 4,14 Personen als Bezugspersonen zu T1 benannt und zu T3 verringert sich dieser Anteil auf 3,0 Personen. In der KG liegt der Anteil der Bezugspersonen zu Beginn deutlich höher, wie es auch die Abb. 11 zeigt. Zu T1 gibt das Pflegepersonal 7,67 Personen an und zu T3 4,67 Personen.

Wobei sich die Netze bei den einzelnen Personen der TPO und der KG stark unterscheiden. Während bei einigen Bewohner/innen der TPO sehr prekäre Netze vorliegen, die zum Teil nur aus wenigen internen Personen bestehen (T1 1,4 Personen i.M.), wie z.B. Pflegepersonal, externe Personen (T1 2,6 Personen i.M.) zeigen sich bei einigen Personen der KG die Netze noch ausgeprägter mit externen (T1 5,5 Personen) und internen Bezugspersonen (T1 1,8 Personen).

	1. Welle Interne P	1 Welle Externe P	2. Welle Interne P	2 Welle Externe P	3. Welle Interne P	3. Welle Externe P
BW 1	2	1	1	/	1	/
BW 2	2	7	1	1	2	1
BW 3	1	1	2	4	/	1
Bw 4	2	1	2	4	/	1
BW 5	/	2	1	3	1	2
BW 6	1	2	1	3	2	4
BW 7	2	4	2	5	2	/

Tab. 7: Externe und interne Bezugspersonen in der TPO im Verlauf

	1. Welle Interne P	1 Welle Externe P	2. Welle Interne P	2 Welle Externe P	3. Welle Interne P	3. Welle Externe P
BW 1	2	7	/	2	/	2
BW 2	1	1	2	7	2	1
BW 3	2	7	2	7	/	3
Bw 4	2	6	2	7	2	3
BW 5	2	5	2	4	2	4
BW 6	2	7	/	3	2	7

Tab. 8: Externe und interne Bezugspersonen in der KG im Verlauf

Die Anzahl der Bezugspersonen sagt noch nichts aus über die Bedeutung, die einzelne Personen für die Bewohner/innen haben. Da die Bewohner/innen selbst nichts mehr zu ihren Verhältnissen zu den betreffenden Bezugspersonen aussagen konnten, gab das Pflegepersonal hierzu Auskunft. Es sollte die jeweilige Bedeutung der Bezugspersonen für den einzelnen Bewohner der TPO und der KG einschätzen und zwar nach folgenden Kriterien:

- sehr enge Verbundenheit
- enge Verbundenheit und
- weniger enge Verbundenheit.

Negativ bedeutsame Personen wurden vom Pflegepersonal nicht genannt, dagegen bereits verstorbene Personen, die für die Bewohner/innen wichtig sind.

Die Abb. 13 zeigt eine zunehmende Anzahl von Bezugspersonen mit sehr enger Verbundenheit zu den Bewohner/innen von T1 zu T3 in der TPO und eine abnehmende Anzahl der Bezugspersonen bei der KG.

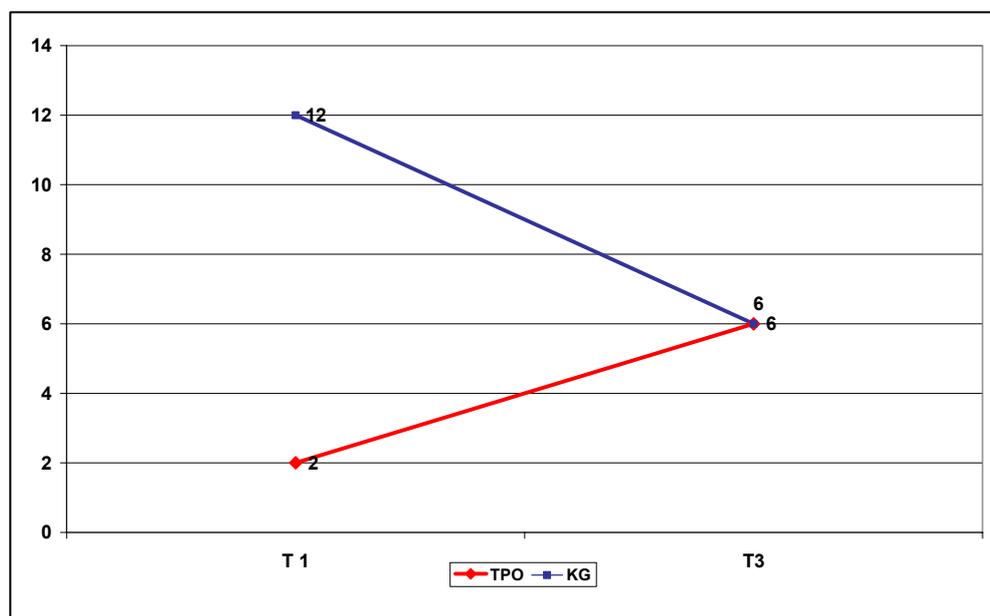


Abb. 13: Anzahl Bezugspersonen mit sehr enger Verbundenheit im Vergleich TPO und KG 1. und 3. Welle

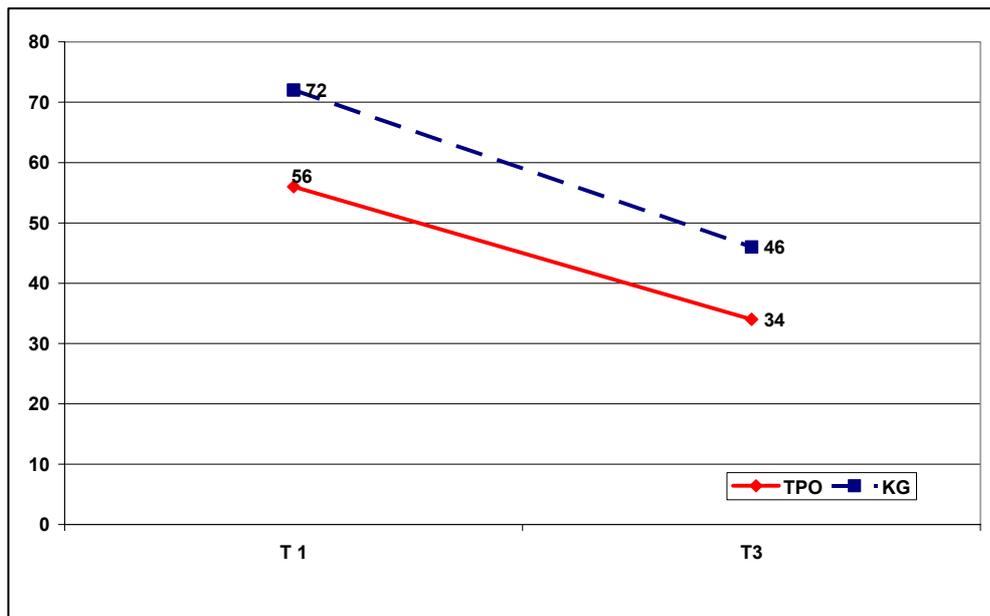


Abb. 14: Anzahl Bezugspersonen mit sehr enger, enger und weniger enger Verbundenheit im Vergleich TPO und KG 1. und 3. Welle

Schließen wir alle Verbundenheit zusammen, so zeigt sich für die Bewohner/innen der TPO im Verlauf ein Gewinn gegenüber der KG, da die Abnahmen hier sehr viel moderater verlaufen, wie auch zuvor in der Abb. 13 bei den Bezugspersonen mit sehr enger Verbundenheit.

Zusammenfassung:

Die Qualität der sozialen Umwelt wurde mit den konzentrischen Kreisen von Kahn/ Antonucci (1980) erfasst. Es zeigte sich schon in der Ausgangssituation, dass die Bewohner/innen der TPO über weniger direkte Familienangehörige verfügten als die KG, bei der alle Bewohner/innen noch Kinder hatten, die auch im Ort lebten. Weitere Verwandte waren noch bei beiden Gruppen zu über 80% vorhanden. Besuchzeiten erhielten beide Gruppen regelmäßig wenigstens wöchentlich, wobei die Besuchszeiten bei der TPO deutlich höher (mehrmals wöchentlich und täglich) liegen als in der KG und sich zu T3 auch noch erhöhen.

Die Kreise nach Kahn/Antonucci zeigen für die KG ein recht stark ausgebildetes Netz zu Beginn, welches in der TPO sehr viel kleiner ausfällt. Zum Zeitpunkt T3 zeigen beide Netze der TPO und der KG eine Verkleinerung der Bezugspersonen. Auffällig ist die Veränderung in der TPO in Richtung

der Bezugspersonen zum Heimpersonal. Bei der KG bleibt der stärkere Bezug zu den Kindern, Freunden und Bekannten bestehen, trotz Verkleinerung des Netzes. Wobei die Größe der Netze noch nicht entscheidend sind für die Bedeutung die einzelne Personen für die Bewohner/innen haben. Wichtig stellt sich die emotionale Nähe zu den Bezugspersonen dar. Bei den Bewohner/innen der TPO zeigt sich im Verlauf ein Gewinn gegenüber der KG, sie verfügen zum Zeitpunkt T3 über mehr Personen, zu denen sie enge Verbundenheiten aufweisen.

4.4 Gesundheitliche Zustände der Bewohner/innen

Zur Beschreibung des gesundheitlichen Zustandes werden der medizinische Status, die Kognition, die Medikation und das Schmerzerleben der Bewohner/innen in der TPO und der KG aufgezeigt. Der gesundheitliche Zustand und die Medikation wurden über den Biographiebogen des ISGOS erfasst. Bei der Tagespflegeoase lagen zu Beginn der Forschungsbegleitung bei 6 Bewohnern die Diagnose Demenz vor, davon bei zwei der Bewohner/innen mit der Diagnose Alzheimer Demenz. Bei den anderen vier Bewohnern wurde die Demenz nicht näher erläutert. Bei einem der Bewohner wurde ein Apoplex angegeben. In der Kontrollgruppe wurden bei fünf Bewohner/innen die Diagnose Demenz angezeigt, davon bei zwei der Bewohner Alzheimer Demenz. Neben der Demenz wiesen alle Bewohner/innen der TPO und KG mindestens zwei weitere Krankheiten auf, bei den Bewohnern der TPO gab es lediglich nur eine Bewohnerin, bei der nur zwei Diagnosen genannt wurden, während bei der KG mindestens drei Diagnosen vorlagen. Im Durchschnitt wurden bei den Bewohner/innen der TPO 6 und der KG 4 Diagnosen aufgeführt.

Da ein Teil der Bewohner/innen nicht mehr sprachfähig war, erfolgte die Demenzeinstufung mittels der Reisberg-Skala (GDS) durch das Personal. Die Reisberg-Skala erfasst den Demenzgrad in 7 Schweregraden und wird in ein frühes, mittleres und späteres Stadium unterschieden. Bei zwei Personen der TPO erfolgte eine Einstufung in die Stufe 7, bei einer Person in schwere Demenz (Stufe 6) und bei vier gab das Pflegepersonal eine mittelschwere Demenz (Stufe 5) an. In der KG finden wir vier Personen mit mittelschwerer Demenz und 2 mit schwerer Demenz (siehe Tab. 9).

Reisberg-Stufen	TPO	KG
Mittelschwer (5)	4	4
Schwer (6)	1	2
Schwerste (7)	2	/

Tab. 9: Reisberg-Stufen TPO und KG

Reisberg-Stufen im Mittel	TPO	KG
T1	5,71	5,33
T2	6,14	5,83
T3	6,14	5,83

Tab. 10: Reisberg-Stufen TPO und KG im Verlauf im Mittel

Im Verlauf der Messungen zeigen sich bei beiden Gruppen Verschiebungen in den kognitiven Fähigkeiten (siehe Tab. 10). Bei der TPO und KG zeigt sich eine Entwicklung in der dritten Messung hin zu schwerster und schwerer Demenz (71,4%), bei der KG liegt der Anteil bei 66,7%. Da die kognitiven Fähigkeiten in der KG zu T1 noch höher eingestuft (33,3% schwer) wurden vom Personal, ist die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten hier sehr viel stärker verlaufen als in der TPO (42,9% schwer und schwerste). Wobei sich aber noch Unterschiede bei der TPO in den Unterpunkten der schwersten Demenzgruppe (7) in der Sprachfähigkeit, der Mobilität und in der Beweglichkeit zeigen. Während zwei Personen in allen 6 Punkten zu T1 Verluste aufwiesen, zeigten sich bei der KG keine weiteren Einschränkungen in allen drei Messungen.

Reisberg-Skalen			TPO Anzahl BW	KG Anzahl BW
Fast Stufe 7 schwerste kognitive Ein- bußen	a	Sprachvermögen nur 6 Worte	2	/
	b	Unfähig zu sprechen	2	/
	c	Unfähig zu gehen	2	/
	d	Unfähig zu sitzen	2	/
	e	Unfähig zu lachen	1	/
	f	Unfähig den Kopf zu halten	2	/

Tab. 11: Schwerste kognitive Einschränkungen nach Reisberg-Stufe 7 TPO und KG

Weitere Einschränkungen der Bewohner/innen gab es in den Bereichen Sehfähigkeit und Hörfähigkeiten. Vier Bewohner/innen benötigen zum Sehen eine Brille und eine Person eine Hörhilfe.

Hilfen	TPO	KG
Brille	1	3
Hörhilfe	1	/

Tab. 12: Weitere Einschränkungen

4.5 Medikationen

Medikamente können in der Behandlung von Demenzerkrankten wichtig sein, für die Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit und zur Abmilderung von Verhaltensstörungen und damit auch das Wohlbefinden der Bewohner/innen verbessern. Vor allem bei den Begleiterscheinungen der Demenz, wie Depressionen, Unruhe, Aggressivität, Sinnestäuschungen

und Schlafstörungen können Neuroleptika helfen. Wobei immer erst versucht werden sollte, diese Begleiterscheinungen durch nichtmedikamentöse Therapien und Beschäftigungen zu beheben, da die Einnahme von Psychopharmaka auch immer mit Risiken für den älteren Patienten verbunden ist, wie höhere Sterblichkeit und Schlaganfallrisiko.

Zu Beginn unserer Untersuchung erhielten alle Bewohner/innen regelmäßig Medikamente und 7 Personen Psychopharmaka (siehe Tab. 13).

Medikamenteneinnahme Personen	TPO T1	TPO T3	KG T1	KG T2
Medikamente gesamt	7	7	6	6
Analgetika	4	5	3	2
Psychopharmaka	4	3	3	2
davon Neuroleptika	3	1	2	1
davon Antidepressiva	2	1	1	1

Tab. 13: Medikamenteneinnahme im Vergleich

Psychotrope Substanzen (hierzu gehören nach der Roten Liste die Hauptgruppen 71 und 49) erhielten zu Beginn 57% der Bewohner/innen der TPO und 50% der KG. Zum Messzeitpunkt T3 nahm die Psychopharmakaeinnahme bei der TPO um 14% und in der KG um 16,7% ab. Schmerzmittel (Analgetika) wurden 57% der Bewohner/innen in der TPO und 50% in der KG eingegeben. Zum Zeitpunkt T3 nahm die Einnahme von Schmerzmittel bei den Bewohnern der Tagespflegeeinheit zu und bei der KG ab.

4.6 Schmerzempfindungen bei den Bewohner/innen

„Zwei Drittel aller über 65jährigen Personen in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen, bei den Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen geht man von 60-80% aus. Dies hat eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität zur Folge wie z.B. Schlafstörungen, Bewegungseinschränkungen, Angst, Depressionen, Abhängigkeit und Isolation“ (Landendörfer / Hesselbarth 2003). Um Diagnosen und Therapien einzusetzen bedarf es der Information durch die Betroffenen. Demenziell Erkrankte haben aber auch eine gestörte Wahrnehmung ihres Körpers, sie verlieren das gelernte Wissen darüber was ein Schmerz ist (Schwarz 2004). Darum ist es besonders wichtig, die Bewohner/innen zu beobachten und Anzeichen, die auf Schmerzen hinweisen, zu dokumentieren. (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2010). Es gibt international eine Reihe von Schmerzskalen die zur Beobachtung von Menschen mit Demenz entwickelt wurden. Wir haben

bei den Bewohner/innen der TPO und der KG die BESD eingesetzt. Die BESD wurde für Menschen entwickelt die sich sprachlich nicht mehr äußern können. Die Skala enthält fünf Beobachtungsbereiche wie Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für jede Kategorie können maximal 2 Punkte vergeben werden. Der höchst erreichbare Wert liegt bei 10 Punkten. Ein Punktwert von 6 wurde bisher von der Deutschen Schmerzgesellschaft für behandlungsbedürftig angesehen. Mittlerweile ist nicht klar bei welchem Punktwert eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, da bisherige Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. So sehen einige Forscher (Zwakhalen et. al. 2012) den BESD-Wert bei zwei oder einem höheren Wert, bei dem Schmerzen vorliegen. Lukas et. al. (2013) setzen in ihrer Studie einen Grenzwert von 4 Punkten, ab dem von Schmerzen auszugehen ist.¹ Da grundsätzlich aber auch bei 0 Punkten nicht davon auszugehen ist, dass keine Schmerzen vorliegen, empfiehlt der Arbeitskreis folgende Grenzwerte:

- „0 Punkte kein Schmerzverhalten erkennbar – Schmerz ausgeschlossen
- 1 Punkt erhöhte Aufmerksamkeit für mögliche Schmerzursachen und weitere Schmerzzeichen
- ab 2 Punkte Schmerzen wahrscheinlich.“²

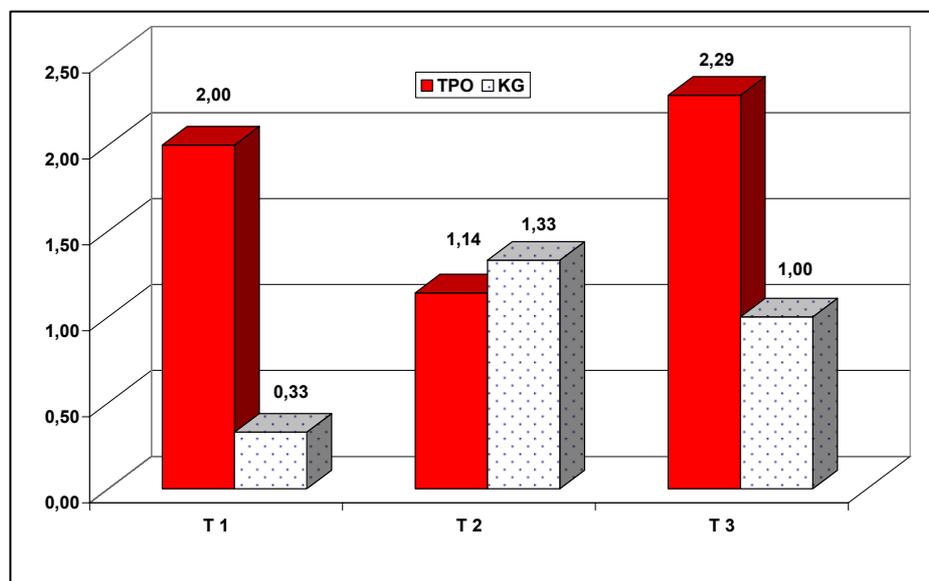


Abb. 15: Schmerverhalten im Verlauf TPO und KG

¹ Arbeitskreis Schmerz und Alter der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Stand: Juni 2013, S. 2-3

² Ebda. S. 3

Die BESD wurde zu drei Zeitpunkten bei beiden Gruppen erhoben. Im Verlauf zeigte sich im Mittel bei der TPO ein leichter Anstieg in den Werten, wie auch bei der KG (siehe Abb. 15).

Folgt man dem Arbeitskreis der Deutschen Schmerzgesellschaft, so könnten bei den Bewohner/innen der TPO zu T1 und T3 Schmerzen vorliegen. Bei der KG zeigt sich zu allen drei Zeitpunkten der Wert unter dem Punktwert 2 der möglicherweise auf Schmerzen hindeutet.

Wenn man sich die Einzelverläufe der Bewohner/innen bei der TPO und KG anschaut, zeigen sich höhere Werte und damit auch eventuelle Schmerzverhalten bei den Bewohner/innen (siehe Tab. 14).

Wert	TPO T 1	TPO T 2	TPO T 3	KG T 1	KG T 2	KG T 3
0	3	2	2	4	2	2
1		3	1	2	3	3
2	1	1	1			
3	1	1	2			1
4	1					
5	1				1	
7			1			

Tab. 14: Schmerzverhalten im Verlauf als Einzelwerte TPO und KG. Ab Wert 2 besteht Wahrscheinlichkeit von vorhandenen Schmerzen

In der Tabelle 14 wird deutlich, dass in der TPO in der 1. und 3. Welle bei über 50% die Möglichkeit von Schmerzen vorliegen könnte, wenn wir den Punktwert bei 2 ansetzen. Lediglich bei einer Person in der TPO liegt der Wert über dem Punktwert 6, der als behandlungsbedürftig von der Deutschen Schmerzgesellschaft angesehen wird. In der KG liegt der höchst erreichte Wert bei einer Person zu dem Zeitpunkt T2 bei 5 Punkten, bei dem Schmerzen wahrscheinlich sind.

4.7 Nicht-kognitive Symptome

Im Laufe der Erkrankung entwickeln sich bei einem hohen Anteil der Demenzerkrankten tief greifende Veränderungen des Gefühlslebens und des Verhaltens. Es kann zu psychopathologischen Veränderungen – oder nicht kognitiven Begleitsymptomen, wie Apathie, Depression, Wahnvorstellungen oder Unruheständen kommen. Diese neuropsychiatrischen Symptome führen oft zu einer Verschlechterung der Lebensqualität der Betroffenen und zu erheblichen Belastungen der Betreuungspersonen.

Zur Erfassung des Verhaltens wird das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) nach Cummings, J.L.¹ eingesetzt. In zwölf neuropsychiatrischen Symptombereichen, wie z.B. Apathie, Wahn, Depressionen, Essstörungen, etc. wird das Auftreten in den vergangenen vier Wochen nach Schwereausmaß auf die Bewohner/innen gemessen.

„Da es sich bei den Veränderungen des Gefühlslebens und des Verhaltens um betreuungsrelevante und generell gut zu beeinflussende Symptome handelt, ist der Verlauf der Verhaltensstörungen ein wichtiger Indikator, welchen Einfluss das Betreuungskonzept „Pflegeroase“ auf die Bewohnerinnen ausübt“ (Dettbarn-Reggentin / Reggentin 2010: 43).

Die Abbildung 16 präsentiert alle Symptome der NPI zusammengenommen (leicht, mittelschwer und schwer). In der Tagespflegeroase zeigt sich zu Beginn der Messung, dass alle Symptome der NPI bis auf Enthemmung auftreten. Besonders stark vertreten sind Apathie, Ess- und Schlafstörungen, sowie Depressionen. Bei der KG zeigt sich nur die Apathie in einem höheren Wert.

Während in der TPO von 12 Symptomen 10 im Beobachtungszeitraum der letzten vier Wochen bei den Bewohner/innen auftreten, sind es in der KG lediglich 7 Symptome. Betrachten wir Symptome mit schwerer Ausprägung bei den beiden Gruppen, zeigt sich ein verändertes Bild. So treten bei der TPO im Zeitraum von vier Wochen noch drei Symptome (abweichendes motorisches Verhalten, Apathie und Essstörungen) auf, bei der KG ist es nur ein Symptom mit der schweren Ausprägung (Essstörung).

Vergleicht man die Abbildung 17 mit der Abb. 16 zeigt sich für die TPO in der dritten Messung ein stark verändertes Bild. So konnten fast alle Werte halbiert werden. Die Ausreißer wie Apathie, Ess- und Schlafstörungen und Depressionen haben stark abgenommen. Zugenommen hat als einziger Wert die Agitiertheit. Von den 12 Symptomen der NPI treten nun zu T3 nur noch 9 Symptome auf.

Bei der KG hat sich das Bild dahingehend verändert, dass statt 7 nun 10 Symptome der NPI in den letzten vier Wochen vorhanden sind und der Wert Apathie sich sehr stark entwickelt hat. Weitere Symptome die zu Beginn nicht vorkamen, sind Hochstimmung, Halluzination, Schlafstörung und Agitiertheit, wie auch Depressionen die sich fast verdoppelt haben. Schwe-

¹ Cummings, J.L. (1997): The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia. *Neurology* 48 (Suppl: 6), S. 10-16

re Ausprägungen treten zu T3 nur noch in der KG auf, Apathie und Essstörungen. Bei der TPO konnten keine Symptome mit schwerer Ausprägung zu diesem Zeitpunkt mehr gemessen werden.

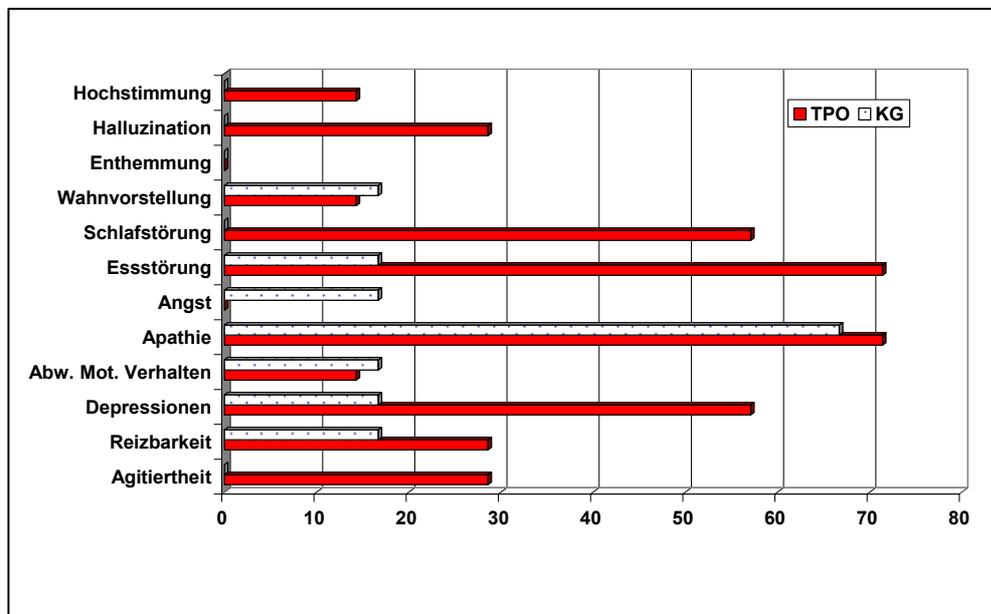


Abb. 16: NPI im Vergleich T1 TPO und KG, auftreten in % der Teilnehmer

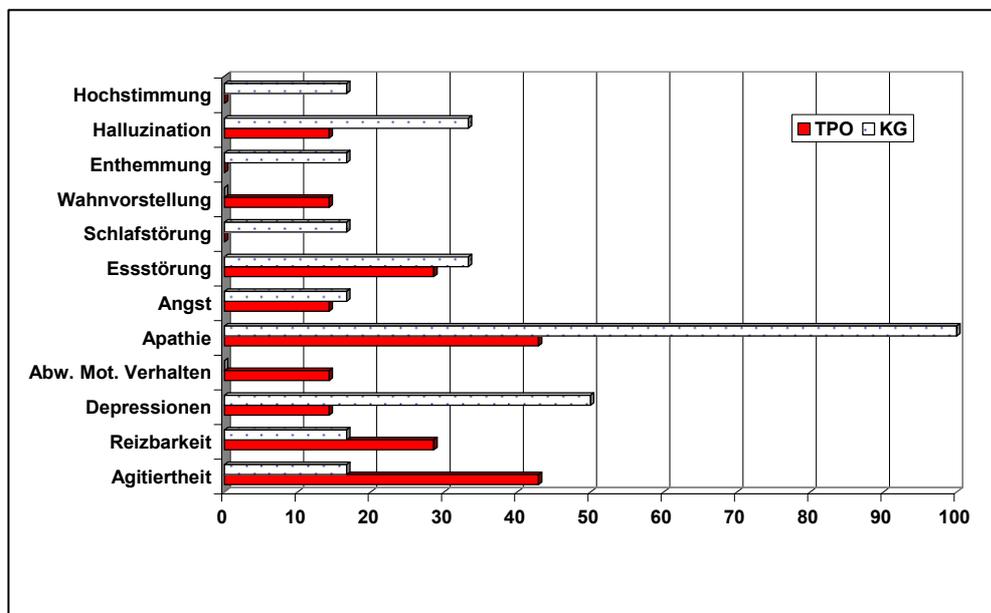


Abb. 17: NPI im Vergleich T3 TPO und KG, auftreten in %

Im Mittel gab das Pflegepersonal für die Bewohner/innen der TPO und der KG im Verlauf folgende Werte an (Tab. 15).

NPI Mittelwert	TPO			KG		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Wert	6,29	5,43	3,71	2,67	4,33	4,67

Tab. 15: Anzahl der Symptome als NPI-Mittelwerte im Verlauf TPO und KG

Anhand der Mittelwerte wird noch einmal deutlich, dass die Symptome der NPI bei der TPO im Zeitverlauf sich stark vermindern und zu T3 nur noch 3,7 Symptome beobachtet wurden. Bei der KG zeigt sich eine stetige Zunahme des Verhaltens von 2,7 Symptomen zu Beginn zu 4,7 Symptomen zu T3, was fast einer Verdoppelung gleichkommt.

4.8 Störendes Verhalten

Die NOSGER-Skala mit insgesamt 30 Items messen folgende Dimensionen: Gedächtnis, IADL's, Körperpflege ADL's, Stimmung, Soziales Verhalten und das Störende Verhalten. Vorgegeben sind jeweils fünf Antwortmöglichkeiten von immer bis nie. Fünf der Items messen das störende Verhalten, wie

- ‚ist unruhig in der Nacht‘,
- ‚läuft davon‘,
- ‚ist reizbar und zänkisch, wenn man sie/ihn etwas fragt‘,
- ‚ist aggressiv (in Worten oder Taten)‘ und
- ‚ist eigensinnig: hält sich nicht an Anweisungen oder Regeln‘.

Das Auftreten der Verhaltensweisen wird in den letzten zwei Wochen bei den Bewohner/innen gemessen. Die Skala verfügt neben den fünf Werten an denen sie die Störungen misst auch einen Gesamtscore. In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Ergebnisse der TPO und der KG und deren Verläufe aufgezeigt.

NOSGER Störendes Verhalten in %	TPO		KG	
	T 1	T 3	T 1	T 3
Ist unruhig in der Nacht	42,9	57,1	0,0	16,7
Läuft davon	0,0	0,0	0,0	16,7
Ist reizbar und zänkisch	14,3	28,6	16,7	16,7
Ist aggressiv in Worten u. Taten	28,6	57,1	16,7	33,3
Ist eigensinnig	28,6	28,6	0,0	16,7

Tab. 16: Störendes Verhalten im Verlauf TPO und KG (alle Werte zusammengefasst, außer nie) Anzahl Personen in %

Betrachtet man die Einzelwerte des Störenden Verhaltens der NOSGER, so zeigt sich bei der TPO in drei Werten zu T3 eine Zunahme, bei zwei Werten sogar eine Verdoppelung der Ausgangswerte (reizbar und zänkisch, aggressiv in Worten und Taten). Die KG weist im Verlauf insgesamt eine Verschlechterung der Werte auf. Drei Werte tauchen zu T3 neu auf (ist unruhig, läuft davon, ist eigensinnig) und ein Wert (ist aggressiv in Worten und Taten) verdoppelt sich fast.

Auch der Gesamtscore belegt den Trend der leichten Verschlechterung der Werte des Störenden Verhaltens bei der TPO und der KG, wobei der Wert bei der TPO etwas geringer in der Entwicklung ausfällt. Insgesamt treten in beiden Gruppen nur geringfügig störende Verhalten auf.

Störendes Verhalten nach NOSGER	TPO			KG		
	T1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
	6,57	7,14	6,86	5,33	6,00	6,17

Tab. 17: Störendes Verhalten nach NOSGER, Mittelwerte im Verlauf TPO und KG 5 Punkte kein Auftreten und 25 Punkte sehr starkes Auftreten

Zusammenfassung:

Die Ergebnisse der neuropsychiatrischen Verhalten der Bewohner/innen der TPO und der KG zeigen in einigen Werten und in den Verläufen Vorteile für die Bewohner/innen der Tagespflegeoase, trotz höherer Einschätzungen des Demenzgrades und der Krankheitsdiagnosen. So konnten sich im Verlauf negative Begleitsymptome wie Apathie, Ess- und Schlafstörungen, wie auch Depressionen innerhalb eines Jahres fast halbieren. Symptome in der schweren Ausprägung treten zu diesem Zeitpunkt in der TPO nicht mehr auf. In der Kontrollgruppe entwickeln sich die Symptome umge-

kehrt. Werte wie Apathie steigen stark an und auch Hochstimmung, Halluzinationen, Schlafstörungen, Agitiertheit und Depressionen treten zu diesem Zeitpunkt verstärkt auf. Auch beim Störenden Verhalten entwickeln sich die Einzelwerte bei der KG stärker zu T3 als in der TPO. Positiv zu vermerken ist die Reduzierung der Psychopharmaka bei beiden Gruppen innerhalb eines Jahres.

4.9 Verhaltenskompetenz

Die Verhaltenskompetenz wird wesentlich von den verfügbaren kognitiven und physischen Ressourcen bestimmt. Menschen mit schwerster Demenz sind stark in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt. Schon Patienten mit leichter Demenz benötigen bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens vielfach Hilfen. Die Bewohnergruppen die wir in der Tagespflegeoase antreffen, benötigen in allen Verrichtungen des täglichen Lebens Unterstützung. Mit dem Barthel-Index (Hamburger Einstufungsmanual) wird die Alltagskompetenz der Bewohner/innen in der TPO und der KG erfasst. Bei einem Punktwert von 100 Punkten besteht eine komplette Selbstständigkeit.

- 85-95 Punkte: punktuell hilfsbedürftig
- 35-80 Punkte: hilfsbedürftig
- 0-30 Punkte: weitgehend pflegeabhängig.¹

Barthel-Index	TPO			KG		
	T1	T 2	T 3	T 1	T 2	T 3
Mittelwert	10,0	9,29	7,86	16,67	15,00	8,33
Höchster Wert	25	45	45	25	30	30
Niedrigster Wert	15	20	10	0	0	0

Tab. 18: Barthel-Index, Mittelwerte im Verlauf TPO und KG

Legt man die Einstufung des Hamburger Einstufungsmanual zugrunde weisen alle Personen der TPO und der KG eine weitgehende Pflegeabhängigkeit auf. Bei beiden Gruppen verschlechtert sich die Alltagskompetenz im Zeitverlauf um einige Punkte. In der KG ist der Abbau der Alltagskompetenz stärker zu verzeichnen als in der TPO, die auch einen geringeren Ausgangswert im Mittel aufweist als die KG. In der Betrachtung einiger Einzelwerte zeigen sich stärkere Differenzierungen in den Gruppen mit noch vorhandenen Alltagskompetenzen in einigen Bereichen.

4.10 Selbstständigkeit der Bewohner/innen

Während zu Beginn der Begleitung in der KG und der TPO im Bereich sich „eigenständig zu waschen“ Alltagsfähigkeiten vorlagen, nehmen diese schon zum Messzeitpunkt T2 ab. In der TPO liegt keine Eigenständigkeit in

¹ <http://www.kegeriatrie.de/downloads/instrumente/barthel-index.htm>

der Selbstpflege bei „sich waschen“ mehr vor. In der KG weist zum Zeitpunkt T3 noch eine Bewohnerin diese Eigenständigkeit auf (Tab 19).

Barthel-Index Sich waschen	TPO			KG		
	In %	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2
Komplett selbstständig	28,6	0,0	0,0	33,3	0,0	16,7
Nicht selbstständig	71,4	100,0	100,0	66,7	100,0	83,3

Tab. 19: Barthel-Index, Sich waschen im Verlauf TPO und KG, Anzahl Teilnehmer in %

Keine der Bewohner/innen in der TPO und in der KG ist mehr in der Lage sich eigenständig zu Kleiden oder Auszuziehen. Diese Alltagsfähigkeit war schon zu Beginn der Messungen nicht mehr vorhanden.

Die Fähigkeit eigenständig zu Essen bleibt auch bei Schwerstdemenzerkrankten länger erhalten, wenn Hilfen gegeben werden. So finden wir zwar nur zu T1 eine Person in der KG die noch fähig ist eigenständig zu essen. Die Fähigkeit kann aber bei beiden Gruppen bis zu T3 mit Unterstützung gehalten werden, wenn auch in der TPO zu einem geringeren Wert als in der KG. Die Abhängigkeit in der Unterstützung beim Essen eingeben ist in der TPO höher als in der KG. In der KG ist zum Zeitpunkt T3 aber ein höherer Anstieg zur Unterstützung zu verzeichnen (Tab. 20).

Barthel-Index Essen	TPO			KG		
	In %	T 1	T 2	T 3	T 1	T 2
Komplett selbstständig	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0
Hilfe bei der Zubereitung	57,1	28,6	28,6	50,0	83,3	50,0
Nicht selbstständig	42,9	71,4	71,4	16,7	16,7	50,0

Tab. 20: Barthel-Index, Essen im Verlauf TPO und KG

Auch beim Toilettengang besteht bei den meisten Bewohner/innen der TPO (86%) und der KG (67%) keine Selbstständigkeit mehr. Nur 3 Personen (1 TPO und 2 KG) benötigen Hilfen beim Toilettengang. Dies verändert sich zum dritten Messzeitpunkt, nun bedürfen alle Bewohner/innen in der KG volle Unterstützung, während in der TPO keine Veränderung mehr auftritt.

Hintergrund zur Entstehung der Tagespflegeoase war die Schwerstdemenz und die Abnahme der Fähigkeiten der Bewohner/innen den Raum zu verlassen, da hohe Immobilitäten bei den Bewohner/innen vorlagen. Der Barthel-Index belegt diese Tatsache. So zeigt sich schon zu Beginn der Messungen, dass bis auf eine der Bewohnerin in der TPO und der KG kein weiterer Bewohner in der Lage ist, sich eigenständig von Ort zu Ort zu bewegen. Diese Fähigkeit ändert sich auch bis zum Zeitpunkt T3 nicht mehr. Anders sieht es beim Aufsetzen und Umsetzen aus, hier besitzen einige der Bewohner/innen noch Eigenständigkeiten.

Barthel-Index Aufsetzen und Umsetzen	TPO			KG		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
In %						
Aufsicht oder geringe Hilfen	14,3	28,6	14,3	16,7	16,7	16,7
Erhebliche Hilfen	42,9	0,0	14,3	66,7	50,0	33,3
Nicht selbstständig	42,9	71,4	71,4	16,7	33,3	50,0

Tab. 21: Barthel-Index, Aufsetzen- und Umsetzen im Verlauf TPO und KG, Teilnehmer in %

Insgesamt zeigt sich bei beiden Bewohnergruppen eine Verschlechterung in der Unterstützung bei Transfers zum Zeitpunkt T3. Nur wenige Personen sind nun noch in der Lage sich eigenständig Auf- oder Umzusetzen. Bei der TPO sind fast zwei Drittel der Bewohner/innen nicht mehr in der Lage, sich eigenständig aufzusetzen, in der KG liegt dieser Anteil bei 50%.

Zusammenfassung:

Beide Gruppen zeigen im Mittelwert im Zeitverlauf eine Verschlechterung ihrer Alltagsaktivität. Der Abbau bei der TPO zeigt sich geringer als bei der KG, die auch einen besseren Ausgangswert aufweist. Eigenständigkeiten bleiben bei den Bewohner/innen im Schwerstbereich der Demenz nur noch in wenigen Alltagsfähigkeiten erhalten, wie z.B. beim Essen einnehmen und Trinken und den Transfer von Bett zu Pflegerollstuhl zu unterstützen. Die Eigenständigkeit sich von Ort zu Ort zu bewegen, geht fast bei allen Bewohner/innen der TPO und der KG verloren.

4.11 Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit

Die Fähigkeiten zur selbstständigen Umweltgestaltung oder auch zur Beteiligung an Alltagsaktivitäten sind bei den Oasenbewohner/innen und den einbezogenen Teilnehmer/innen der Kontrollgruppe überwiegend verloren gegangen. Auch die kognitiven Fähigkeiten sind erheblich eingeschränkt, Sprachverlust, Steuerungsverlust und der Verlust grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten sind als Hauptmerkmale zu nennen. Damit gewinnen nonverbale Ausdrucksformen wie Gestik, Körperbewegungen und Mimik eine besondere Bedeutung. Zu fragen ist deshalb nach den Fähigkeiten zur Wahrnehmung der sozialen Umwelt. Werden die Mitbewohner/innen erkannt und erreichen Ansprachen durch Angehörige und Personal noch die Bewohner/innen? Um dies zu ermitteln wurden die Beobachtungen auf die Reaktion der Bewohner/innen gerichtet, wenn andere Personen einbezogen wurden.

Anhand des mimischen Ausdrucks sollten mittels unterschiedlicher Beobachtungsverfahren Freude, Interesse, Angst, Ärger und Traurigkeiten bei den Bewohner/innen festgehalten werden. Die Ausdrucksformen der Bewohner/innen wurden im Pflegealltag durch die Pflegekräfte beobachtet und vermerkt.

Das subjektive Erleben der Bewohner/innen in der TPO und der KG werden wir an Hand des sozialen Verhaltens, der Stimmung (beides NOSGER), der Apparent Affect Rating Scale (AARS) und der Lebenszufriedenheit mit der Qualid aufzeigen.

4.12 Soziales Verhalten

Soziale Kontakte sind gerade im Alter sehr wichtig, sie können dazu beitragen das Demenz-Risiko zu vermindern. Vor allem emotionale Unterstützungen, wie Zärtlichkeiten, Gespräche und das soziale Zusammensein von Personen kann die Gemeinschaft fördern. Das soziale Verhalten der Bewohner/innen kann als Zeichen gedeutet werden, ob sie ihre Umgebung angenommen haben. Mit der NOSGER soll beobachtet werden, ob die Bewohner ihre soziale Umgebung noch wahrnehmen und wie sie sich gegenüber ihrer Umwelt verhalten.

Mit der NOSGER wird das soziale Verhalten der Bewohner/innen in der Oase und der Kontrollgruppe in den Einzelwerten und im Verlauf aufgezeigt. Anhand von fünf Werten misst die NOSGER das Sozialverhalten,

davon sind drei Elemente nicht mobilitätsabhängig, während zwei Werte wie ‚hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande‘ und ‚hält Kontakt zu Freunden oder Angehörigen aufrecht‘, eher mobilitätsabhängig sind. Werte von mehr als 15 Punkten werden als charakteristisch für Personen mit schwerer Demenz gesehen. Bei einer Erreichung eines Gesamtwertes über 20 Punkte sind nur noch wenige soziale Reaktionen bei den Bewohner/innen vorhanden.

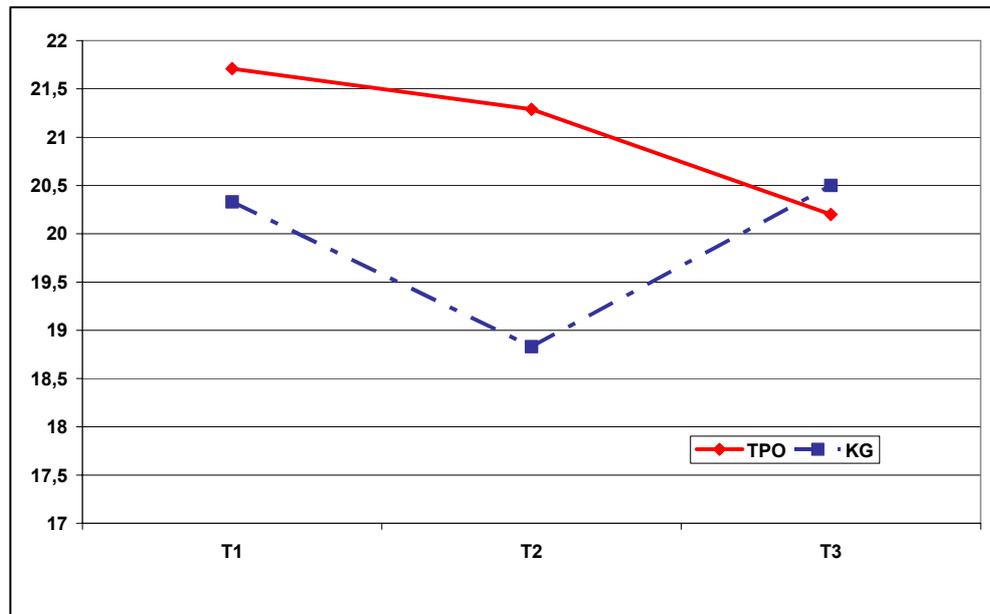


Abb. 18: Soziales Verhalten nach NOSGER im Vergleich T3 TPO und KG (Mittelwerte)¹

Die Ausgangswerte des Sozialen Verhaltens liegen bei beiden Gruppen über dem Wert von 20 Punkten. Im Verlauf gelingt es der TPO das Soziale Verhalten stetig zu verbessern. In der KG liegt der Wert zwar weit unter der TPO kann sich auch zum Zeitpunkt T2 noch verbessern und nimmt bei T3 einen höheren Wert ein als die TPO.

Zu fragen bleibt, wie sich die mobilitätsunabhängigen Sozialverhalten wie: ‚(Blick-)Kontakte mit Personen in der Umgebung herstellen‘, die ‚Aufnahme der Umgebung‘ und ‚auf Kontakte positiv zu reagieren‘ in der TPO im Verhältnis zur KG entwickeln?

In der TPO nehmen die Kontaktaufnahmen der Bewohner/innen zu ihrer Umgebung nach ca. drei Monaten deutlich zu und können sich bis zu T3 noch eindeutig steigern. Die Kontaktaufnahme in der KG zeigt einen umge-

¹ Hier werden alle Werte wie immer, meistens, oft und hie und da zusammengerechnet

kehrten Verlauf, trotz höherem Interesse an ihrer Umgebung zu Beginn verändert sich dieses zu T2 und verbleibt bis zu T3 auf dieser Linie.

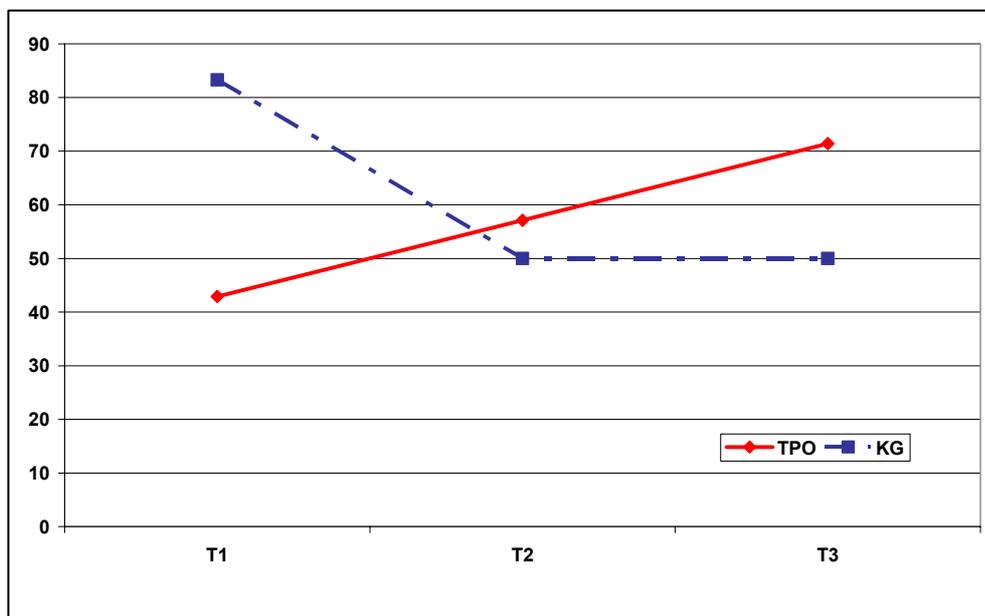


Abb. 19: Kontaktaufnahme nach NOSGER im Vergleich T3 TPO und KG in %

Bei dem Wert ‚nimmt Anteil an den Vorgängen‘ zeigt sich, dass die Bewohner/innen der TPO ein stärkeres Interesse an ihrer Umgebung entwickeln als die KG. Nehmen zu Beginn 43% der TPO ‚meistens‘ und ‚oft‘ Anteil an den Vorgängen in ihrer Umgebung auf, verstärkt sich dieses Interesse zu T3 auf 72%. Bei den Bewohner/innen der KG nimmt das Interesse an ihrer Umgebung etwas geringer zu, so können sie sich von einem Ausgangswert von 33,3% auf zunächst 66,7% auf dann 50% zu T3 steigern.

Der Wert ‚Nimmt Anteil an den Vorgängen in der Umgebung‘ belegt nochmals die Aufgeschlossenheit der Bewohner/innen in der TPO gegenüber dem dort ablaufenden Geschehen. „Die äußere Reaktion mit positiver und freundlicher Haltung im Kontakt mit Angehörigen und Freunden ist gegenüber der aufmerksamen Beobachtung des Geschehens im Vergleich nicht so weit auseinander, auch wenn sich Oasenbewohner/innen im Trend häufiger positiv zeigen gibt es hier Annäherungen. Die Häufigkeit der Kategorie ‚meistens‘ und ‚oft‘ belegt auch für die KG ein freundliches Klima“ (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2010: 52). Die höhere Gelegenheit ständig Bewohner/innen und Personal anzutreffen, scheint sich in der TPO im Sozialverhalten niederzuschlagen, wie sieht es nun mit der Stimmung der Bewohner/innen in den beiden Versorgungsformen aus?

4.13 Stimmungen

Stimmungen werden als ein innerer Zustand verstanden, Gefühle werden bewusst wahrgenommen und verbleiben über längere Zeit. Emotionen können nach Zeitdauer unterschiedlich gesehen werden: „Ein Gesichtsausdruck dauert Sekunden, Emotionen, welche Personen bewusst wahrnehmen, dauern Minuten bis Stunden. Stimmungen dauern Stunden bis Tage an...“ (Oppikofer/Schelling 2008: 5).

Wir messen die Stimmung mit der NOSGER, welche in fünf Items die Gefühlslagen der Bewohner/innen abfragt:

- Sich traurig fühlen
- Sich wertlos fühlen
- Bewohner/in wirkt traurig oder weinerlich
- Bewohner/in erscheint gutgelaunt
- Bewohner/in freut sich auf gewisse Ereignisse (Besuche und Anlässe).

Damit erfasst die Stimmung nach NOSGER drei negative und zwei positive Stimmungen und einen Gesamtscore (siehe Abb. 20).

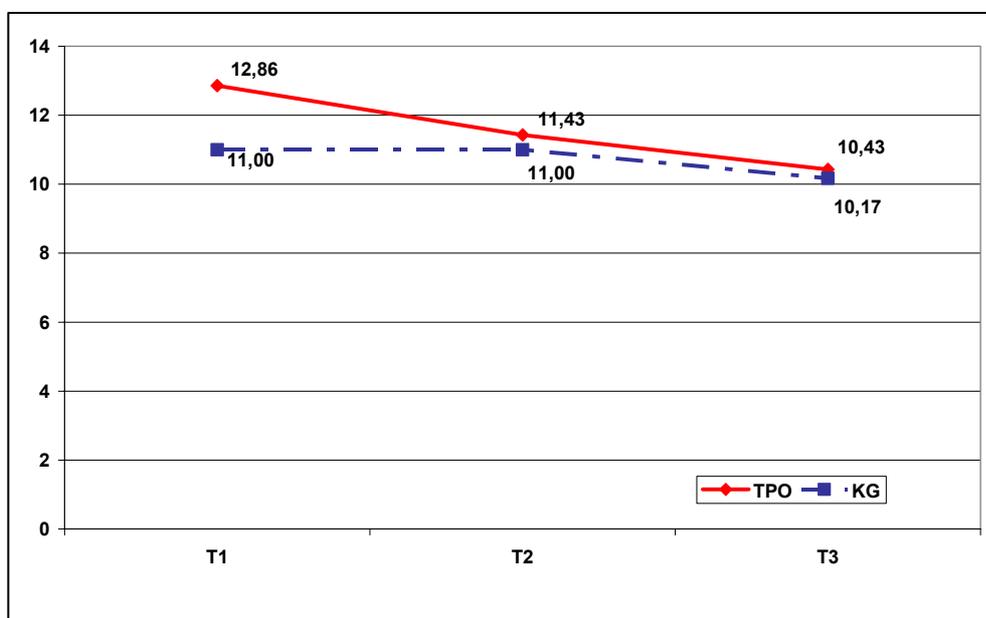


Abb. 20: Stimmungen nach NOSGER im Vergleich T3 TPO und KG

Die Abbildung 20 deutet für beide Gruppen im Verlauf eine Verbesserung der Stimmung an, die in der TPO etwas stärker ausfällt als in der KG. Die

Bewohner/innen der TPO gleichen sich zu T3 der KG fast an, bei einem höheren Ausgangswert. Damit liegen die Werte der Stimmung fast in einem Normalbereich der bei einem Wert von 10 Punkten liegt.

Betrachtet man Einzelwerte, wie ‚wirkt traurig und weinerlich‘, so schätzt das Personal zu Beginn die Bewohner/innen der TPO zu über 57% so ein, während bei der KG lediglich ein Drittel diesen Wert aufweisen. Im Verlauf der Zeit von T1 zu T3 verändert sich die Einschätzung des Personals. Nun wirken nur noch ca. 43% der Bewohner/innen der TPO traurig und weinerlich während bei den Bewohner/innen der KG der Wert auf 67% angestiegen ist.

Anhand der AARS sollen Ausdrucksformen wie Freude, Ärger/Zorn, Angst, Traurigkeit und soziale Aufgeschlossenheit bei den Bewohner/innen gemessen werden. Die Bewohner/innen sollen jeweils 10 Minuten vom Personal beobachtet und deren mimischer Ausdruck und Gestik, sowie Körperhaltung festgehalten werden. Bei der AARS gibt es zwei positive Ausprägungen und drei negative. Die Hilde-Studie geht davon aus, dass sich mit der AARS die Emotionen sehr gut unterscheiden lassen. Als Schwäche sehen sie, dass feine, sehr gering ausgeprägte Gesichtsbewegungen nicht erfasst werden. Wobei festzustellen ist, dass in der Hilde-Studie Bewohner/innen mit Schwerstdemenz nicht in die Studie eingeschlossen wurden.

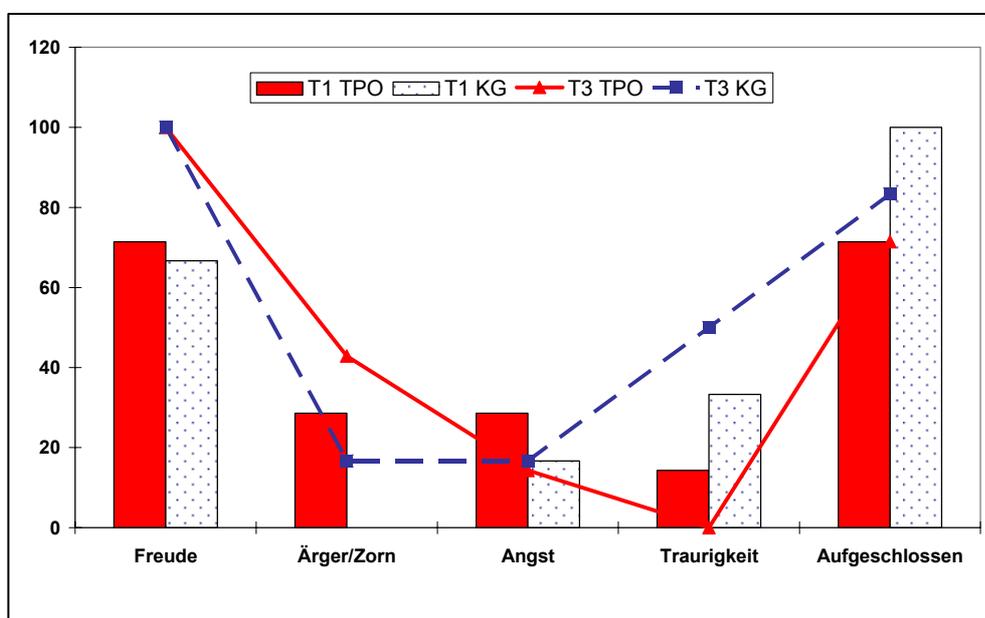


Abb. 21: AARS im Vergleich T1 und T3 TPO und KG in %.¹

¹ Hier wurden bei der AARS alle Werte zusammengezogen (weniger als 16 Sekunden, 16-59 Sekunden, 1-5 Minuten, mehr als 5 Minuten)

Die Abbildung 21 gibt Beobachtungen zu zwei Zeiträumen im Abstand von 12 Monaten wieder. Bei den Bewohner/innen der TPO und der KG zeigt sich eine starke Zunahme von Freude im Verlauf, wobei die Freude in der KG stärker zunimmt als in der TPO, da der Ausgangswert niedriger lag. Ärger wird in der Oase häufiger beobachtet, während Angst geringer wird und Traurigkeit nicht mehr auftritt zu T3. Die allgemeine Aufgeschlossenheit bleibt auf dem gleichen Ausgangswert bei der TPO. Damit haben sich vier Werte für die TPO verändert. Drei Werte verbessern sich und ein Wert verschlechtert sich.

Bei der KG wurden nun Ärger und Traurigkeit verstärkt beobachtet, Angst ist gleich geblieben und die allgemeine Aufgeschlossenheit hat sich verringert. Damit haben sich drei Werte für die KG verschlechtert, einer ist gleich geblieben und ein Wert hat sich verbessert.

Betrachten wir Freude, Ärger/Zorn, Angst, Traurigkeit und allgemeine Aufgeschlossenheit in einem längeren Zeitraum im Mittel 14 Tage lang in allen drei Schichten ergibt sich ein leicht verändertes Bild (Abb. 22).

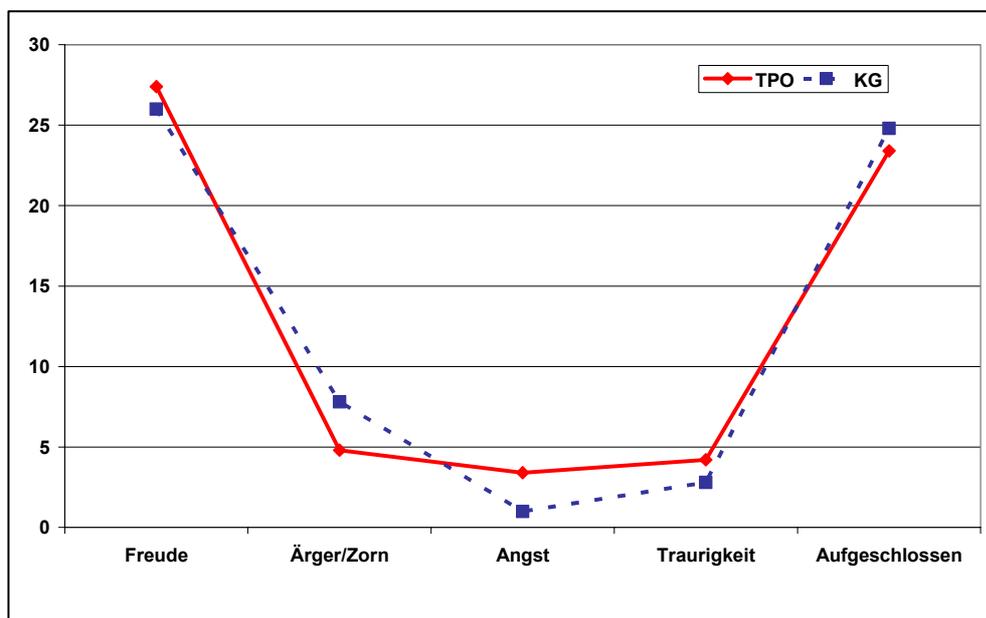


Abb. 22: AARS im Vergleich 14 Tage Beobachtungen TPO und KG

In der längeren Zeitreihe zeigen sich stärkere Annäherungen der beiden Gruppen. Freude und allgemeine Aufgeschlossenheit sind bei beiden Gruppierungen stark ausgeprägt, die Freude bei der TPO etwas mehr als bei der KG, dafür ist die allgemeine Aufgeschlossenheit etwas stärker bei

der KG. Ärger/Zorn, Angst und Traurigkeit liegen bei beiden Gruppen eng zusammen, wobei Traurigkeit in der KG in der Zeitreihe weniger auftritt als bei der kurzen Betrachtung in der Abbildung 21.

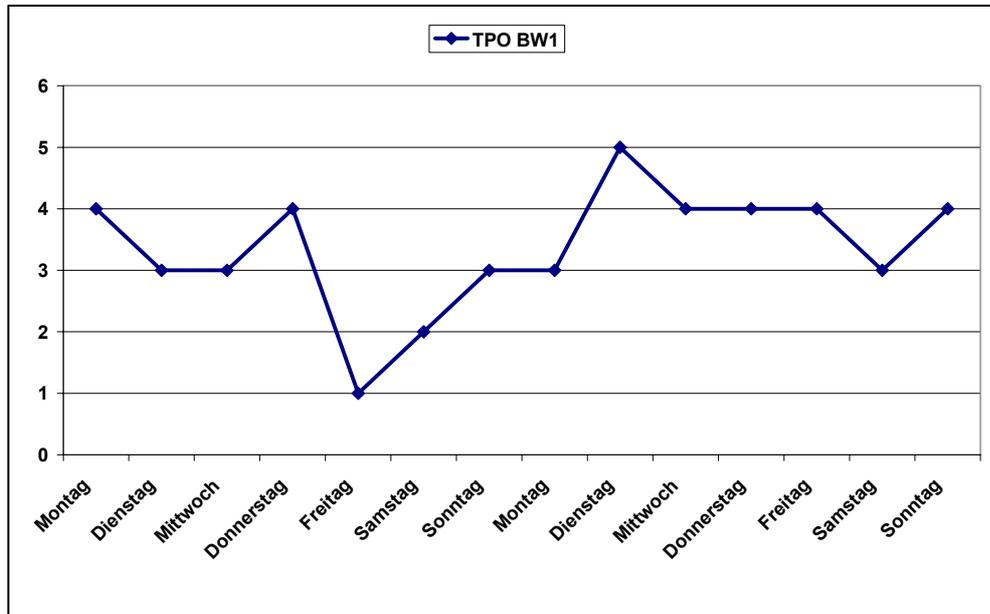


Abb. 23: AARS im Vergleich 14 Tage Beobachtungen TPO BW 1

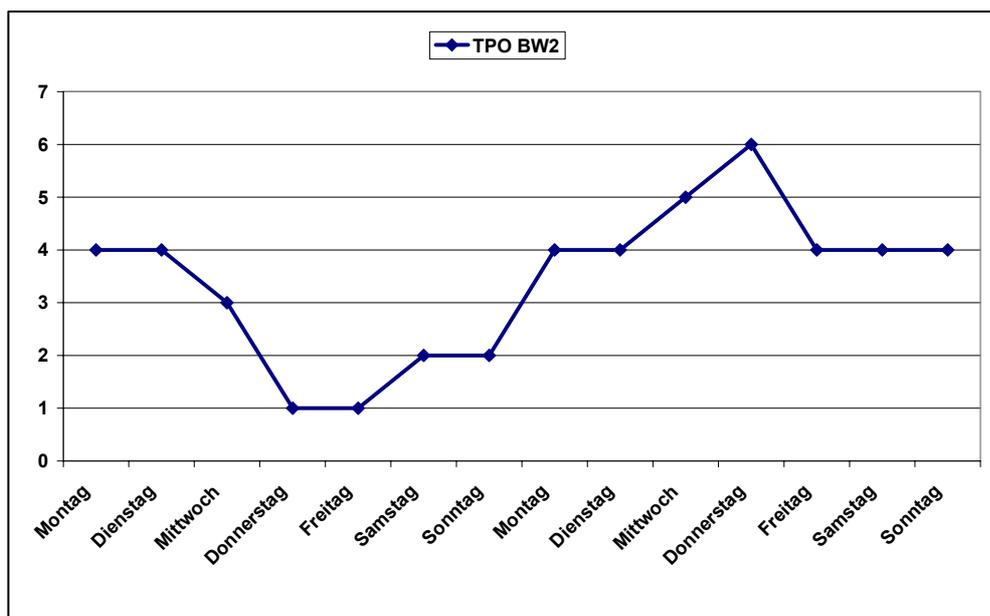


Abb. 24: AARS im Vergleich 14 Tage Beobachtungen TPO BW 2

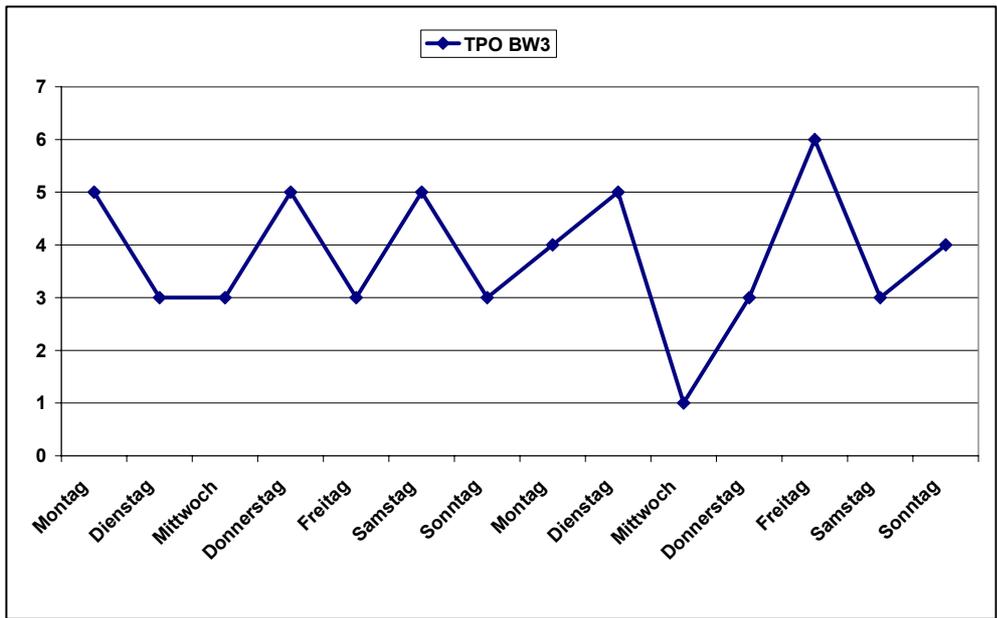


Abb. 25: AARS im Vergleich 14 Tage Beobachtungen TPO BW 3

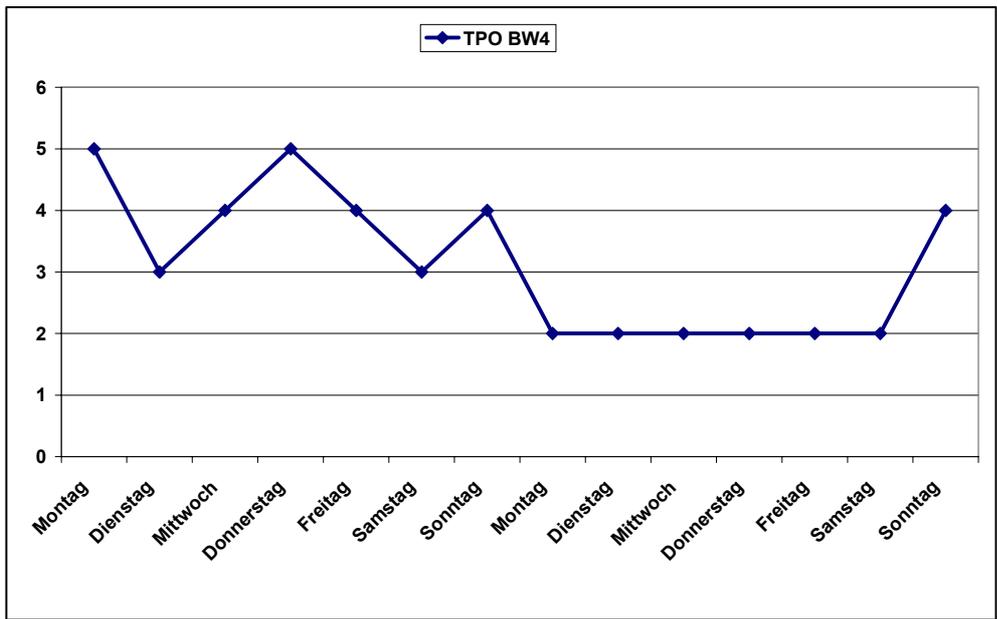


Abb. 26: AARS im Vergleich 14 Tage Beobachtungen TPO BW 4

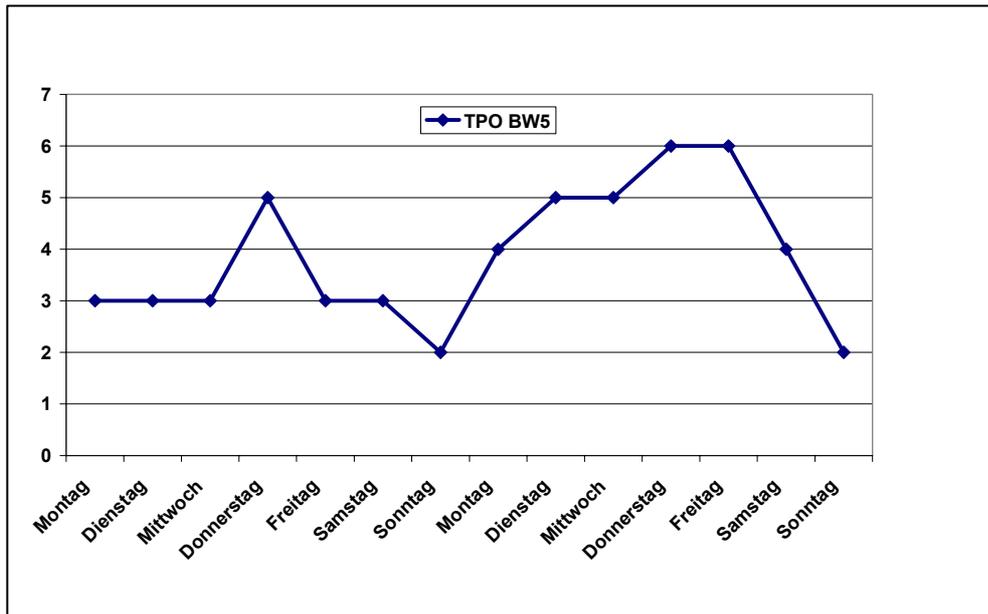


Abb. 27: AARS im Vergleich 14 Tage Beobachtungen TPO BW 5

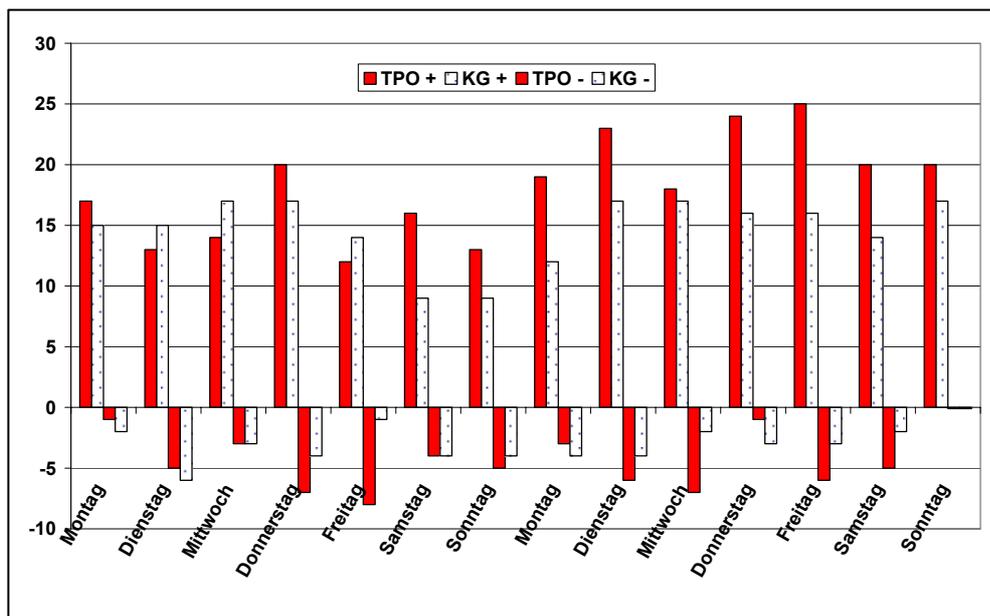


Abb. 28: AARS im Vergleich 14 Tage Beobachtungen TPO und KG positive und negative Ausprägungen

Die Abbildungen 23-28 zeigen die positiven Ausprägungen von fünf Bewohner/innen im Ablauf von 14 Tagen. Auffällig ist der Einbruch der positiven Ausprägungen bei BW 1, 2, 3 und 5 zum Wochenende, in der die Werte sich nach unten neigen und weniger Emotionen positiver Art vom Perso-

nal beobachtet wurden. Dies könnte einerseits mit der geringeren Personaldecke am Wochenende zusammenhängen, so dass weniger Beschäftigungen mit den Bewohner/innen durchgeführt wurden oder dass weniger Beobachtungen registriert wurden.

Die Abbildung 29 belegt diesen Trend des Wellentals noch einmal in den positiven wie negativen Ausprägungen bei beiden Gruppen zeigen sich die Einbrüche der Emotionen zum Wochenende. Bei der TPO fallen die Ausprägungen negativ wie positiv stärker aus.

Neben der Beobachtung der AARS die über einen längeren Zeitraum von 14 Tagen eingesetzt wurde und zusätzlich noch dreimal in einem Abstand von 3-4 Monaten erhoben wurde, haben wir die Lebensqualität zusätzlich mit dem standardisierten Verfahren der Qualid erhoben. Die Quality of Life Scale for Severe Dementia von Weiner et. al. (2000) verfügen über 11 Items, die positive und negative Emotionen abbilden. Das Verfahren wurde für Menschen mit schwerer Demenz entwickelt.

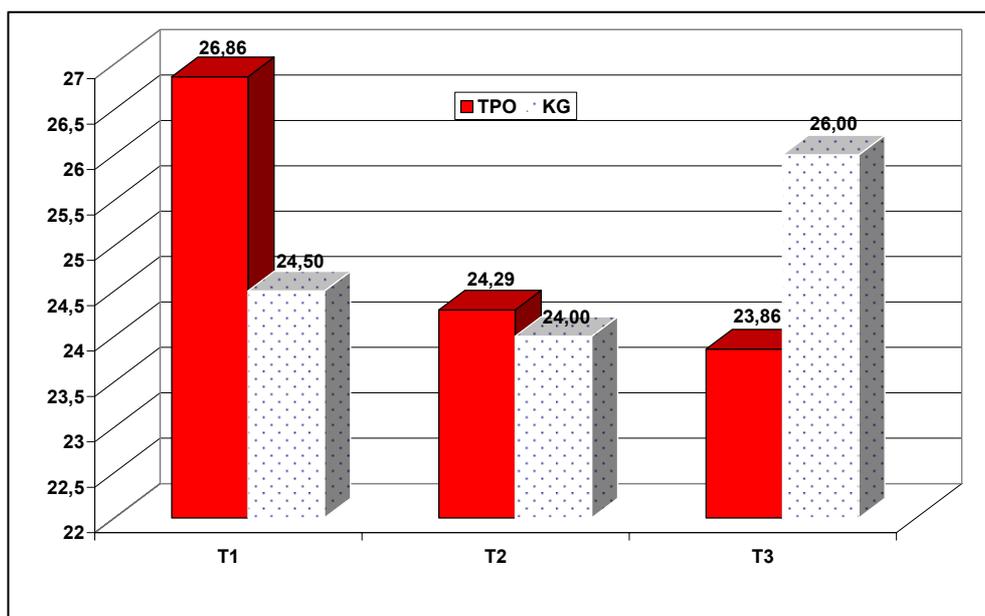


Abb. 29: QUALID im Vergleich TPO und KG (Mittelwerte)

Die Datenerhebung erfolgte über das Pflegepersonal und wurde in einem Abstand von ca. vier Monaten dreimal erhoben bei den Bewohner/innen der TPO und der KG. Ein Summenwert von 11 Punkten stellt den höchsten Wert und ein Wert von 55 Punkten den niedrigsten Wert für Lebensqualität dar.¹

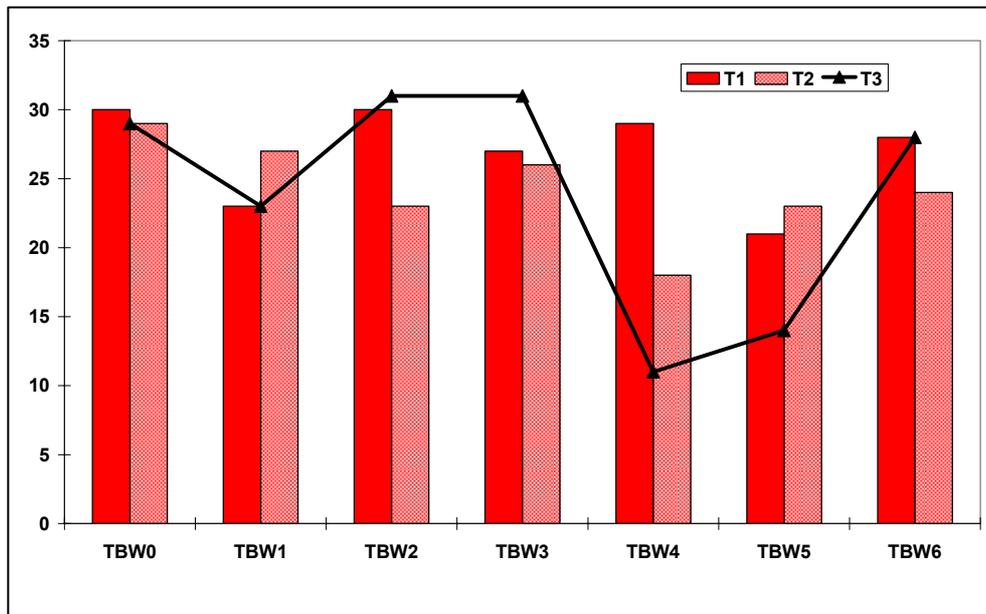


Abb. 30: Qualid: Einzelwerte der BW der TPO im Längsschnitt (Mittelwerte)

In der Abbildung 29 wird ersichtlich, dass die Bewohner/innen der TPO und der KG sich in einem mittleren Bereich der Lebensqualität bewegen.

Bei der TPO zeigt sich im Zeitverlauf eine Verbesserung der Werte zu T2 und T3 auf. Die Kontrollgruppe verschlechtert sich in den Werten und bewegt sich auf den Ausgangswert der TPO zu.

¹ Die Qualid beschreibt das Verhalten der Bewohner/innen im Rückblick von einer Woche

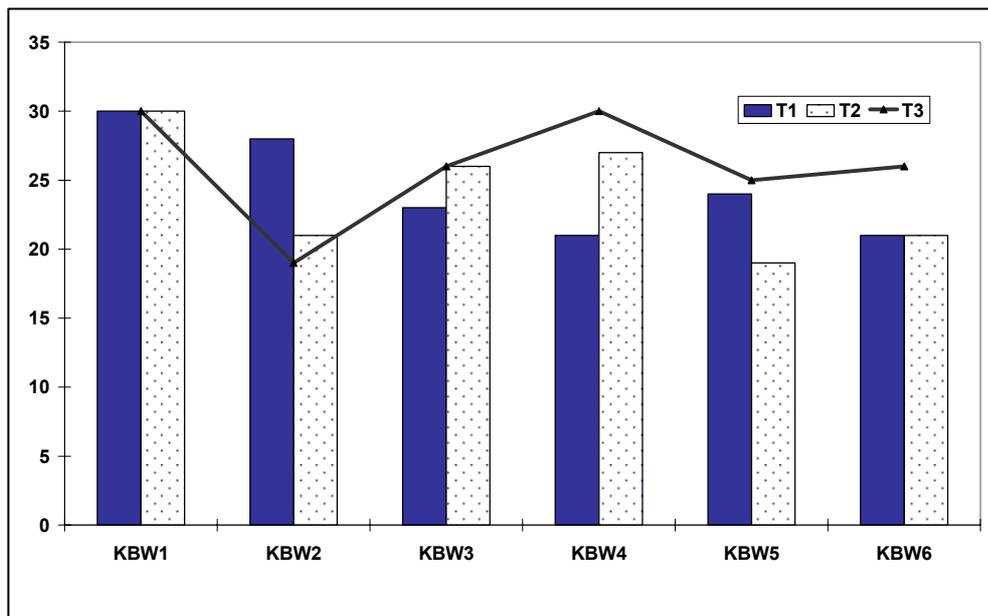


Abb. 31: Qualid: Einzelwerte der BW der KG im Längsschnitt (Mittelwerte)

Bei den Einzelverläufen der Bewohner/innen der TPO und der KG wird an Hand der Abbildungen 30 und 31 deutlich, dass sehr starke Schwankungen in den drei Messzeitpunkten in der Lebensqualitätsmessung der Bewohner/innen auftreten. Die Schwankungen verlaufen in der TPO stärker in den einzelnen Wellen als in der KG. Deren Werte verlaufen etwas gleichmäßiger. Bei drei Bewohner/innen der TPO zeigen sich Verbesserung der Werte von T1 zu T3 auf. In der KG ist es nur ein Bewohner, der bessere Werte zu T3 vorweist. Zwei Werte bleiben in der TPO gleich und bei der KG bei einer Bewohner/in. Bei zwei Bewohner/innen der TPO treten Verschlechterung der Werte der Lebensqualität auf und bei der KG bei vier Bewohner/innen.

Auffällig sind die positiven Veränderungen bei den Bewohner/innen TBW4 + TBW5 der TPO, deren Werte sich fast halbieren. Bei der Bewohnerin TBW4 zeigt die Abnahme zu T3 den Wert 11 an und damit den höchsten Wert der Lebensqualität der erreichbar ist. Die Bewohnerin TBW5 liegt bei dem Wert 14. Die starken Veränderungen bei diesen zwei Bewohner/innen könnten auch darauf zurückzuführen sein, dass verschiedene Pflegekräfte Beobachtungen in den drei Zeitverläufen gemacht haben und damit auch zu unterschiedlichen Einschätzungen gekommen sind.

Zusammenfassung

Das Soziale Verhalten kann sich bei den Bewohner/innen der TPO zu T3 stark verbessern, während es sich bei den Bewohner/innen der KG verschlechtert. Dies zeigt sich auch in der Kontaktaufnahme der Bewohner/innen zu ihrer Umgebung, die sich bei der TPO schon nach kurzer Zeit deutlich steigert. Die Kontrollgruppe entwickelt sich hingegen entgegengesetzt und nimmt weniger Kontakt zu ihrer Umwelt auf. Die Stimmungen können sich im Zeitverlauf bei beiden Gruppierungen verbessern, wobei dies bei der TPO stärker ausfällt, da sie von einem schlechteren Ausgangswert ausgeht. Emotionen wie Freude nehmen im Zeitverlauf bei beiden Gruppen zu, wobei die KG hier höhere Werte erreicht als die TPO. In der Oase tritt häufiger Ärger auf, während Emotionen wie Angst und Traurigkeit zu T3 nicht mehr vorhanden sind, in der KG verstärken sich hingegen diese beiden Werte. In längeren Zeitbetrachtungen gleichen sich die Emotionen beider Gruppen stark an. Auch in der Lebensqualitätsmessung kann die TPO bessere Werte im Zeitvergleich erreichen, ihre Werte verringern sich (was positiv zu bewerten ist), während sich die Werte der KG verschlechtern. In der Einzelbetrachtung können Bewohner/innen der TPO sehr hohe Lebenszufriedenheiten erreichen, die sich dem Idealwert nähern.

5. Veränderungen und Belastungen beim Pflegepersonal

Die Tagespflegeoase wurde mit der Begründung geschaffen, eine bessere Betreuungsqualität für die schwerst demenziell erkrankten Bewohner/innen zu erreichen und damit auch eine höhere Lebenszufriedenheit. Vor allem sollte auch der vermehrten Unzufriedenheit des Pflegepersonals begegnet und ihnen mehr Möglichkeiten der Zuwendung und Aufmerksamkeit für den Bewohner gegeben werden. Das gesamte Umfeld sollte auf die Bewohner/innen abgestimmt werden. Eine Veränderung eines Konzeptes kann aber nur getragen werden, wenn das Personal dieses mit trägt und auch Zufriedenheiten bei der Arbeit erfährt. Pflegeoasen waren bis dato noch nicht sehr verbreitet und es lagen bisher auch wenig Erfahrungen vor, wie sich der alleinige Umgang mit schwerst demenziell Erkrankten auf das Personal auswirkt. Gefragt wurde:

- Welche Erwartungen und Motive bestehen in der Arbeit in einer TPO auf Seiten des Personals?
- Welche Belastungen entstehen für das Personal?
- Besteht die Gefahr eines Burn-out in der Arbeit mit ausschließlich Schwerstdemenzerkrankten?
- Welche Erfahrungen mit der TPO liegt nach einem Jahr vor und hat sich ein höheres ‚Ausbrennen‘ eingestellt?
- Haben sich die Einstellungen des Personals gegenüber der Tagespflegeoase verändert?

Zu Beginn der Befragung wurden 9 Mitarbeiter/innen einbezogen, die auch teilweise in die Darstellung einfließen. Im Längsschnitt kann nur noch auf 6 Personen zurückgegriffen werden. Einen Vergleich (Querschnitte) zu Personen aus der Normalstation wird nur an einigen Beispielen der Belastungen aufgezeigt, wie z.B. dem Giessener Beschwerdebogen.

5.1 Erwartungen und Motive des Pflegepersonals

Die Erwartungen an die Tagespflegeoase waren bei den ausgesuchten Mitarbeiter/innen recht hoch gesteckt. Ihre Vorstellungen gingen dahin, Geborgenheit zu vermitteln, den Bewohner ernst zu nehmen und ihm ein würdevolles Leben zu gestalten. Von sich selbst erwarteten sie eine gute Arbeit, ein Bestandteil der Gruppe zu werden und Zufriedenheit in ihrer Arbeit zu erlangen. Praktische Erfahrungen lagen beim Personal nicht vor,

Erfahrungen beruhten aus Tagungen und Berichten. Umso erstaunlicher, dass kaum Vorbehalte zur Einrichtung einer TPO geäußert wurden. 45% der Befragten gaben an, dass sie sich ausdrücklich gewünscht haben in dem neuen Konzept zu arbeiten, nur eine Person sah den psychischen Stress als Problem an und vier Personen hatten keine Meinung hierzu. Die Meinung einer Pflegekraft stellvertretend für die anderen.

„Ich hatte keine Vorbehalte, ich habe es mir gewünscht in diesem Bereich zu arbeiten. Diese Personen mit Schwerstdemenz bedürfen am meisten Aufmerksamkeit“.

Überzeugt ist das Pflegepersonal davon, dass die Bewohner/innen in der neuen Konzeption besser betreut werden, da mehr Zeit für den einzelnen Bewohner ist durch die ständige Präsenz des Personals. Hervorgehoben wurden die Kreativität, die eingebracht werden muss und der Einsatz von Therapien, wie Musik- und Ergotherapie.

„Die Bewohner/innen werden besser betreut, in eine andere spielerische Richtung, man braucht Phantasie, man kann sich viel einfallen lassen.“

Übersehen wird von einigen der befragten Pflegekräfte auch nicht, dass es besonderer Anforderungen bedarf, wenn man **nur** mit schwerst demenziell Erkrankten umgehen muss.

„Das Arbeiten wird anderes, mit nonverbaler Sprache intensiver arbeiten und Mimik und Gestik lernen zu verstehen.“ *„Vor allem bedarf es Verständnis über den Demenzverlauf, man muss Grundvoraussetzungen mitbringen.“*

Betont wird auch, dass man ruhig und ausgeglichen in der Arbeit mit den Demenzerkrankten sein muss.

Eine Voraussetzung für das umgesetzte Konzept der Tagespflegeoase ist die Teamarbeit und eine starke Identifizierung mit dem Konzept. So gaben auch alle Befragten an, dass ihnen die Teamarbeit sehr wichtig bis wichtig sei. Mit dem Konzept Tagespflegeoase identifizieren sich zwei Drittel der Befragten. Die Arbeit mit demenziellen und schwerstpflegebedürftigen Bewohner/innen empfinden ein Drittel als sehr wichtig und zwei Drittel als wichtig. Ihre fachliche Kompetenz und Verantwortung einzubringen, sehen 78% als sehr wichtig und 11% als wichtig an.

5.2 Arbeitsbelastungen

Die Pfl egetätigkeit erfordert vom Personal hohe Anforderungen, in geistiger wie auch in körperlicher Hinsicht. Neben Fachwissen, bedarf es Geschicklichkeit, Ausdauer, Kraft und vor allem soziale Fähigkeiten und Wissen.¹ Die Arbeit in der Altenpflege wird häufig im Drei-Schicht-Betrieb durchgeführt. So gaben auch 22% der Befragten einen Wechsel zwischen Früh- und Spätschicht und 78% eine Wechselschicht mit Nachtdienst in der TPO an, davon arbeitete ein Drittel in Teilzeit. Neben den Schichtdiensten führen veränderte Anforderungen, wie verstärkte Arbeitsteilung, Zeitdruck, enger Kosten- und Personalrahmen aber auch die veränderte Bewohnerstruktur - mehr multimorbide und schwerst demenziell erkrankte Personen mit erheblichen Alltagseinschränkungen – zu höheren Belastungen des Personals. Dies wird auch immer stärker von Seiten des Pflegepersonals und den Leitungen betont, dass die Belastungen an eine (Höchst-)Grenze gelangt seien.² Neben den körperlichen Belastungen nehmen in den letzten Jahren vor allem die psychosomatischen Stressoren zu.

5.3 Körperliche Belastungen

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

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

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

In Anlehnung an den Giessener Beschwerdebogen (Brähler et.al. 1995) wurden die Auswirkungen körperlicher Belastungen ermittelt. Die 12 Items werden zu vier Kategorien zusammengefasst, wie Herzbeschwerden, Gli-

¹ Siehe hierzu Glaser, J./Höge, Th. (2005): Probleme und Lösungen aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund/Berlin/Dresden

² Siehe hierzu Stadler, P./Endrich, A. (2006): Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege – Schwerpunkt: psychomentele Fehlbelastungen und Möglichkeiten der Prävention

derschmerzen, Magenschmerzen und Erschöpfungsneigung. Auf einer fünfstufigen Skala mit den Stufen 1 = nicht, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = häufig und 5 = stark müssen die Items beantwortet werden.

Wie sehen die körperlichen Belastungen des Pflegepersonals aus. Studien belegen, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen, hierzu gehören vor allem Rückenschmerzen, zu den häufigsten Krankheiten zählen und in den letzten Jahren zugenommen haben. Zu den betroffenen Berufsgruppen gehören die Gesundheitsberufe, die viele Hebetätigkeiten ausführen müssen. Wie sehen nun die körperlichen Belastungen bei den Pflegekräften in der TPO aus, die alle Verrichtungen und Transfers bei den schwerstpflegebedürftigen, schwerstdemenziell erkrankten Bewohner/innen leisten müssen? Sind ihre Belastungen höher als in einer Normalversorgung und wie verändern sich die Belastungen in der Zeit? Anhand von Mittelwertmessungen der körperlichen Belastungen zeigen wir einen Vergleich von TPO (9 Personen) zu KG (5 Personen) und die Veränderungen der Belastungen des Personals in der TPO (6 Personen) über zwei Wellen.

	Herzbeschwerden Herzklopfen Atemnot	Kreuz- Rückenschmerzen, Nackenschmerzen Schulerschmerzen Kopfschmerzen	Sodbrennen Magenschmerzen Übelkeit	Rasche Erschöpfung Schlafstörungen Mattigkeit
Gesamtdurchschnitt Belastung TPO	i.M. 1,22 (nicht bis selten)	i.M. 2,70 (manchmal)	i.M. 1,33 (nicht bis selten)	i.M. 1,74 (nicht bis selten)
Gesamtdurchschnitt Belastung KG	i.M. 1,26 (nicht bis selten)	i.M. 2,70 (manchmal)	i.M. 1,40 (nicht bis selten)	i.M. 2,30 (selten)

Tab. 22: Körperliche Belastungen im Vergleich TPO und KG

Die körperlichen Belastungen im Vergleich der TPO und der KG zeigen in den Werten keine großen Unterschiede, Ausnahme bildet die ‚Rasche Erschöpfung‘, ‚Schlaflosigkeit‘ und ‚Mattigkeit‘ die im Vergleich in der KG einen höheren Mittelwert aufweist als in der TPO. Werte wie ‚Herzbeschwerden‘ und ‚Sodbrennen‘ zeigen nur geringe Abweichungen im Mittel bei der KG auf.

Wellen Jeweils 6 Per- sonen	Herzbeschwerden Herzklopfen Atemnot	Kreuz- Rük- ckenschmer- zen, Nacken- Schulter- schmerzen Kopfschmer- zen	Sodbrennen Magenschmer- zen Übelkeit	Rasche Er- schöpfung Schlafstörun- gen Mattigkeit
Gesamtdurch- schnitt Belastung TPO 1. Welle	i.M. 1,17 (nicht bis selten)	i.M. 2,45 (selten bis manchmal)	i.M. 1,22 (nicht bis selten)	i.M. 1,66 (nicht bis sel- ten)
Gesamtdurch- schnitt Belastung TPO 2. Welle	i.M. 1,17 (nicht bis selten)	i.M. 2,67 (manchmal)	i.M. 1,22 (nicht bis selten)	i.M. 2,17 (selten bis manchmal)

Tab. 23: Körperliche Belastungen im Verlauf TPO

Im Verlauf von 6 Monaten zeigen sich bei den sechs Mitarbeiter/innen der TPO im Längsschnitt Veränderungen der Belastungen (Tab. 23):

- Geringfügig bei ‚Kreuz- und Rückenschmerzen‘, ‚Nacken-Schulter-schmerzen‘ und ‚Kopfschmerzen‘ hin zu manchmal und
- verstärkter bei ‚Rascher Erschöpfung‘, ‚Schlafstörung‘ und ‚Mattigkeit‘ von nicht bis selten zu selten bis manchmal.

5.4 Psychische Belastungen

Die psychischen Belastungen spielen heute in der Arbeitswelt eine immer größere Rolle. Durch den zunehmenden Stress können psychische Fehlbelastungen, Befindlichkeitsstörungen und psychosomatische Erkrankungen auftreten. Unter psychischer Belastung wird das Zusammenwirken von objektiv erfassbaren Belastungsfaktoren verstanden.¹ Zu den Faktoren, die zu psychischen Belastungssituationen führen können, zählen:

- Arbeitsaufgaben (z.B. Zeit- und Termindruck, Entscheidungen)
- die Umgebungsbedingungen (z. B. Lärm)
- die betriebliche Organisation (z.B. strukturelle Veränderungen)
- soziale Verhältnisse (Betriebsklima).²

Aber auch die Zusammensetzung der Bewohnerschaft in der TPO mit den veränderten Verhaltensformen können bei dem Pflegepersonal psychische

¹ Stadler, P (2006): Psychische Belastungen am Arbeitsplatz – Ursachen, Folgen und Handlungsfelder der Prävention

² Ebda.

Belastungen auslösen. Vor allem die neuropsychiatrischen Symptome und Störungen, können in der Pflege zur Belastung führen.

Das Neuropsychiatrischen Inventar (NPI) erfragt in 12 Items nach dem Grad der Belastungen. Die 12 Items lassen sich in vier Symptomgruppen zusammenfassen:

- Psychotische Symptome (Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung/Agitiertheit)
- Affektive Störungen (Depression, Angst, Euphorie)
- Fehlende Motivation/Antrieb/Psychomotorik (Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, abweichendes motorisches Verhalten)
- Vegetative Störungen (Schlaf- Essstörungen)¹

	Psychotische Symptome Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung / Agitiertheit	Affektive Störungen Depression, Angst, Euphorie	Fehlende Motivation / Antrieb / Psychomotorik Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, abweichendes motorisches Verhalten	Vegetative Störungen Schlaf- Essstörungen
Gesamtdurchschnitt Belastung TPO	i.M. 2,04 (leicht)	i.M. 2,18 (leicht)	i.M. 1,92 (Trend zu leicht)	i.M. 2,56 (leicht mit Trend zu mittelschwer)
Gesamtdurchschnitt Belastung KG	i.M. 2,60 (Trend zu mittelschwer)	i.M. 2,13 (leicht)	i.M. 2,55 (leicht mit Trend zu mittelschwer)	i.M. 2,50 (leicht mit Trend zu mittelschwer)

Tabelle 24: Emotionale Belastung durch Verhaltensstörungen der Bewohnerinnen (NPI) im Vergleich TPO und KG

Die neuropsychiatrischen Verhalten der Bewohner zeigen im Vergleich bei den Mitarbeiter/innen der TPO und der KG in zwei Werten Abweichungen zu Gunsten der TPO. Der Wert ‚Psychotische Symptome‘ und ‚Fehlende Motivation‘ bewegen sich in der TPO im Bereich leicht, während in der KG der Trend zu mittelschwer geht. Die Werte ‚Affektive‘ und ‚Vegetative Störungen‘ nehmen bei beiden Gruppierungen einen Mittelwert von leicht ein. Treten höhere Belastungen des Pflegepersonals in der TPO in einem Zeitverlauf von sechs Monaten auf?

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

2 Wellen Jeweils 6 Per- sonen	Psychotische Sym- ptome Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung / Agitiert- heit	Affektive Stö- rungen Depression, Angst, Eupho- rie	Fehlende Motivation / Antrieb / Psy- chomotorik Apathie, Ent- hemmung, Reizbarkeit, abweichendes motorisches Verhalten	Vegetative Störungen Schlaf- Ess- störungen
Gesamtdurch- schnitt Belastung TPO T1	i.M. 2,11 (leicht)	i.M. 2,06 (leicht)	i.M. 1,87 (leicht)	i.M. 2,59 (leicht mit Trend zu mittelschwer)
Gesamtdurch- schnitt Belastung TPO T2	i.M. 2,89 (leicht mit Trend zu mittelschwer)	i.M. 2,28 (leicht)	i.M. 2,33 (leicht mit Trend zu mit- telschwer)	i.M. 2,50 (leicht mit Trend zu mittelschwer)

Tabelle 25: Emotionale Belastung durch Verhaltensstörungen der Bewohnerinnen (NPI) im Längsschnitt TPO

Im Verlauf zeigen sich beim Pflegepersonal in der TPO in zwei Symptomen (Psychotische Symptome und Fehlende Motivation) höhere Belastungen mit Trend zu mittelschwer. Die Belastungen durch ‚Affektive Störungen‘ sind zu T2 nur geringfügig mit Trend zu leicht und beim Symptom ‚Vegetative Störungen‘ gibt es eine leichte Abschwächung der Belastungen.

Auch wenn sich die emotionalen Belastungen des Personals insgesamt sehr niedrig zeigen, so können doch im Einzelnen auch spürbare Belastungen entstehen, die durch Bewohner/innen mit Apathie, Angst und Essstörungen ausgelöst werden.

Weitere Belastungen, die auftreten können liegen im Zeitdruck und in dem kollegialen Umfeld. Das kollegiale Umfeld einschließlich der Leitung kann Stress auslösen wie auch die Entstehung von Stress verhindern. Welche Entwicklungen zeichnen sich ab? Gefragt wurde nach konzeptioneller Übereinstimmung, Einschätzung der Kolleginnen und Kollegen wie auch nach Fluktuation des Personals und Fehlzeiten und deren eventuell belastenden Auswirkungen (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2010)¹.

Im Vergleich der beiden Gruppierungen TPO und KG zeigen sich mittelstarke Belastungen im Zeitdruck bei dem Pflegepersonal. Auch im Längsschnitt bei den 6 Personen zeigen sich im Zeitverlauf geringe Belastungs-

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

zunahmen durch Zeitdruck, die aber von gering (T1 2,33) bis Trend zu mittelstark (T2 2,50) reichen.

Items	TPO 1. Welle	TPO 2. Welle
Unterschiedliche Auffassungen von angemessener Pflege	2,50	2,67
Unzureichende Berufsauffassung	2,50	2,33
Widersprüchliche Pflegeziele	2,00	2,33
Fehlzeiten der Kollegen	2,00	3,00
Schwierigkeiten im persönlichen Kontakt/Antipathie gegenüber Kollegen	1,17	1,33
Gegenseitige Achtung und Anerkennung	2,50	3,00
Fluktuation des Personals	1,83	3,33

Tabelle 26: Belastungen im Umgang mit Kollegen und Kolleginnen sowie der Leitung im Längsschnitt 6 Personen im Mittel

Die beiden Erhebungszeitpunkte zeigen im Verlauf für vier Items eine Zunahme der Belastungen des Pflegepersonals in der TPO. Vor allem die Fehlzeiten der Kollegen und Kolleginnen und die Fluktuation des Personals führen in kleinen Gemeinschaften wie sie Tagespflegeoasen darstellen zu höheren Belastungen (hier mittelstark). Werte wie unterschiedliche Auffassungen von angemessener Pflege und widersprüchliche Pflegeziele, die zu T2 sich leicht erhöhen (Trend zu mittelstark) zeigen, dass das Personal noch keine einheitliche Linie gefunden hat und an einem gemeinsamen Strang zieht, während die gegenseitige Anerkennung und Achtung sich gesteigert hat (zu mittelstark).

Stress in der Pflege wird häufig auch durch die Angehörigen der zu Pflegenden erzeugt, da sie die neuen Konzepte beunruhigen und ihre Vorstellungen von Pflege sich vielfach anders darstellen. Auch die emotionale Nähe und das Fehlen von Informationen und Abläufen erzeugen bei den Angehörigen Unverständnis und manchmal auch Ängste.

Items	TPO 1. Welle	TPO 2. Welle
Unterschiedliche Auffassungen von angemessener Pflege	2,83	2,83
Erwartungen von Angehörigen, die nicht erfüllt werden können	2,67	2,50
Desinteresse der Angehörigen	2,83	2,83
Einmischung der Angehörigen	2,67	2,67

Tabelle 27: Belastungen die mit Angehörigen zusammenhängen Leitung im Längsschnitt 6 Personen im Mittel

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen hat sich im Verlauf nicht verändert, alle Werte bewegen sich im Bereich zu mittelstark und könnten so zusätzlich zu Belastungen beim Personal führen. Ziehen wir im Vergleich den Umgang des Pflegepersonals aus der KG mit den Angehörigen heran, zeigen sich bedeutend geringere Werte in dem Zusammenspiel Angehörige Personal. Hier bewegen sich die Werte im Bereich zwischen keine bis geringe Belastungen (Desinteresse, Einmischung) und geringe Belastungen (unterschiedliche Pflegeauffassungen, Erwartungen der Angehörigen). Der Vergleich der beiden Gruppen (TPO und KG) belegt die Schwierigkeit die neue Konzepte, wie sie die Tagespflegeoase darstellt bei den Angehörigen auslösen können.

Die Arbeit mit ausschließlich Demenzerkrankten könnte aufgrund von erhöhtem Aufwand durch verändertes Verhalten, Konfrontation mit Sterben und Tod aber auch mit Schwierigkeiten Bewohner/innen zu motivieren zu vermehrten Stress und eventuell zu einem Burn-out führen.

Im Durchschnitt liegen die Belastungen des Personals aus dem erhöhten Aufwand durch Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner/innen bei geringen Belastungen in beiden Wellen. Auch die Aktivierung des Bewohners löst keine Probleme aus und kann zu T2 von einem Mittelwert von 2,17 (T1) auf 1,67 (T2) gesenkt werden und liegt damit in einem niedrigen Bereich von keiner Belastung mit Trend zu geringer Belastung. Der Wert der sich durch die Nähe zu dem Bewohner in der TPO im Längsschnitt leicht verschlechtert ist die Konfrontation mit Tod und Sterben. Dieser verändert sich von T1 von keiner Belastung bis zu geringer Belastung bei dann gleich bleibend geringer Belastung zu T2.

5.5 Burn-out

Bis heute gibt es keine einheitliche Theorie oder Definition von Burn-out. Allgemein anerkannt wird Burnout als ein multidimensionales Geschehen, das mit mehreren Einflussfaktoren wie Persönlichkeitsmerkmalen und Arbeitsbedingungen einhergeht. Der Pflegeberuf der mit hohen emotionalen Anforderungen verbunden ist, birgt auch viele Burnout Risiken.

Das meistgenutzte Verfahren das zur Burn-out Messung eingesetzt wird, stammt von Maslach & Jackson (1981). Sie definieren Burnout als ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und subjektiv reduzierter Leistungsfähigkeit.

‚Emotionale Erschöpfung‘ spiegelt sich in dem Kontakt mit Menschen wider in der Überbeanspruchung und in dem Gefühl ausgelaugt zu sein.

Depersonalisierung bezeichnet eine harte objektive ablehnende Haltung gegenüber dem Bewohner. Bei der ‚Subjektiv reduzierten Leistungsfähigkeit‘ haben die Betroffenen das Gefühl von abnehmender Kompetenz gegenüber ihrer eigenen Arbeit.

Der hier eingesetzte Fragebogen besteht aus 21 Items mit sieben Antwortmöglichkeiten.¹

Die Werte zum Burn-out werden in der Literatur unterschiedlich interpretiert: Büssing, Glaser & Höge (2000a) geben für ‚Emotionale Erschöpfung‘ Mittelwerte von $> 4,0$ an (Burnout-Stadium I), für ‚Depersonalisierung‘ einen Mittelwert von $> 4,0$ (Burnout-Stadium II), für die ‚subjektiv reduzierte Leistungsfähigkeit‘ wurde kein Wert bezeichnet. Neuere Ansätze liefern Glaser (2009) und Glaser, Lampert und Weigl (2008) für die Subskalen ‚Emotionale Erschöpfung‘ und ‚Depersonalisierung‘. „Sie gehen bei Werten von 3,5-5,0 von kritischen Hinweisen auf ein Burnout-Risiko aus und bewerten Daten von $\geq 5,0$ als „klinisches Burnout“. Im Bereich „Persönliche Erfüllung weisen Werte von $\leq 2,0$ nach ihrer Einschätzung auf geringe persönliche Erfüllung hin“ (In: Rutenkröger, Berner, Kuhn 2012: 74).

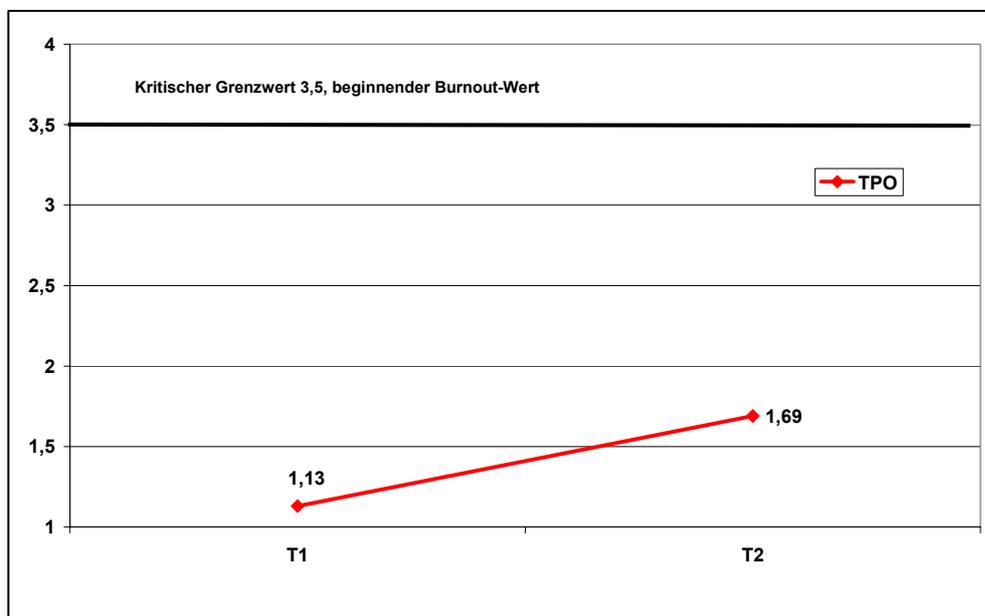


Abb. 32: Burnout-Risiko: Emotionale Erschöpfung im Verlauf TPO, Mittelwerte

¹ Antwortmöglichkeiten: 0= nie, 1=ein paar mal pro Jahr, 2= monatlich, 3= ein paar mal im Monat, 4= wöchentlich, 5= ein paar mal die Woche, 6= täglich

Eine ‚Emotionale Erschöpfung‘ zeigt sich bei dem Pflegepersonal in der TPO im Zeitverlauf nicht auf, auch wenn der Wert zu T2 leicht angestiegen ist, liegt er noch weit unter dem angegebenen kritischen Wert von 3,5 bis 5 Punkten.

Eine Depersonalisierung, die harte ablehnende Haltung gegenüber den Bewohner/innen lässt sich bei dem Pflegepersonal der Tagespflegeoase zu Beginn nicht aufzeigen und auch nach 6 Monaten zeigen sich bei dem Personal kaum messbare Veränderungen im Mittel (0,4 Punkte).

Auch der Bereich ‚Persönliche Erfüllung‘ weist kein Risiko von Burnout auf. Nach 6 Monaten zeigt sich auch hier beim Pflegepersonal eine leicht abnehmende Tendenz gegenüber T1, wie auch bei der ‚Emotionalen Erschöpfung‘. Bei der ‚Persönlichen Erfüllung‘ sollte der kritische Wert von 2 nicht unterschritten werden.

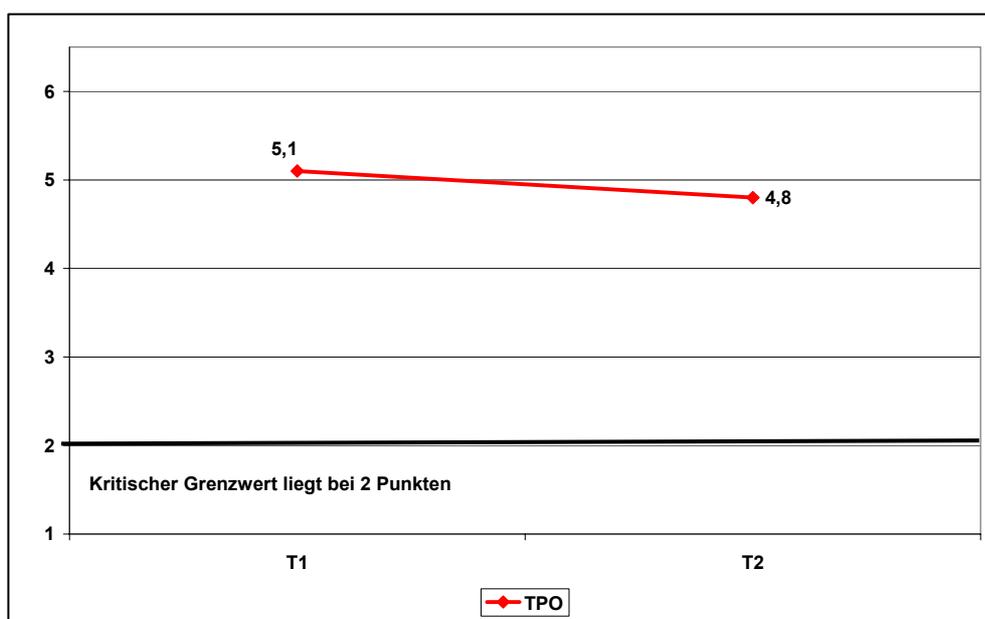


Abb. 33: Burnout-Risiko: Persönliche Erfüllung im Verlauf TPO, Mittelwerte

5.6 Einstellungen des Personals zur Tagespflegeoase nach über einem Jahr

Nach über einem Jahr Erfahrung mit der Tagespflegeoase sehen mehr als zwei Drittel der befragten Pflegekräfte die Entwicklung der Bewohner/innen positiv und ein Drittel äußert sich eher skeptisch.

„Die Bewohner sind mehr integriert. Die Nähe von uns zu den Bewohnern ist eine andere geworden, es ist familienähnlich. Die Bewohner erkennen uns an der Stimme, sie geben akustische Laute und verfolgen uns mit Blicken bei Gesprächen. Sie verspüren jede Veränderung und auch unsere Wahrnehmung ist eine andere geworden.“ „Manchmal erinnern sich die demenziell Erkrankten an Namen, das finde ich positiv.“

Auch das Zusammenwachsen der Bewohnerschaft in der TPO wird vom Personal positiv bewertet.

„Die Bewohner machen einen zufriedeneren Eindruck, sie sind im Laufe der Zeit stärker zusammengewachsen, dies zeigt sich auch an der Atmosphäre, die eine andere ist.“

Negative bis skeptische Argumente durch das Personal, werden in dem Abbau der Bewohner/innen beobachtet oder das keine Unterschiede zur Normalstation gesehen werden.

„Den Bewohnern geht es nicht schlechter oder besser als auf einer Normalstation.“

Auch für das Pflegepersonal hat sich einiges in ihrem Pflegeverständnis verändert. Abgesehen, dass die Pflege in der TPO mehr Spaß macht, kann sie auch Stress auslösen.

„Ein anderes Pflegeverständnis, es entsteht mehr Stress und es ist psychisch anstrengender.“

So gibt es auch Verlagerung, was die Arbeit der Pflege angeht, wie z.B. in Palliativcare.

„Schmerzbeobachtungen werden bei dem Bewohner wichtiger, wir müssen lernen Mimik und Gestik zu lesen, die Gesamtausrichtung ändert sich.“

Trotz neuer Anforderungen und höherer Stressanforderungen können auch manche Pflegekräfte daraus Ruhe ziehen.

„Alltagshektik, ich lass mich nicht mehr so schnell stressen, ich bin ruhiger geworden. Die Ruhe die ich gebe, die bekomme ich von den Bewohnern wieder. Ich kann die Arbeit heute besser einteilen.“

Insgesamt betrachtet das Pflegepersonal im Rückblick die Arbeit in der TPO strukturierter und individueller auf die Bewohner/innen bezogen.

„Ja biographieorientierter, wenn der Bewohner nicht will, braucht er nicht, er kann auch länger schlafen wenn er es möchte.“ „Man kann individueller

arbeiten, mehr auf den Bewohner bezogen, auch die Ernährung wird dem Bewohner angepasst. Durch wiederkehrende Rituale ist der Bewohner besser greifbar, z.B. beim Frühstück.“

Kritisch wird in den Interviews die Personalsituation angesprochen. Der Wechsel des Personals nach ca. einem halben Jahr, wurde kritisch angesehen *„dadurch könnten Ziele gefährdet werden“*.

„Was gut läuft, soll man nicht mehr verändern. Personalwechsel sollte in der Tagespflegeoase nicht sein.“

Insgesamt zeigt sich doch eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeit in der Tagespflegeoase, immerhin 78% der Befragten werten die Arbeit als positiv. Über ihre Arbeit und Arbeitsschritte sprechen zu können sehen zwei Drittel als sehr richtig an und Vorstellungen einzubringen ist für 83% sehr wichtig. Ebenso wird die eigenständige Arbeit von 83% als ziemlich richtig bis richtig angesehen, wie auch die Möglichkeit im Rahmen über seine Pausen selbst zu bestimmen (67%). Damit zeigt sich, dass die selbstständige Arbeit in der TPO von dem Pflegepersonal sehr hoch eingeschätzt wird.

Zusammenfassung

Die positiven Erwartungen und Einstellungen zur Tagespflegeoase lassen sich beim Pflegepersonal auch nach über einem Jahr TPO feststellen. Nicht nur die Bewohner/innen haben von der TPO profitiert sondern auch das Pflegepersonal, ihre Arbeit sehen sie strukturierter, sie können sich mehr einbringen, ihre Fähigkeiten und Kreativitäten werden mehr gefordert. So ist es nicht verwunderlich, dass 78% der Befragten eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeit angeben. Auch die Belastungen zeigen sich im Vergleich TPO mit der KG (Querschnitt) und im Längsschnitt (TPO) sehr gering. Die klassischen Belastungen, wie ‚Kreuz‘- ‚Rückenschmerzen‘, ‚Nacken-Schulter‘- und ‚Kopfschmerzen‘ zeigen bei beiden Gruppen (KG, TPO) geringe bis zu manchmal Belastungen. Ausnahme bildet in der KG die ‚Rasche Erschöpfung‘, ‚Mattigkeit‘ die höhere Werte einnimmt als in der TPO aber noch in einem niedrigen Bereich liegt.

Im Verlauf (Längsschnitt) liegen bei den Mitarbeiter/innen leicht höhere Belastungen in ‚Kreuz‘- ‚Rückenschmerzen‘, ‚Nacken-Schulter‘- und ‚Kopfschmerzen‘ und in ‚Rasche Erschöpfung‘, ‚Mattigkeit‘ vor.

Psychische Belastungen können durch den ständigen Umgang mit Neuropsychiatrischen Symptomen von Demenzerkrankten entstehen. Der ständige Umgang mit diesen Personen in der TPO zeigt hier seine Wirkung beim Pflegepersonal. Ihre Belastungswerte liegen in vier Werten im Vergleich zur KG niedriger und bewegen sich in einem Bereich von leichter Belastung. Bei der KG geht der Trend zu mittelschwerer Belastung. Höhere Belastungen entstehen beim Personal in der TPO durch Fehlzeiten der Kollegen und durch Fluktuation des Personals aufgrund der dann geringeren Personaldecke.

Ein Ausbrennen (Burnout) konnte bei dem Pflegepersonal in der TPO nicht festgestellt werden. Ihre Werte liegen in allen Angaben weit unter den vorgegebenen Belastungswerten des Burnout.

6. Bauliche Voraussetzungen

„Die baulich notwendigen Voraussetzungen für den Betrieb einer Pflegeoase weichen in allen Teilen von denen der im Heimbau geltenden Vorgaben ab. Das betrifft den Individualraum mit seiner Abgeschlossenheit, den Sanitärbereich und auch die Größen der gemeinschaftlich genutzten Flächen. Nach dem bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz „Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (PfleWoqG) sind nach §17 Erprobungsregelungen, Ausnahmeregelungen zulässig, nach denen abweichende Wohnformen erprobt werden können. Die Heimaufsicht ist rechtzeitig einzubeziehen, wenn solche Vorhaben geplant sind“ (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2010: 80).

Durch Entfernung von Trennwänden und Erweiterung des Durchganges wurde die Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus in Fürstenzell geschaffen.

Das Raumprogramm umfasste danach folgende Räume:

1. Vier Bewohnerzimmer mit Bad und zwei Doppelzimmer mit jeweils einem Bad
2. Ein Gemeinschaftsbereich mit Arbeitsplatz für das Personal und einer Kochgelegenheit
3. Ein Pflegebad auf der Station und
4. ein Fäkalraum.



Abb. 34: Blick in ein Bewohnerbereich, DZ

Den zentralen Bezugspunkt der TPO nimmt der gemeinsame Tisch in der Mitte ein, wo die wesentlichen Tagesgestaltungsaktivitäten stattfinden. Die

Bewohner/innen der TPO nehmen in der Regel hier ihre Mahlzeiten ein, aber auch Gäste aus der angrenzenden Station kommen gerne um hier zu Frühstücken, Kaffee zu trinken oder einfach um zu verweilen.



Abb. 35: Personal und Bewohner/innen beim Frühstück

An den Gemeinschaftsbereich schließt der Arbeitsbereich des Personals an, damit haben sie die Bewohner/innen immer im Blick. Hier wird die Pflegedokumentation bearbeitet, Medikamente vorbereitet und hier finden die Übergabegespräche statt.



Abb. 36: Arbeitsplatz des Personals

Baulich gestalterische Mängel in der TPO sehen zu Beginn 50% des befragten Pflegepersonals, davon gibt ein Drittel mittelstarke baulich gestalterische Mängel an. Eine der Pflegekräfte äußert sich wie folgt:
„Die baulichen Maßnahmen sind nicht immer geeignet, die Betten können nicht alle im Gemeinschaftsbereich untergebracht werden.“

Nach einem Jahr Pflegeoase und der Gewöhnung mit dem Raum äußert nur noch eine Person Bedenken zur baulich gestalterischen Maßnahme.

Die farbliche Gestaltung und Einrichtungen finden 83% der Pflegekräfte gut, hieran möchten sie nichts verändern. Nur einen separaten Raum zum Ausruhen, zum Zurücklehnen wünschen sich 50% der Befragten. Die Gruppengröße von zurzeit sieben Bewohner/innen in der TPO wird als positiv eingeschätzt.

„Die Gruppengröße sollte nicht zu groß sein, eher kleinere Gruppe.“

Durch ständige Besuche von Bewohner/innen aus den anderen Stationen, die auch dort verweilen und mit am Tisch sitzen, war der Gemeinschaftsbereich oft sehr ausgelastet, was dann auch weniger Platz für die Betten der Bewohner/innen in der TPO bedeutet.

Auch eine Angehörige die hierzu befragt wurde, äußerte sich positiv zu der Raumgestaltung. Sie findet die Raumgröße, die Helligkeit und die Farben die für Wände und Möbel gewählt wurden *„sehr schön“*.

6.1 Lichtkonzept

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

Bei Vollbeleuchtung der Lampen erreicht der Arbeitsplatz vom Personal 1260 Lux. Der mittlere Bereich, die Tische lassen sich bis zu 1000 Lux Beleuchtungsstärke ausleuchten. Der Platz mit den beiden Schaukelsesseln zeigt eine Lichtstärke von 760 Lux. Werden die Lampen einzeln geschaltet in rot/blau, blau/gelb/weiß und in rot/grün werden andere Lichtstärken am Tisch erreicht: rot/blau 540 Lux, blau/gelb/weiß 960 Lux und rot/grün 990 Lux. Die digitale Lichtsteuerung mit der Nachempfindung des Lichtes zu den verschiedenen Tagesabschnitten soll den Erhalt des Tages- und Nachtrhythmus der Bewohner/innen unterstützen.

Die gemessene Tagesbeleuchtung lag in der Raummitte zwischen 450 und 760 Lux.



Abb. 37: Gemeinschaftsraum mit Lichtkacheln



Abb. 38: Die Lichzusammensetzung lässt sich per Hand farblich steuern

Zum Wohlfühlen gehört auch die angenehme Temperatur. In der Heizperiode bzw. im Übergang konnten Werte zwischen 22,4 und 23,0° C gemessen werden. Im Sommer sind auch höhere Temperaturen bei entsprechenden Außentemperaturen möglich. Das entspricht bezogen auf die Jahreszeit ebenfalls einem natürlichen Raumklima.

Die Luftfeuchtigkeit sollte zwischen 35% und 60% liegen (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2010). In der TPO bewegte sich die Luftfeuchtigkeit zwischen 35,5 und 75,0%. In der Übergangszeit lag die Luftfeuchte an der unteren Grenze und im Herbst bewegte sich der obere Wert über den angegebenen Wert von 60%.

Der Geräuschpegel beim Sprechen lag bei ca. 50 bis 55 dB. Lautere Geräuschpegel wurden lediglich kurz bei Musik erreicht oder bei der Anliefe-

rung des Essens. Insgesamt zeigte sich in der Tagespflegeoase ein geringer Hintergrundgeräuschpegel. Von den angrenzenden Pflegestationen waren nur selten und auch nur geringe Geräuschpegel zu vernehmen.

Zusammenfassung

Nach der Umgestaltung der Tagespflegeoase nimmt der Tisch einen wesentlichen Bezugspunkt ein, hier finden alle Alltagsaktivitäten der Bewohner/innen statt. Zu Beginn sehen noch 50% der befragten Pflegekräfte bauliche Mängel in der Größe des Gemeinschaftsbereiches. Nach einer Eingewöhnung von einem Jahr sind diese Kritikpunkte kaum noch vorhanden. Auch eine Angehörige empfindet insgesamt die Oase als gelungen und sehr schön. Über das digitale Lichtsystem werden auch in der dunklen Jahreszeit ausreichende Luxzahlen an den unterschiedlichen Plätzen erreicht. Die gemessenen Temperaturen bewegten sich in einem normalen Bereich, während die Luftfeuchtigkeit teilweise zu hoch lag.

7. Tagesstrukturierung¹ und Therapien in der Tagespflegeoase

Schwerstdemenzerkrankte besitzen nicht mehr die Fähigkeit, ihrem Tagesablauf eine sinnvolle Struktur zu geben. Sie sind auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen, die ihnen Beschäftigungen, Halt und Sicherheit bieten. Die Tagespflegeoase hat zum Ziel, den Bewohner/innen eine Lebenswelt zu bieten, die dem Bewältigungsvermögen der Schwerstdemenzerkrankten angepasst ist. Durch eine Struktur die aus Intervallen von Aktivität und Ruhe besteht, gelingt es dem Bewohner, seinen Alltag ohne Stress zu erleben.² Beachtet werden sollte nur bei allen Angeboten, dass die Konzentrationsfähigkeit bei den Betroffenen begrenzt ist. Wird dies nicht berücksichtigt, entstehen schnell Überforderungen und Stress. Dies kann zur Unruhe oder auch zum Rückzug führen. Durch stetige Angebote, die sich mit Pflege und Betreuung abwechseln und die sich inhaltlich ständig wiederholen, gelingt es dem Demenzerkrankten sich in seiner Umwelt zu orientieren, „denn das zusehends Vertraute bietet Sicherheit und Überschaubarkeit in seiner Welt“ (Lind 2000: 102). Auch Angebote an die Gruppe sollten immer zur gleichen Tageszeit und mit einem Anfangsritual beginnen. Da ein Teil der Bewohner/innen das Bedürfnis nach sozialen Kontakten hat, ist die Form der Gruppenangebote ein wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie und die Möglichkeit ein „Wir-Gefühl“ in der Gruppe zu erzeugen. Da der Demenzerkrankte über eine hohe Emotionalität verfügt, bieten sich Angebote an, die gefühlsbetonten oder aufheiternden Charakter haben.³ Als wichtig betont Lind den Tisch oder die gemeinsame Runde, durch den die Gruppe „erfahr- und spürbar“ (2000: 110) wird und jeder Einzelne sich als Teil der Gruppe fühlen kann.

Die regelmäßigen zwei- bis dreimonatigen Besuche der Tagespflegeoase durch die Forschungsbegleitung hatten zum Ziel, die Angebote an die Bewohner/innen zu beobachten und deren Wirkung auf die Bewohner/innen festzuhalten. Es sollten Beobachtungen zur Kommunikation und zum Verhalten der Bewohner/innen durchgeführt werden, wie auch Reaktionen auf den Einsatz von Therapien. Anhand der Aufzeichnungen werden einige der Beobachtungen dargestellt, die als Einzel- oder als Gruppenangebot in der Tagespflegeoase durchgeführt wurden.

¹ Ob eine Tagesstrukturierung für Demenzerkrankte sinnvoll ist, wird in der Fachwelt sehr unterschiedlich diskutiert. Siehe hierzu: Die Schwester Der Pfleger 44. Jhg. 12/05. S. 38-41

² Siehe hierzu: Sven Lind: Umgang mit Demenz 2000, Stuttgart

³ Siehe hierzu: <http://alzheimerforum.de/3/1/6/Andrea-Mosche/Milieuthherapie.pdf>. Zugriff 17.03.2014

Wie anhand der Beobachtungen festgestellt werden konnte, fand in der Tagespflegeoase eine Tagesstrukturierung statt, die aus Ruhezeiten, Essen und wiederkehrenden Aktivitäten bestand.

Unvorhergesehene Ereignisse waren Besuche von Gruppen, Angehörigen oder anderen Besuchern aus den anliegenden Stationen. Diese lösten häufig intensive Reaktionen und Wohlbefinden bei den Bewohner/innen aus, welche sich im Lachen oder im strahlenden Gesichtsausdruck zeigten. Individuelle Besuche können die Aufmerksamkeit des Bewohners bis zu 20 Minuten und länger binden.

Aktivitäten die wir in der Tagespflegeoase beobachten konnten, waren Therapien mit Klangschalen (als Einzeltherapie), Kuchen oder Plätzchen backen (Gruppenangebote), gemeinsame Unterhaltung über Handpuppen (Einzel- bis zum Gruppenangebot) oder Spielangebote, z.B. Mensch ärgere dich nicht (Gruppenangebot).

Gruppenbesuche von Klassen oder anderen Personen die die Tagesoase besichtigen wollten, konnten auch zu negativen Reaktionen bei den Bewohner/innen führen, wenn die Gruppe zu groß war und Unruhe erzeugte. Bei einem Besuch einer Klasse, zeigten sich starke Reaktionen bei den Bewohner/innen. Eine der Bewohnerin versuchte die Stimmlage einer Besucherin nachzubilden, was zwischen einem Singsang lag und einem immer stärker werdenden Lautieren. Woraufhin auch die anderen Bewohner/innen reagierten und unruhiger wurden. Nach dem Ende der Besichtigung beruhigte sich die Stimmung in der Gruppe nach einer gewissen Zeit wieder.



Abb. 39: Besichtigung der Tagespflegeoase

Die Vormittage und auch die Kaffeezeiten in der Tagespflegeoase finden häufig um den Tisch herum statt, wie z.B. das Frühstück. Ein Teil der Bewohner/innen sitzt um den Tisch, während andere noch in den Betten liegen und schlafen. Im Laufe des Vormittags werden dann auch die anderen Bewohner/innen in ihren Betten nach vorne gebracht, oder in den Pflegerollstuhl umgelagert, wenn sie es möchten. Die Stimmung ist in dieser Situation häufig sehr friedlich und ein wenig schläfrig. Wenn keinerlei Aktivität stattfinden, wird die Ruhe nur durch leichte Schlafgeräusche durchbrochen. Eine der Bewohnerin versucht manchmal die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, indem sie nach dem Personal ruft und klagt. „Schwester mir tun die Beine weh.“ Sobald sich das Personal ihr zuwendet ist sie zufrieden. Kehrt das Personal ihr den Rücken wird sie wieder unzufrieden.



Abb. 40: Müdigkeit nach dem Frühstück

Stärkere Ausdrucksformen in der Gestik, Mimik, Atmung und Körpersprache kann man bei den Bewohner/innen bei dem Einsatz von Klangschalen, beim Plätzchen backen oder bei dem Einsatz der Handpuppen beobachten.

7.1 Klangschalentherapien

Der Einsatz von Klangschalen durch die Therapeutin findet zweimal die Woche statt und in der Tagespflegeoase auch nur bei einigen der Bewohner/innen, da nicht alle der Bewohner/innen hierauf positiv reagieren. Die Therapie mit Klangschalen kann sehr unterschiedlich auf die einzelnen Bewohner/innen wirken. Durch den Einsatz von Klangschalen soll eine

ausgleichende Wirkung auf das vegetative Nervensystem erreicht werden. Im Vordergrund steht die Entspannung.

Der Einsatz von Klangschalen durch die Musiktherapeutin fand an diesem Tag bei zwei der Bewohner/innen statt, die überwiegend bettlägerig sind, wenig emotionale Regungen im Alltag zeigen und auch schwer angesprochen werden können. Für diese Personen kann die Klangmassage ein wunderbares Ausdrucks- und Kommunikationsmittel sein. Der Einsatz von Klangschalen wird hier als Brücke der Kommunikation eingesetzt.

Begonnen wird beim Einsatz der Klangschalen mit einer Initialberührung an der Schulter des Bewohners und einer leisen Begrüßung. Die Therapeutin sucht den Augenkontakt und spricht ruhig mit der Bewohnerin. Ihre verschiedenen Klangschalen in unterschiedlicher Größe werden neben dem Körper angeordnet und eine der Klangschalen leicht angeschlagen. Die Bewohnerin zeigt schon zu Beginn eine veränderte Atmung. Ihre Augen zucken leicht. Beim Anschlagen der größeren Klangschalen wird die Atmung intensiv bis heftig. Nach dem Ausklingen des Klangs ist die Atmung ruhiger und tiefer. Ein erneutes Anschlagen der Schalen verändert wieder die Atmung und lässt sie heftiger werden. Nach Beendigung der Klangschalenthherapie wirkt die Bewohnerin entspannt, ihre Muskeln sind gelöst, die Atmung ist ruhig und gleichmäßig und ihre Augen sind geschlossen.

Nach dem Ende der Klangtherapie bleibt die Therapeutin noch kurz in Körperkontakt, durch Streicheln der Arme und der Hände der Bewohnerin.

Bei einer anderen Bewohnerin erfolgte die Reaktion, durch den Einsatz der Klangschalen sehr schnell. Ihre Atmung verändert sich, sie wird intensiver, leichtes Mundzucken, Körperentspannung tritt ein. Die Bewohnerin konzentriert sich sehr auf den feinen Klang der Schalen. Ihre Mundbewegungen werden stärker und ihre Atmung wird tiefer und gleichmäßiger. Nach Beendigung der Therapie wirkt sie sehr entspannt und das Gesicht ist sehr ausgeglichen.

Bei beiden Bewohner/innen lösten die sanften Schwingungen der Klangschalen und die Berührungen durch die Therapeutin ein Wohlgefühl und eine Entspannung aus.

7.2 Plätzchen backen

Eine gemeinsame Tagesgestaltung, für die Bewohner/innen in der Oase durchzuführen, ist nicht ganz leicht. Aufgrund verschiedener Erfahrungen in

der Vergangenheit, unterschiedlicher Verhaltensweisen und Fähigkeiten müssen Tätigkeiten gefunden werden, die mehrere Bewohner/innen ansprechen. Das gemeinsame Backen, spricht bei den Bewohnern unterschiedliche Fähigkeiten an, jeder kann mitmachen, aktiv oder passiv. Einigen der weiblichen Bewohner fallen bei Nachfrage die Zutaten ein, die für einen Teig gebraucht werden: „*Eier, Butter, Mehl...*“ Andere die nicht mehr diese Fähigkeiten haben, können die Plätzchen mit einer Glasur bestreichen und mit buntem Zuckerwerk bestreuen, oder auch nur den Duft der Plätzchen genießen, wenn sie gebacken werden.



Abb. 41: Plätzchen backen



Abb. 42: Plätzchen mit einer Glasur bestreichen

Das Backen von Kuchen und Plätzchen wird häufiger in der Tagespflegeoase durchgeführt, da hier alle in irgendeiner Form in das Geschehen eingebunden sind, ob passiv oder aktiv. Das Backen knüpft auch an das Langzeitgedächtnis der Bewohner/innen an. Sich zu erinnern, welche Zuta-

ten ein Teig benötigt aber auch die handwerklichen Fähigkeiten, die Plätzchen zu bestreichen und zu dekorieren, sind gefragt. Durch das gemeinsame Backen, kann eine Vertrautheit in der Gruppe geschehen, da man zusammen etwas herstellt, das man hinterher zum Kaffee mit allen Bewohner/innen auch genießen kann.

7.3 Handpuppen

Manche Stimmungen entstehen auch ganz spontan aus der Situation heraus. Es beginnt im Gespräch mit einer Mitarbeiterin und einer Bewohnerin, im Laufe der Situation wird eine andere Bewohnerin (noch sprachfähig) aus einer anderen Etage, die mit am Tisch sitzt, in das Geschehen hineingezogen. Die Mitarbeiterin reicht der Bewohnerin die Handpuppe Fritzi. Die Bewohnerin freut sich und nimmt die Puppe in den Arm. Die Tischnachbarin fragt „Ist das Struwwelpeter?“. Mitarbeiterin „nein, das ist Fritzi und wer bist du?“ Tischnachbarin „ich heiße Frau X¹ und wer bist du?“ „Fritzi“. Frau X „nein du bist Struwwelpeter“, wo kommst du denn her, wer bist du?“ Frau X unterhält sich auf diese Art eine ganze Weile mit der Handpuppe Fritzi.



Abb. 43: Bewohnerin mit Handpuppe Fritzi

Handpuppe Fritzi zu Frau X „*ich bin heute brav weil ich dich heute kennen gelernt habe und Du bist sehr l i e b*“. Frau X lacht und freut sich. Die Mitarbeiterin gibt Frau X die zweite Handpuppe Maxi in den Arm. Maxi zu Frau X „*ich setz mich jetzt wieder in den Sessel.*“ Maxi gibt Frau X einen Kuss auf

¹ Die Bewohnerin bezeichnen wir einfachhalber mit Frau X.

die Wange. Frau X freut sich, lacht kurz auf, fast jungmädchenhaft. „*Tschüs Maxi, sei schön brav.*“

Über die Handpuppen kann die Kommunikation der Bewohner/innen oder zwischen den Bewohnern gefördert und deren Lebensqualität verbessert werden. Vorhandene Ressourcen lassen sich durch die Handpuppen wecken. Die Handpuppen ermöglichen aufgrund ihres fröhlichen Aussehens einen guten emotionalen Zugang zu dem Demenzerkrankten, sie lassen sich auch hervorragend bei Aggressionsbewältigungen einsetzen.

7.4 Spielangebote und Gedächtnistraining

Spiele können mehrere Sinne ansprechen, motorische, wie auch geistige Fähigkeiten. Spielen kann auch Freude bereiten, weil es Fröhlichkeiten auslöst und Erfolgserlebnisse ermöglicht. Spiele bringen die Bewohner/innen zusammen. Das gemeinsame Tun wirkt integrierend. Auch Menschen die keine Sprache mehr haben können, sich am Spiel beteiligen und Gemeinschaft erfahren. Das Gefühl in der Spielgruppe aufgehoben zu sein, ist der wichtigste Effekt des Spielens bei Demenzerkrankten.¹



Abb. 44: Mensch ärgere dich nicht

Einige der Bewohner/innen der TPO sitzen um den Tisch herum, andere schlafen noch in ihren Zimmern. Am Tisch sitzen auch zwei Gäste aus dem Nachbarwohnbereich. Die Mitarbeiterin packt ein ‚Mensch ärgere dich nicht‘- Spiel auf den Tisch. Eine Bewohnerin, die Mitarbeiterin und die

¹ Siehe hierzu Petra Fiedler (2007): Belebende Wirkung. In: Altenpflege spezial, Heft 2, S. 9-11

Handpuppe Fritzli wählen ihre Farben zum Spiel aus. Hierbei stellt sich heraus, dass die Bewohnerin noch einige der Farben unterscheiden kann.

Der Gast aus dem benachbarten Wohnbereich möchte nicht mitspielen „*Ich habe jetzt keine Lust, nachmittags vielleicht.*“ Das Spiel beginnt, die Bewohnerin kann noch die Augen auf dem großen Würfel zählen und auch die Versetzung der Spielpuppen auf dem Brett. Der Gast beobachtet das Spiel intensiv. Die Stimmung ist entspannt und ruhig. Das Spiel läuft einige Zeit, bis die Bewohnerin äußert, dass sie keine Lust mehr hat.

Eine weitere Pflegerin betritt den Raum und unterhält sich mit der Mitarbeiterin über die Wochentage. Spontan entsteht eine Form des Gedächtnistrainings. Die Bewohnerin und die zwei Gäste versuchen die Wochentage aufzusagen. Nun beginnt ein Zählwettbewerb in verschiedenen Sprachen. Eine der Gäste zählt 1-5 auf Serbisch, die Mitarbeiterin auf Tschechisch und der Gast auf bayerisch.

Eine von den Gästen am Tisch erzählt nun über ihre Reisen, wie z.B. nach Berlin. Sie ist sehr orientiert, kennt Plätze, Namen, teilweise besondere Bauten. Die Mitarbeiterin holt ein Buch mit Bildern von Städten heran. Die zwei Gäste und die Bewohnerin schauen sich die Bilder an und freuen sich wenn sie etwas erkennen und die Namen noch wissen. Die Beschäftigung mit dem Spiel, dem spontanen Gedächtnistraining hat über eine Stunde eingenommen.

Bei dem gemeinsamen Spiel und dem Gedächtnistraining wurden die Ressourcen der Bewohner/innen abgerufen. Es entstand ein Gemeinschaftsgefühl zwischen den Bewohnern. Das Gedächtnistraining hat Freude ausgelöst da Erfolgserlebnisse vorhanden waren, die Bewohner/innen haben Namen, Plätze und Zahlen erinnert. Die Atmosphäre war entspannt ohne dass Druck erfolgte, die Bewohner/innen haben Wertschätzung und Anerkennung erfahren.

Angebote die den Bewohner/innen im Alltag unterbreitet werden können, kann auch ein Haustier sein, wie z.B. im Altenzentrum Abundus die Katze, die manchmal die Tagespflegeoase aufsucht. Einige der Bewohner/innen reagieren sehr positiv auf die Katze, freuen sich, lachen und streicheln das Tier. Andere reagieren verhalten bis ablehnend.

Auch der Einsatz von Düften, wie z.B. ätherische Öle kann die Stimmung der Bewohner/innen positiv beeinflussen, wie z.B. Zitrus- oder Lavendelöl. Aber auch der Duft von gebratenen Zwiebeln kann Erinnerungen wecken.

Zusammenfassung

Therapien und Beschäftigungsangebote ermöglichen einen Zugang zu dem Demenzerkrankten, sie sprechen vorhandene Ressourcen an und fördern diese und erreichen bei den Bewohner/innen ein Wohlbefinden.

Pflegeoasen, wie auch Tagespflegeoasen „bilden soziale Gemeinschaften neuen Typs. Ihnen kommen die Milieustrukturen zugute, in dem ein zentraler Bezugspunkt, der die soziale Mitte darstellt, von Allen als solcher wahrgenommen wird...“ (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2010: 63). Bei jedem Bewohner müssen die persönlichen Ressourcen berücksichtigt werden, da nicht alle Angebote die unterbreitet werden, jeden der Bewohner anspricht. So eignet sich die Klangschalenthherapie eher für einzelne Bewohner/innen, während mit Backen alle angesprochen werden, sei es auch nur über den Duft der Plätzchen. Die friedliche, teilweise fröhliche Stimmung im Raum spricht Alle an. Selten konnten die Begleitforschungen negative Stimmungen festhalten. Auch Bewohner/innen, die an manchen gemeinsamen Beschäftigungen nicht teilnehmen konnten und auch mehr in ihren Betten schliefen, zeigten in dieser Zeit keine negativen Emotionen.

8. Diskussion

In diesem Kapitel sollen unsere Hypothese und Fragen anhand der Ergebnisse der Begleitstudie der Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus mit Befunden aus anderen Forschungsprojekten¹ zu Pflegeoasen verglichen und diskutiert werden. Aus den Begleitstudien des ISGOS werden folgende Pflegeoasenprojekte einbezogen: „Pflegeoase auf Dauer in Tostedt, Cuxhaven (beide Nds.), Witzenhausen (He), Garching a.d.Alz (Bay) und Vlotho (NRW), Hiddenhausen (NRW) mit einer Kontrollgruppe“ (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013: 35). Tagespflegeoasen wurden in Münster (NRW) und in Magdeburg (SA) begleitet.

Gesundheitlicher Zustand der Bewohner/innen

Die Ergebnisse des gesundheitlichen Zustandes der Bewohner/innen in der Tagespflegeoase belegen, dass jene in ihren körperlichen und kognitiven Fähigkeiten stark eingeschränkt sind. Ihre Demenzeinstufung liegt nach Reisberg zwischen „mittelschwer“ bis „schwerste Demenz“, mit Trend zu schwerer Demenz (Stufe 6). Hierin unterscheiden sie sich von den begleiteten Festoasen des ISGOS, in der alle Bewohner/innen eine Demenzeinstufung von schwerster Demenz (Stufe 7) aufwiesen. Die Tagespflegeoasen hingegen, liegen in ihrer Einstufung des Demenzgrades wie in Fürstenzell.

Die Mobilität der Bewohner/innen von Pflegeoasen ist nur noch ansatzweise vorhanden. Alle einbezogenen Personen sind auf die Unterstützung des Pflegepersonals angewiesen, dies zeigt sich auch in anderen Studien wie z.B. bei Brandenburg et.al (2011), Rutenkröger et.al. (2012) und auch in den von ISGOS evaluierten Pflegeoasenvarianten. Gleiches gilt für die verbale Sprechfähigkeit, die jedoch in Tagespflegeoasen, so auch in Fürstenzell, noch bei einigen Bewohner/innen in Ansätzen vorhanden war.

Die Äußerung von Schmerzen hatte sich im Zeitverlauf leicht erhöht und erreichten den Bereich „wahrscheinlicher Schmerzen“. Auch in der Eisling-Studie² nahmen mit jeder Messung die Schmerzen zu und lagen im Bereich wahrscheinlicher Schmerzen (Eisling-Studie). In den weiteren genannten

¹ Hier sind es vor allem die Studien von Rutenkröger/Berner/Kuhn (2012): „Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum“. Den Abschlussbericht: Brandenburg/Adam-Paffrath/ Brühl/Burbaum (2011): Pflegeoasen (K)Ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz und die Studie von Schuhmacher et.al (2011) die von der EH Freiburg durchgeführt wurde in Adenau.

² Rutenkröger/Berner/Kuhn (2012): „Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum“

Studien war dagegen ein abnehmendes Schmerzverhalten beobachtet worden.

Die Eingabe von Psychopharmaka bewegt sich in der Tagespflegeoase in Fürstenzell zu Beginn bei etwa 57% und verändert sich auf ca. 43%, in der Gesamtstudie liegt die Eingabe etwas geringer, bei 40%. Bei allen begleiteten Oasen verringert sich im Zeitverlauf die Eingabe von Psychopharmaka. Die Einnahme von Analgetika nimmt in Fürstenzell zu, was auch mit der leichten Verschlechterung des Schmerzverhaltens in der TPO zusammenhängen kann.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Form von Fixierungen oder freiheits-einschränkende Maßnahmen sind in Fürstenzell nicht aufgetreten, Ausnahme bildet das Bettgitter, das sich im Zeitverlauf reduziert und in der Tagespflegeoase nur noch bei einer Bewohnerin angewandt wurde. Der Einsatz von Sondenernährung kommt bei jedem dritten Bewohner zum Einsatz und entspricht etwa dem Durchschnitt der von ISGOS begleiteten Pflegeoasen.

Hat die Konzeption der Tagespflegeoase das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohner/innen steigern können?

Die Lebensqualität der Bewohner/innen wurde mit verschiedenen Assessments evaluiert. Die Messung mit der Qualid-Skala erbrachte einen Unterschied zwischen der Tagespflegeoase und der Kontrollgruppe in Fürstenzell.

Während die Tagespflegeoase zu Beginn eine geringere Ausprägung der Lebensqualität in der Bewertung als die Kontrollgruppe zeigte, verbesserte sich der Wert im Zeitverlauf von T1 zu T3 von 27-24 Punkte (je niedriger die Punktwerte um so höher die bewertete Lebensqualität), während sich die KG von 25-26 Punkte leicht verschlechterte. Ein Vergleich mit anderen Untersuchungen belegt ähnliche Werte in der Lebensqualitätsmessung. Rutenkröger und Kuhn (2010) ermittelten in ihrer Luxemburgstudie Werte von 25 bis 26 Punkten und in der Vergleichsgruppe 30-32 Punkte. Brandenburg et. al (2011) kommen in ihrer Untersuchung auf Werte von 25,6 in der Oase und auf 26,6 Punkte in der Vergleichsgruppe. In der Garchingstudie konnten ähnlich positive Veränderungen der Lebensqualität gemessen werden wie in Fürstenzell. Hier verbesserten sich die Werte der Lebensqualität in der Oase von 28 auf 20 Punkte aber auch in der KG von 32 auf 27 Punkte. In der Eisling-Studie (2012) wurde von vornherein eine bessere Lebensqualität in der Kontrollgruppe gemessen, die auch bei allen

Messungen (20,5 Punkte) gleich blieb. Die Oase konnte dagegen ihren Ausgangswert (24,5 Punkte) nur gering verbessern (23,0 Punkte).

Es zeigen sich in den Werten der Lebensqualität Unterschiede zwischen den Oasen und der Kontrollgruppe, die aber nur in zwei Studien stärker ausgeprägt sind.¹ In diesem Zusammenhang verweist Brandenburg et. al. (2011) zu Recht auf die unterschiedlichen Einsätze der Qualid. Während in den Studien von Brandenburg und Rutenkrüger/Kuhn (2010/ 2012) sich der Einsatz der Qualid auf einen Tag in allen drei Schichten bezog, wurden die Beobachtungen in Garching- und in der Fürstenzell-Studie mit der Qualid auf eine Woche bezogen.

Zur genaueren Prüfung der Lebensqualität der Bewohner/innen in der Tagespflegeoase wurden weitere Instrumente berücksichtigt, wie z.B. die AARS die 14 Tage lang in allen drei Schichten eingesetzt wurde. Die Emotionen die über die AARS (Apparent Rating Scale) festgehalten werden, dienen als Indikator für Wohlbefinden und somit als Bestandteil für Lebensqualität. Sie sind ein Ausdruck für die Annahme der Lebenswelt durch den Bewohner.

Im Ergebnis zeigen sich bei der TPO und der KG in der längeren Betrachtung starke Annäherungen. So sind in beiden Gruppen die ‚Freude‘ wie auch die ‚allgemeine Aufgeschlossenheit‘ stark ausgeprägt, während ‚Freude‘ bei den Bewohner/innen der TPO häufiger auftritt, zeigt sich in der KG stärker die ‚allgemeine Aufgeschlossenheit‘. Ausprägungen wie ‚Ärger/Zorn‘, ‚Angst‘ und ‚Traurigkeit‘ sind in den längeren Betrachtungszeiträumen kaum vertreten.

Bei kürzeren Betrachtungen von 10 Minuten zeigt sich zwar eine starke Zunahme für den Verlauf von ‚Freude‘, wobei diese aber stärker in der KG zunimmt als in der TPO. Die Emotion ‚Ärger‘ tritt in den kürzeren Betrachtungszeiträumen verstärkt in der Tagespflegeoase in Fürstenzell auf.

In der Freiburger Forschungsgruppe konnte bei den Bewohnern der Pflegeoase eine höhere Lebensqualität gemessen werden als in der Kontrollgruppe. Es fanden häufiger Aktivitäten, mehr Freude, mehr positive Kontakte und mehr Alltagserlebnisse statt.²

Die häufigere Kontaktaufnahme der Bewohner/innen war auch in der TPO in Fürstenzell belegbar, sie hat sich innerhalb von 3 Monaten deutlich ge-

¹ So lassen sich in der Garching-Studie Verbesserungen in der Pflegeoase, wie auch für die Kontrollgruppe aufzeigen, auch in der Fürstenberg-Studie kann sich die Tagespflegeoase gegenüber der Kontrollgruppe um 3 Punkte verbessern.

² Schuhmacher (2010): Lebensqualität und Würde von Menschen mit schwerer Demenz. Vortrag in Vallendar am 29.01.2010

steigert, während es bei den Teilnehmer/innen der KG einen negativen Verlauf gab. Mit der häufigeren Kontaktaufnahme geht ein wachsendes Interesse an der Umgebung einher. Die ISGOS - Gesamtstudien belegen diesen Trend. In den Tagespflegeoasen traten die positiven Emotionen, wie ‚Freude‘ und ‚allgemeine Aufgeschlossenheit‘ häufiger auf und blieben im weiteren Verlauf auf dem erreichten Niveau erhalten. Belastende Werte, wie ‚Ärger‘, ‚Angst‘, ‚Traurigkeit‘ nehmen bei den Pflegeoasensbewohner/innen im Untersuchungsverlauf ab, während sie bei den Kontrollgruppenbewohner/innen zunehmen.¹

Auffällig sind bei allen Studien, in denen die AARS eingesetzt wurde, die durchgängig niedrigen Werte negativer Emotionen für die Oasensbewohner/innen, die auch im Zeitverlauf noch abnehmen. Hier scheint der Einfluss der kleinräumigen Gemeinschaften zu wirken.

Verhaltensauffälligkeiten und psychopathologische Symptome wurden mit dem Neuropsychiatrischen Inventar (NPI) erfasst. Verhaltensstörungen oder generell abweichendes Verhalten kann erheblich die eigene Lebensqualität oder die der Mitbewohner/innen negativ beeinflussen. In Fürstentzell veränderten sich im Untersuchungszeitraum die Verhalten der TPO - Nutzer positiv. Die Werte als Gesamtsumme zusammengefasst halbierten sich annähernd (T1: 6,29 und T3: 3,71) und Ausprägungen in der schwersten Form traten nicht mehr auf.

In der KG steigerten sich im Verlauf die Symptome (T1: 2,67 und T3: 4,67), Werte wie Apathie nehmen sogar stark zu. Auch die Eislingen-Studie berichtet zu Beginn in der Oase von mehr Symptomen (T1 3,17), die zu T3 (1,83) abnehmen, wobei die Anzahl der Symptome in der KG zunehmen. Dieser Trend lässt sich in anderen Pflegeoasen nicht beobachten, so nehmen die psychischen Auffälligkeiten in der ISGOS - Gesamtstudie in den Pflegeoasen, wie auch den Kontrollgruppen stetig ab. In den Tagespflegeoasen ergeben sich Schwankungen. Während bei den Oasen im Verlauf signifikante Verbesserungen auftreten.

Lebenszufriedenheiten der Bewohner/innen drücken sich auch in Stimmungen aus. Stimmungen werden von Gefühlen, Emotionen und Affekten getragen und nehmen eine wesentliche Rolle ein, sich anderen Personen zuzuwenden. So lässt sich für die TPO eine Verbesserung in der Stimmung feststellen, wie auch für die KG, wobei der Wert (nach NOSGER) für die TPO etwas besser ausfiel als für die KG. Bisher zeigten sich für fast alle vom ISGOS untersuchten Pflegeoasen im Zeitverlauf eine Verbesserung

¹ Siehe hierzu: Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2013, S. 49-50)

der Stimmung. Für die Stimmung in der KG und den Tagespflegeoasen lassen sich keine eindeutig positiven Veränderungen feststellen.

Die verschiedenen Einsätze der Befragungsinstrumente belegen für die Tagespflegeoase in Fürstenzell eine Steigerung der Lebensqualität. Längere Beobachtungen zeigen eine Annäherungen zwischen TPO und KG in den positiven Emotionen. Negative Emotionen, die das Wohlbefinden beeinflussen können treten dagegen kaum noch auf und Freude und Aufgeschlossenheiten werden häufiger beobachtet. Bewohner/innen zeigen sich gegenüber ihrer Umwelt aufgeschlossener und nehmen mehr Kontakte auf, dies zeigt sich in der verbesserten Stimmung in der TPO, die auch in anderen Oasen belegt wird. Stimmungen und Zufriedenheiten lassen sich verstärkt bei Alltagsbeschäftigungen aufzeigen, hier konnte die Begleitforschung häufig positive Stimmungen, wie Lachen, zufriedene ausgeglichene Gesichtszüge, entspannte Atmung und gegenseitige Wertschätzungen beobachten.

Zufrieden mit der Tagespflegeoase in Fürstenzell zeigt sich auch eine Angehörige¹. Sie betont die Freundlichkeit des Personals, die gute Betreuung und die Informationen durch das Haus. Sie würde die Tagespflegeoase auf jeden Fall weiter empfehlen. Auch bei dem Personal in Fürstenzell zeigt sich eine hohe Identifizierung mit dem Konzept der Tagespflegeoase. Sie erwarten eine gute Arbeit zu leisten und wollen den Bewohner/innen Geborgenheit vermitteln und für sich selbst eine Zufriedenheit in der Arbeit erlangen. Vorbehalte werden in Fürstenzell kaum geäußert. Dies klang in der Gesamtstudie (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013) noch anders, hier gab jede dritte befragte Pflegekraft Ängste und Vorbehalte an. Positiv gesehen wird der Einsatz fachlicher Kompetenz und Verantwortung, und dass die Arbeit selbstständiger gestaltet werden kann. Diese Befunde decken sich mit der Studie von Brandenburg et.al. und der Eislingen-Studie. Bei dem Personal entsteht im Laufe der Zeit ein anderes Verständnis von ihrer Arbeit, sie sehen ihre Arbeit strukturierter und individueller auf die Bewohner/innen bezogen.

¹ In der Zeit in der die Tagespflegeoase begleitet wurde, konnte nur mit einer Angehörigen gesprochen werden, aus diesem Grund ist dies auch nicht als eigenständiger Punkt aufgenommen worden und fließt nur in die Diskussion mit ein.

Sind das Milieu, sowie besondere Therapien, wie auch Umweltgegebenheiten als fördernde oder hemmende Faktoren zu ermitteln?

Die Umsetzung der Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus stützt sich wesentlich auf das Konzept der Milieutherapie. Schwerstdemenzerkrankte sollen sinnlich angesprochen werden, mit räumlich-gestalterischen Mitteln und Beschäftigungen mit sinnesstimulierenden Anreizen werden die Tagespflegebesucher angeregt. Personal und Besucher bilden den kontinuierlichen sozialen Hintergrund. Zusammen mit einer begrenzten Zahl von Mitbewohnern sollen die sozialen Fähigkeiten erhalten und soziale persönliche Netzwerke geschaffen werden. Hierauf werden Umwelt und Strukturen angepasst.

Nach der Umgestaltung des vorhandenen Gemeinschaftsbereiches in eine Tagespflegeoase ist im Seniorenzentrum Abundus ein neues Zentrum entstanden, das von den Bewohner/innen des Hauses gut angenommen wird.

Die Wege zur Mobilisierung der Bewohner/innen sind kurz und durch den angegliederten Arbeitsplatz ist das Personal auch immer verfügbar und hat die Bewohner/innen im Blick. Durch die offen gehaltenen Zimmer können die Bewohner/innen jederzeit am Geschehen akustisch teilnehmen. Die großen Fenster und die Lichtanlage bieten den Bewohner/innen genügend Helligkeit, so dass auch bei verschlechterter Sehfähigkeit genügend Licht vorhanden ist. Die gemeinsam genutzte Fläche um den Tisch ist ausreichend dimensioniert für die Größe der Gruppe. So stehen pro Bewohner/in 6,1 qm zur Verfügung incl. Personalbereich. An manchen Tagen, wenn auch die Betten nach vorne geschoben werden und Bewohner/innen aus den Nachbaretagen sich hier niederlassen, wird der Platz etwas knapp.

Die farbliche Gestaltung in den Oasen soll Emotionen anregen und unterstützen und Sicherheit geben und durch Farbunterschiede sollen Kontraste vermittelt werden. Die Farbgestaltung in Fürstenzell, an Wänden und Decken ist durch den hellen Fliederton sehr blass und zurückhaltend, mit geringen Kontrasten. Das Mobiliar ist jedoch farblich gut abgestimmt und bietet mit den roten Schaukelsesseln einladende Plätze zum Verweilen und Schlafen, welche auch immer genutzt werden.

Verschiedene Studien¹ weisen auf den Zusammenhang von Wohlbefinden und Licht hin. So stellt eine Studie aus den Niederlanden² fest, dass durch

¹ Siehe hierzu Reggentin/Dettbarn-Reggentin (2013)

den Einsatz von stärkerem Licht bis 1.000 Lux im Aufenthaltsbereich sich die kognitiven und nichtkognitiven Symptome der Demenz gering verbessern und Verhaltensstörungen abnehmen. In der Tagespflegeoase in Fürstentzell ist durch das digitale Lichtsystem ausreichend Licht bis zu 1.200 Lux vorhanden. Durch die digitale Steuerung durch den Tag soll der Erhalt des Tages- und Nachtrythmus der Bewohner/innen erhalten bleiben. Es gibt Hinweise in der Befragung, dass sich die Schlafstörungen bei der TPO im Zeitverlauf verändert haben. Traten zu Beginn bei 57% der Bewohner/innen noch Schlafstörungen auf, sind diese zu T3 nicht mehr vorhanden. In der Kontrollgruppe die über keine digitale Lichtzufuhr verfügen, verringern sich die Schlafstörungen bis zu T3 ebenfalls. Die Eislinger-Studie belegt geringe Unterschiede in der Schlafdauer und den Schlafperioden bei den Oasen- und den Kontrollgruppenbewohnern. Die bisherigen Ergebnisse lassen jedoch noch keinen eindeutigen Schluss zu, ob durch genügend Lichtzufuhr das Wohlbefinden von Demenzerkrankten gesteigert werden kann.

Eindeutigere Hinweise auf das Wohlbefinden der Bewohner/innen in der Tagespflegeoase zeigen Angebote wie der Einsatz von Therapien oder auch nur Alltagbeschäftigungen wie das Plätzchen backen in der Gemeinschaft. Hier finden sich entspannte zufriedene Gesichter, häufiges Lachen und vermehrte Sprache. Negative Stimmungen konnten in diesem Zusammenhang nicht beobachtet werden. Mit dem Einsatz der AARS ließen sich die positiven Stimmungen in der TPO belegen, dies zeigt auch die Untersuchung von Schuhmacher. Auch die Eislingen-Studie (2012) berichtet von entspannten und ruhigen Bewohner/innen nach Kontakten.

Wohlbefinden wird durch vielfältige sensorische Angebote erzeugt, wie Hand- und Gesichtsmassagen, Singen oder andere Aktivitäten. Von Vorteil haben sich in der Garchingstudie (2010) Therapien gezeigt, die regelmäßig in Oasen eingesetzt werden. Vor allem der Einsatz von Musik- und Ergotherapie ließ vielfältige Regungen erzeugen.

Der regelmäßige wöchentliche Einsatz der Musiktherapie zeigte Zeichen von Entspannung bei nahezu allen Bewohner/innen. Auftretende Unruhe wie etwa das heftige Bewegen der Beine lockerte sich, die Bewohner wurden ruhiger, die Atmung gleichmäßiger. „Das Medium der Musik erreicht alle Bewohner/innen, allerdings auf sehr individuelle Art. Jede erfährt eine andere Ansprache. Einige reagieren auf die Musik die sie mögen mit viel Emotionalität, vielleicht durch Erinnerungen angeregt, andere sind sehr lebhaft und nehmen gerne an der Musik teil. Sie nutzen musikalische An-

² van der Leek et. al. 2008

reize zur Kommunikation, wollen oft bei der Musik artikulieren, lachen auch dabei. Für diesen Personenkreis bietet die Oase Gelegenheit, miteinander in Kontakt zu kommen“ (Dettbarn-Reggentin/ Reggentin 2010: 61).

Verhaltensauffälligkeiten haben sich in der TPO verringert, wie schon im vorgenannten Punkt beschrieben und kommen in schweren Ausprägungen nicht mehr vor.

Der Einsatz von Ergo- und Musiktherapie könnte in der Tagespflegeoase in Fürstenzell noch ausgebaut werden, vor allem der Einsatz von Ergotherapie. Auffällig zeigt sich in der Zeitreihe der AARS wie die positiven Stimmungen der Bewohner/innen zum Wochenende hin abnehmen. Was wir einerseits auf die geringere Personalbesetzung (weniger Betreuungskräfte) zurückführen, dadurch weniger Angebote, oder auch dass Beobachtungen durch das Personal weniger registriert wurden. Diese Veränderungen sollten in Zukunft bei neuen Forschungen weiter beobachtet werden.

Durch die „soziale Mitte“ der Tagespflegeoase hat sich das subjektive Erleben der Bewohner/innen verändert, sie erleben mehr positive Stimmungen. Zu fragen bleibt aber wie sich das soziale Miteinander durch die Möglichkeit der Begegnungen verändert hat? Mit der NOSGER wurde das „Soziale Verhalten“ gemessen und damit auch beobachtet, ob der Bewohner, die Bewohnerin ihre Umgebung wahrnimmt und wie sie sich ihr gegenüber verhalten. In der TPO zeigt sich im Zeitverlauf eine positive Veränderung des „Sozialen Verhaltens“ bei den Bewohner/innen. Bei der KG verändert sich das „Soziale Verhalten“ entgegengesetzt von einem niedrigen Ausgangswert entwickelt sich das Verhalten zu T3 negativ. Dieser Trend wurde auch in der Gesamtstudie (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2013) beobachtet, wobei hier das Soziale Verhalten etwas besser ausgeprägt war.

Das entscheidendste Element in der Milieuthherapie ist die soziale Umgebung des Demenzkranken, darum ist es wichtig, dass alle die in der Tagespflegeoase arbeiten, ihre Handlungen aufeinander abstimmen. Vor allem das gemeinsame Konzept nach dem alle vorgehen können, ist wichtig. Als wesentlich in der Milieuthherapie wird das Bezugspersonensystem gesehen, welches nur durch die Konstanz der Mitarbeiter/innen gewährleistet wird. Diese Konstanz war zeitweise durch Personalwechsel in der Tagespflegeoase gefährdet und wurde auch kritisch vom befragten Pflegepersonal angemerkt. Ebenso der Hinweis, dass durch den vorgegebenen engen Personalschlüssel Ziele der Tagespflegeoase gefährdet werden könnten.

Dies belegt auch eine Studie von Dettbarn-Reggentin (2005)¹. Durch den ständigen Wechsel von Personal und durch Besuche von interessierten Gruppen zeigten sich bei den demenziell erkrankten Bewohner/innen verstärkt Verhaltensauffälligkeiten, was wiederum zur stärkeren Belastung beim Pflegepersonal führte und zur Unzufriedenheit bei den Angehörigen. Auch Lind (2000) weist in seinen Ausführungen auf die Veränderung der Bewohner hin, der durch den Wechsel von Personal verursacht wird.

Der Wechsel des Personals in der Tagespflegeoase hat zwar dazu geführt, dass nach über einem Jahr Bestand die Zufriedenheit des Personals mit der Arbeit sehr hoch ist (78%) und auch die Eigenständigkeiten sehr hoch eingeschätzt werden. Die Arbeit ist biographieorientierter und strukturierter geworden und erfordert auch mehr Phantasie von den einzelnen Mitarbeitern. Schuhmacher (2011) betont ebenfalls die Zufriedenheit und Erfolge beim Personal wenn sie Freude und Wohlbefinden bei den Bewohnern auslösen.

Lässt sich das persönliche soziale Netzwerk der Bewohner/innen in der Tagespflegeoase erweitern?

Im Alter verringern sich häufig soziale Bezüge zu anderen Personen. Gründe liegen in der eingeschränkten Mobilität, oder in der Veränderung der Kontakte durch Versterben von Personen, die einem nahe standen. Durch den Eintritt in ein Pflegeheim verkleinert sich die soziale Umwelt noch stärker, nun findet das Kontaktleben überwiegend im Einzel- oder Gemeinschaftsbereich statt. Die Kontakte reduzieren sich auf Besuche von Angehörigen oder Begegnungen mit Mitbewohner/innen und dem Pflegepersonal und anderen Mitarbeiter/innen im Heim.

In der Tagespflegeoase in Fürstzell verfügte nur knapp die Hälfte der Bewohner/innen noch über Kinder, während in der Kontrollgruppe noch alle Kinder hatten. Die Anzahl der Besuche nimmt in der Tagespflegeoase zwar ab, dafür werden die Besuchzeiten länger. In der KG verhält es sich umgekehrt, die Besuchshäufigkeit nimmt zu und die Länge der Besuche ab.

Die Bezugspersonen bestehen in der TPO zu Beginn in der Hauptsache aus Personal und Bewohner/innen, externe Personen sind nur gering vorhanden. Nach über einem Jahr verkleinert sich das soziale Netz der Bewohner/innen noch weiter und das Personal nimmt als Bezugsperson zu. Bewohner/innen tauchen als Bezugspersonen nur noch marginal auf. Der

¹ Siehe hierzu: Dettbarn-Reggentin (2005): Ambulant versorgte Wohngruppen demenziell Erkrankter im Modellprojekt Schönholzer Heide. In: Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin, S. 105-115

Durchschnitt der Bezugspersonen bei den Bewohnern hat sich von 4,14 zu T1 auf 3,0 Personen zu T3 reduziert. In der KG findet zwar ebenfalls eine Schrumpfung des Netzes statt, kann aber zu T3 immer noch im Durchschnitt auf 4,67 Personen verweisen (T1 7,67). Im Gegensatz zu den Bewohner/innen der TPO besteht hier immer noch ein ausgewogenes Netz aus externen und internen Bezugspersonen. Auch in der Untersuchung von Schuhmacher bestehen die Kontaktpersonen zu über der Hälfte aus Pflegekräften und professionellen Helfern, den Rest stellen externe Personen. Die sozialen Beziehungen zu den Bewohner/innen wurden hier leider nicht aufgenommen. Die Gesamtuntersuchung zu Pflegeoasen (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2013) zeigt für die Tagespflegeoase, wie auch für die Oasen ein relativ ausgeprägtes Netz von externen und internen Bezugspersonen. Auch hier nehmen im Verlauf Mitbewohner/innen und Pflegepersonal eine bedeutende Rolle ein. Wobei die ausgeprägten Netze noch nichts über die Bedeutung aussagen, die einzelne Bezugspersonen für den Bewohner haben können. So lässt sich für die TPO in Fürstenzell feststellen, dass sie trotz der Verkleinerung ihrer Netze eine zunehmende Anzahl von Bezugspersonen mit sehr enger Verbundenheit aufweisen können. Ein Vergleich mit der Gesamtstudie Oasen (ebda.) belegt einen Gewinn für die Festoase und eine Abnahme der Bezugspersonen mit Verbundenheiten für die Tagespflegeoase und die Kontrollgruppe.

Die Forschungsfrage lässt sich dahingehend beantworten, dass sich das soziale Bezugssystem für die Bewohner/innen in der Tagespflegeoase zwar nicht vergrößert hat, es aber eine Verschiebung hin zu dem Pflegepersonal erfahren hat. Des Weiteren verfügen die Bewohner/innen der TPO über mehr enge soziale Verbundenheiten im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Wie erlebt das Personal die Veränderungen und welche Belastungen und Entlastungen treten auf?

Die Umstellung auf neue Konzepte bedeuten auch häufig höhere Anforderungen, veränderte Qualifikationen und Stresserleben für das Personal, vor allem wenn die Erwartungen auf das ‚Neue‘ sehr hochgesteckt sind. In Fürstenzell ist die Identifizierung des Personals mit dem Konzept der Tagespflegeoase sehr stark, ebenso der Wunsch mit demenziell erkrankten und schwerstpflegebedürftigen Menschen zu arbeiten. Belastungen, wie sie häufig in pflegenden Berufen auftreten, sind in der TPO nur gering vorhan-

den und verändern sich nur wenig im Zeitverlauf. Diese Befunde zeigen sich auch in den anderen Untersuchungen zu Pflegeoasen.

Körperliche Belastungen nach dem Giessener Beschwerdebogen fallen im Vergleich zu einer Normalstation nur gering aus. Es treten vor allem die klassischen Beschwerden, wie Kreuz- und Rückenschmerzen auf die in beiden Einrichtungen ‚manchmal‘ zu Belastungen führen. Auch in der längeren Betrachtung nach 6 Monaten haben sich die körperlichen Belastungen nicht wesentlich erhöht. Ausnahme bildet hier der Bereich ‚Rasche Erschöpfung‘, ‚Mattigkeit‘ der nun ‚manchmal‘ auftritt. Diese Belastungen konnten auch in der Gesamtstudie (Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2013) beobachtet werden. Nach ca. 10 Monaten nahmen die klassischen Belastungen wie ‚Kreuz- und Rückenschmerzen‘ und die ‚rasche Erschöpfung‘ zu, die vorher nicht aufgetreten waren.

Psychische Belastungen beim Personal entstehen vor allem durch ‚psychotische Symptome‘, ‚fehlende Motivationen‘ und ‚vegetative Störungen‘ der Bewohner/innen, sie verändern sich im Zeitverlauf von „leicht“ mit Trend zu „mittelschwer“.

Stressoren die Belastungen auslösen können liegen in Fürstenzell vor allem in den Bereichen Fehlzeiten der Kollegen und Fluktuation des Personals (zu mittelstark). Beide Bereiche können die Ziele einer Pflegeoase gefährden, wenn sie sich über längere Zeit hinziehen. Wie dies auch schon vom Pflegepersonal geäußert wurde. Kleine Gemeinschaften wie Oasen bzw. Wohngruppen reagieren stärker auf Veränderungen in ihrem Umfeld, dies konnten wir anhand der Demenzwohngruppen in Berlin belegen (2005).

Ein Belastungsaspekt auf den auch Brandenburg et.al (2011) und Rutenkröger et.al. (2012) hinweisen, liegt in der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Die hohen Erwartungen, die Angehörige an das Pflegepersonal stellen, können Belastungssituationen provozieren. Sie „kontrollieren die Arbeiten der Pflegenden mehr oder weniger offen und äußern Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse an eine aus ihrer Sicht fachgerechte Versorgung“ (Brandenburg et.al. 2011: 123). Sie suchen ständig Kontakt zum Pflegepersonal „und hegen zum Teil Hoffnung, dass sich der Gesundheitszustand ihres Angehörigen, auch bei fortgeschrittener Demenz, verbessert“ (ebda: 123). In der Tagespflegeoase in Fürstenzell bewegen sich die Belastungen im Zusammenspiel mit den Angehörigen noch in einem moderaten Bereich zu „manchmal“ und verändern sich auch im Zeitverlauf nicht. Im Vergleich

zu einer Normalstation liegen sie in ihren Werten aber höher. Auch die Gesamtstudie (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013) belegt, dass es nicht immer leicht ist, Angehörigen neue Konzepte nahe zu bringen, sie lösen zum Teil Verunsicherungen und Ängste aus. So lagen hier im Bereich ‚Desinteresse von Angehörigen‘ und ‚Erwartungen von Angehörigen‘ in allen drei Konzepten starke Belastungen vor.

Führen veränderte Bedingungen, höhere Erwartungen, veränderte Bewohnerschaften oder mehr Zeitdruck an eine (Höchst)grenze der Belastungen beim Personal, wie dies öffentlich geäußert wird. Lässt sich ein verstärktes Burn-out bei dem Pflegepersonal feststellen?

Es wurden hierzu Messungen zu zwei Zeitpunkten mit dem Fragebogen von Maslach & Jackson (1981) durchgeführt und in allen drei Werten ‚Emotionale Erschöpfung‘, ‚Depersonalisierung‘ und ‚Persönliche Erfüllung‘, lagen die Ergebnisse weit unter den angegebenen kritischen Werten. Die ‚Depersonalisierung‘, die harte ablehnende Haltung gegenüber Bewohner/innen, lässt sich per Mittelwert nicht nachweisen. Wobei sicher nicht übersehen wird, dass die Messungen beim Personal nur einen Zeitraum von 6 Monaten erfassen. Die Werte zur ‚Emotionalen Erschöpfung‘ und auch zur ‚Persönlichen Erfüllung‘ verschlechtern sich zum Zeitpunkt T2.

Die Ergebnisse aus den Vergleichsstudien belegen ebenfalls ein geringeres Burn-out-Risiko der Pflegeoasen im Vergleich zur Normalstation (Rutenkröger et.al. 2012). Die Werte aus der Eisling-Studie bewegen sich in einem ähnlichen Burn-out-Wert.

Auf ein höheres Risiko weisen Schuhmacher et.al. (2011) hin. Hier ist die ‚Emotionale Erschöpfung‘ nach dem BHD-Fragebogen in der ersten Befragung deutlich stärker als in der Kontrollgruppe und befindet sich in einem negativen Bereich. Von den befragten Pflegekräften erreichen 70% diesen Wert im Vergleich zu 18.8% in der Kontrollgruppe. Erst in der zweiten Messphase konnte die ‚Emotionale Erschöpfung‘ auf einen ‚neutralen‘ Bereich gesenkt werden. Erklärt wird der negative Wert mit der Implementationsphase der Pflegeoase, die zu höheren Belastungen beim Personal führen kann. Ähnliches hatte das ISGOS in seiner Forschung zu Wohngruppen Demenzkranker erlebt, auch hier verschlechterten sich die Werte des Burn-out-Risikos aufgrund der Umstellung (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006).

Die Einrichtung der Tagespflegeoase in Fürstencell hat bei dem Pflegepersonal trotz einiger Belastungsfaktoren, körperlicher wie psychischer Art, hohe Zufriedenheiten in der Arbeit belegt. Die Eigenständigkeit, die Möglichkeit Vorstellungen, Kreativitäten in die Arbeit einzubringen empfinden über 80% des Personals als sehr wichtig. Diesen Zusammenhang beschreibt auch Rutenkröger et.al. (2012) „Individuenbezogene und organisationsbezogene Belastungsfaktoren stehen den positiven Faktoren der Bedürfnisorientierung, der Entscheidungsautonomie bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe und dem Gefühl, einer sinnvollen Arbeit nachzugehen, gegenüber“ (ebda.: 87). Die neuen Konzepte, wie sie auch die Tagespflegeoase in Fürstencell darstellt, zeichnen sich durch klare Leitvorstellungen aus, die von allen getragen werden. „Selbstständiges Arbeiten und Partizipation an der (Weiter-)Entwicklung von Konzepten und der Arbeitsgestaltung wirken sich ebenso günstig aus wie die Teamarbeit und die Rückmeldungen durch Leitungspersonal“ (Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2013: 58).

Die Untersuchung der Tagespflegeoase in Fürstencell gibt einige Hinweise darauf, dass sich durch die Gemeinschaftsbildung die Kommunikation der Bewohner/innen und des Personals erhöht hat. Die ständige Anwesenheit des Personals gibt auch die Möglichkeit erhöhter Begegnungen, auch der Einsatz von Therapien und regelmäßiger Alltagsgestaltungen fördert die Kommunikation zwischen Bewohnern und Personal. Die Kommunikation ließe sich noch durch den Einsatz von Ergo- und Musiktherapie verstärken, wie es in der Garching-Studie (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2010) beobachtet wurde. Hier entwickelte sich eine eigene nonverbale Sprache zwischen Bewohner/innen und Therapeuten.

Die Begegnungen, die die Forscher beobachten konnten, auch bei Bewohner/innen die nicht mehr sprachfähig waren, zeigten Ausdrücke von Zufriedenheit, Freude und Aufgeschlossenheiten.

Die vorliegenden Daten bestätigen unsere Forschungshypothese zumindest teilweise. Um klarere Aussagen treffen zu können, bedarf es höherer Fallzahlen und einen längeren Zeitrahmen. Zur Festigung der Strukturen benötigen Oasen ein halbes bis zu einem dreiviertel Jahr. Dies konnte auch in der Tagespflegeoase in Fürstencell beobachtet werden, Personalwechsel, Veränderung in der Bewohnerschaft durch Versterben können ein „Wir-Gefühl“ verzögern.

Aus diesem Grund lässt sich die Forschungshypothese nur zu einem Teil bestätigen. Die Tagespflegeoase in Fürstenzell ist auf einem guten Weg dahin, dies belegen auch die Daten.

Stärker sollte auf die Zusammensetzung der Bewohner/innen geachtet werden. Durch eine homogene Gruppe, in der alle nicht mehr sprachfähig sind, ist die Begleitung durch das Personal ausgeglichener, da keiner verstärkt auf sich aufmerksam machen kann. Auch die Besuche durch fremde Personen, Gruppen, oder auch ständige Anwesenheiten am Tisch durch andere Bewohner/innen aus der angrenzenden Station erschweren ein „Wirkgefühl“ und können Unruhe erzeugen.

9. Empfehlungen

Die Ergebnisse der Begleitstudie in Fürstenzell lassen den Schluss zu, mit der Tagespflegeoase eine Betreuungsalternative zur Pflege im Einzelzimmer oder anderen Konzepten zu erhalten. Die Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus enthält noch Entwicklungspotenzial in der farblichen Raumgestaltung, der Konzeption mit Ausrichtung auf Therapien, wie z.B. Ergo- und Musiktherapie und Alltagsgestaltung. Durch den verstärkten Einsatz von Musik- und Ergotherapie wird ein kommunikativer Zugang – die Brücke- zu dem schwerstdemenzkranken Bewohner, Bewohnerin gesucht. Sie schaffen Zugänge die durch andere Medien schwer zu begehen sind.¹

Die Bewohnerzahl sollte auf sieben bis acht Bewohner/innen ausgerichtet bleiben. Bezogen auf die Bewohnerzusammensetzung wäre eine homogenere Zusammensetzung zu empfehlen. Von diesen sind die stärkeren Synergieeffekte zu erwarten, wie auch der Vergleich mit anderen Oasen belegt. Eventuelle Belastungen des Personals könnten damit gemindert werden, da sie sich nur auf eine Bewohnergruppe einstellen müssten und damit auch Zuwendungszeiten besser verteilen könnten.

Im Einzelfall sollte es jedoch auch weiterhin möglich sein, Personen in die Tagesabläufe einzubeziehen, die nicht den Einschlusskriterien entsprechen. Auch in anderen Pflegeoasen wurden z.B. Menschen nach Apoplex beobachtet, die sich dort sehr wohlfühlten. Auch in Garching haben sich Veränderungen ergeben. Neben den schwerstdemenziell Erkrankten suchen nun auch Bewohner/innen aus anderen Wohnbereichen tagsüber die

¹ Siehe auch Füsgen 2004, Warning 2004, Neugebauer 2004. In: Füsgen, I. (Hrsg.) (2004): Musik- und Kunsttherapie bei Demenz. Band. 12

Pflegeoase auf, so verbringt z.B. eine stark psychotische Bewohnerin tagsüber ihre Zeit in der Oase und kehrt abends in ihr Zimmer zurück. An solchen Beispielen wird das hohe Rehabilitationspotenzial der (Tages)-pflegeoasen sichtbar.

Die ‚Mitte‘, der gemeinsame Tisch, sollte auch weiterhin in Fürstenzell intensiv genutzt werden. Es wird empfohlen die bettlägerigen Bewohner/innen noch stärker einzubeziehen. Sie sollten soweit als möglich häufiger vom Bett in den Pflegerollstuhl transferiert werden. Brandenburg et.al. (2011) verweisen in ihren Empfehlungen ebenfalls auf die Wichtigkeit der Mobilisierung.

Zu wünschen wären fachärztliche Gutachten von Neurologen, etc. zu den Demenzverläufen, bzw. deren Einstufung.¹

Da auf die Pflegekräfte aufgrund der Zusammensetzung der Bewohner/innen in der Tagespflegeoase eine große Verantwortung zukommt, sollte unbedingt auf Personalkontinuität geachtet werden. Wir haben auf die Probleme, die dadurch entstehen können, schon hingewiesen (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2005). Vielleicht könnten die Ergebnisse der Tagespflegeoase auch dazu führen, den Personalschlüssel bei den nächsten Pflegesatzverhandlungen zu verbessern um Pflegeziele und Konzepte nicht zu gefährden.

Als wichtig schätzen wir vor allem eine regelmäßige Weiterbildung des Personals in bestimmten Bereichen ein, wie z.B. Schmerztherapie und Verhaltensbeobachtung. Hier ist die Tagespflegeoase auf einen guten Weg, durch die eigenen Treffen und den Austausch.

Ein Vorteil den alle Varianten der Pflegeoasen haben sie „rücken den Schwerstpflegebedürftigen in das soziale Zentrum eines Hauses und signalisieren allen Beteiligten vom Personal über die Mitbewohner und die Angehörigen bis in die Gemeinde hinein, was ihnen der hilfebedürftige Mensch bedeutet“ (Dettbarn-Reggentin/Reggentin 2013: 203). Das dürfte dem Seniorenzentrum Abundus mit seinem Gesamtkonzept gelungen sein, den Menschen mit Demenz in die Mitte zu holen.

¹ Siehe hierzu Brandenburg et.al 2011

10. Literatur

Altenpflege spezial (2007): Therapie. Was Sie wissen müssen, Was Sie tun können. Hannover

Aufschwungalt (2010): Zusammenfassender Abschlussbericht über die wissenschaftliche Begleitung der Pflegeoasen im Haus an der Rümmanstraße und Maria Ramersdorf der Münchenstift. München. <http://www.aufschwungalt.de/Downloads/wissBegleitung.pdf> (Zugriff 28.05.2014)

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

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

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

Becker, S. / Kaspar, R. / Kruse, A (2006): Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In: Z Gerontol Geriat 39, S. 350-357

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

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Hrsg. (2011): Demenz-Report, Berlin

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

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

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

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

Brandenburg, H. (2013): Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz in Pflegeoasen. Empirische Ergebnisse und methodische Implikationen. In: Zeitschrift f. Gerontologie und Geriatrie 5, S. 417-424

Brandenburg, H. / Adam-Paffrath, R. / Brühl, A. / Burbaum, J. (2011): Pflegeoasen: (K)Ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? POLA-SD. Abschlussbericht. Web:<http://pthv.de>

Brähler, E. / Scheer, J. W. (1995): Der Giessener Beschwerdebogen (GGB). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 2. erw. und überarb. Auflage

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.

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

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

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

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

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

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

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

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. / Reggentin, H. (2012): Tagespflegeoase Hedwig-Pfeiffer-Haus Magdeburg, u.v. Schlussbericht

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2011): Pflegeoase Haus Alte Liebe in Cuxhaven, u.v. Schlussbericht

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

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

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2009): Tagesgruppen mit schwer Demenzkranken im Klarastift Münster, , u.v. Schlussbericht

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2009): Pflegeoase – Insel der Geborgenheit im Evangelischen Altenhilfezentrum Haus Salem, u.v. Schlussbericht

Dettbarn-Reggentin, J. / Reggentin, H. (2008, 1): Projekt „Belastung in der Schwerstpflege“. Eine Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Dettbarn-Reggentin, J. (2008, 2): Personalanforderungen im Wandel: Pflegebelastungen in neuen Konzepten (Teil 1). In: Carekonkret 48(11), 7

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

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

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

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

Dettbarn-Reggentin, J./Reggentin, H. (2005): Ambulant versorgte Wohngruppen demenziell Erkrankter im Modellprojekt Schönholzer Heide. Belastung oder Entlastung pflegender Angehöriger – Eine vergleichende Darstellung. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg): „Keine Zeit zu verlieren!“ Referate auf dem 4. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Lübeck 9.-11. September 2004, Berlin, Band 5, S. 105-115

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

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

Die Schwester Der Pfleger 44. Jhg. 12/05. S. 38-41

Dreier, V. 1997: Empirische Politikforschung. München. Oldenbourg

Fiedler, P. (2007): Belebende Wirkung. In: Altenpflege spezial, Heft 2, S. 9-11

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

Freiling, P. (o.J.): Bewusstheit in der TTouch For You Behandlung

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

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

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

Glaser, J./Höge, Th. (2005): Probleme und Lösungen aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Dortmund/Berlin/Dresden

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

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

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, Zugriff 20.01.2014

Hotze, E. / Böggemann, M. / Jacobs, J. / van Eijsden, M. (2011): Die Pflegeoase – Wohnform der Zukunft für Menschen mit fortgeschrittener Demenz? Poster

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

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

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

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.

Kaufer, DI. / Cummings, JI. / Ketchel, P. / Smith, V. / MacMilian, 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

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

Kopke, S. / Meyer, G. (2008): Freiheitseinschränkende Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: Zwickmühle der Altenpflege. In: *Pflegezeitschrift* 10, S. 556-559

Kruse, A. (2012): Die Lebensqualität demenzkranker Menschen erfassen und positiv beeinflussen – eine fachliche ethische Herausforderung. In: *Tagungsdokumentation: Demenz – Ende der Selbstbestimmung?* Hrsg. Deutscher Ethikrat, Berlin, S. 27-50

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

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

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

Lawton, M.P. / Van Haitsma, K.S. / Klapper, J.A. (1997): Observed Affect in Nursing Home Residents“. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences* 51(1), S. 3-14

van der Leek, R.F. / Swaab, D.F. / Twisk, J. / Hi, e. M. / Hoogendijk, W.J.G. / van Someren, E.J.W (2008): Effect of Bright Light and melatonin on Cognitive and Noncognitive Function in Elderly Residents of Group Care Facili-

ties. A. Randomized Controlled Trial. In: JAMA, June 11. Vol 299, No 22
www.jama.com

Lind, S. (2000): Umgang mit Demenz, Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundär-analyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker. Erstveröffentlichung: Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung 2000

Lukas, A. / Barber, JB. / Johnson, P. / Gibson, SJ. (2013): Observer-rated Pain Assessment Instruments Improve Both the Detection of Pain and the Evaluation of Pain Intensity with Dementia. In: European Journal of Pain (Epub ahead of print).

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

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

Martin, M. (2006): Pflegepersonal: Belastungsfaktoren und Entlastungs-möglichkeiten. Manuskript Vortrag

Maslach, Ch. / Jackson S. E. (1981): The Measurement of Experienced Burnout. In: Journal of Occupational Behavior. 2: S. 99-113

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Hrsg. (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen, Köln

Meyer, W. (2010): Ätherische Öle für Menschen mit Demenz. Hrsg: Kran-kenhaus der Barmherzigen Brüder, Trier

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

Noll, Heinz-Herbert (o. J.): Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebens-qualität und „neue“ Wohlfahrtskonzepte. WZB

Oppikofer, S. (2008): Lebensqualität bei Demenz. Eine Bestandsaufnahme, Sichtung und Dokumentation bestehender Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz. Zürcher Schriften zur Gerontologie

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

ReformhausKurier (2010): Helfende Berührungen, Juli, S. 34-35

Reggentin, H. / Dettbarn-Reggentin, J. (2013): Die Pflegeoase - entscheiden, aufbauen, optimieren. Hannover

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

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

Riedel, A. / Schneider, S. (2011): Die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus Mühlacker. Evaluationsbericht. http://www.keplerstiftung.de/storage/files/Evaluationsbericht_Pflegeoase

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

Rutenkröger, A. / Kuhn, C. (2010): „Da-sein“. Pflegeoasen in Luxemburg. Eine Evaluationsstudie im Auftrag des Ministeriums für Familie und Integration Luxemburg. Itzig: RBS-Center für Altersfragen asbl

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

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

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

Schneekloth, Ulrich / Wahl, Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). München

Schröer, Silvia (2009): Klänge für Körper und Seele. In: pflegen: Demenz, S. 24

Schuhmacher, B. / Denking, 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

Schuhmacher (2010): Lebensqualität und Würde von Menschen mit schwerer Demenz. Vortrag in Vallendar am 29.01.2010

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

Seidl, U. / Lueken, U. / Völker, L. / Re, S. / Becker, S. / Kruse, A. / Schröder, J. (2007): Nicht-kognitive Symptome und psychopharmakologische Behandlung bei demenzkranken Heimbewohnern. *Fortschr Neurol Psychiat* 75: 720-736

Silverberg, M. (2010): figura therapeutica, Therapeutisches Puppenspiel mit Demenzkranken, 2, S. 29-31

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.

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

Stadler, P./Endrich, A. (2006): Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege – Schwerpunkt: psychomentele Fehlbelastungen und Möglichkeiten der Prävention

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

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

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

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

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

Zimber, A. / Weyerer, S. (1998): Stress in der stationären Altenhilfe. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. Ergebnisse einer Verlaufsstudie. Vorgestellt 64, KDA Köln.

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

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

Zwakhalen, SM./ van der Stehen, JT./ Najim, MD. (2012): Wich Score Most Likely Represents Pain on the Observational PAINAD Pain Scale for Patients with Dementia? In: Journal of the American Medical Directors Association 13(4): 384 – 389.

10.1 Internetberichte

<http://alzheimerforum.de/3/1/6/Andrea-Mosche/Milieuthherapie.pdf>. (Zugriff 17.03.2014)

<http://www.heimmitwirkung.de/smf/index.php?topic=183.;wap2> (Zugriff 19.02.2014)

<http://www.klangmassage-iek.de/startseite/34-start/73-klangmassage-fuer-menschen-mit-demenz.html> (Zugriff 13.02.2014)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensqlit%C3%A4t> (Zugriff 10.02.2014)

<http://www.kegeriatrie.de/downloads/instrumente/barthel-index.htm> (Zugriff 30.01.2014)

<http://soziologieheutenews.wordpress.com/2009/10/18/lebensqualitat/> (Zugriff 30.01.2014)

<http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard.therapiepuppen.htm> (Zugriff 29.01.2014)

http://479223.forumromanum.com/member/forum/entry_ubb.user_479223.1318002745.1112749874... (Zugriff 29.01.2014)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Milieuthapie> (Zugriff 29.01.2014)

<http://www.demensch.net/Handpuppen-in-der-Altenpflege> (Zugriff 29.01.2014)

<http://www.ttouch4u.de/die%209%20eckpfeiler.htm> (Zugriff 29.01.2014)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Therapie> (Zugriff 28.01.2014)

<http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/Andrea-Moschke/Milieuthapie.pdf> (Zugriff 14.01.2014)

<http://www.dimdi.de/de/klasi/...hamburger-manual-nov2004pdf>. Zugriff 20.04.2011