

# Pflegeoasen in dem neu errichteten Seniorenzentrum Lechrain, Augsburg Lechhausen

## Schlussbericht

Wissenschaftliche Begleitstudie zur Wirkung von Pflegeoasen  
im Seniorenzentrum Lechrain in Augsburg Lechhausen



Festhalten,  
  
was verbindet.  
*Bayerische Demenzstrategie*

Jürgen Dettbarn-Reggentin  
Heike Reggentin

ISGOS-Berlin  
Berlin, den 15. März 2015

**i S G O S**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	4
<b>Zusammenfassung</b> .....	8
<b>1.0 Einleitung</b> .....	14
1.1 Begriff Pflegeoasen .....	16
1.2 Stand der Forschung zu Pflegeoasen .....	17
1.3 Pflegeoasen und Wohngemeinschaften: Das Konzept der Kommunikation .....	18
<b>2.0 Pflegeoasen im Seniorenzentrum Lechrain in Augsburg Lechhausen</b> .....	19
2.1 Zielgruppe für die Pflegeoase .....	20
2.2 Personelle Ausstattung .....	21
2.3 Räumliche Ausstattung der Pflegeoase .....	21
2.4 Die Wohngruppe als Alternative und Kontrollgruppe zur Pflegeoase .....	26
2.5 Pflegeoase, Wohngruppe, Kontrollgruppe .....	28
<b>3.0 Methodisches Vorgehen Begleitforschung</b> .....	29
3.1 Fragestellung .....	29
3.2 Vorgehen der Begleitforschung .....	29
3.3 Quantitative Datenerhebungen der Bewohner .....	31
3.4 Teilnehmende Beobachtungen .....	33
3.5 Raum und Gestaltung .....	34
3.6 Datenauswertungen .....	34
<b>4.0 Ergebnisse</b> .....	35
4.1 Stichprobe Bewohner .....	35
4.2 Gesundheitlicher Status .....	37
4.3 Medikationen .....	38
4.4 Schmerzerfassung .....	38
4.5 Persönliche soziale Netzwerke .....	39
4.6 Soziales Verhalten .....	46
4.7 Störendes Verhalten .....	50
4.8 Neuropsychiatrisches Verhalten NPI .....	51
4.9 Stimmung .....	54
4.10 Stimmung AARS .....	55
4.11 Gesamtwohlbefinden .....	56
<b>5.0 Bauliche Voraussetzungen</b> .....	57
5.1 Sicherheit .....	57
5.2 Orientierung .....	58
5.3 Privatheit .....	61
5.4 Allgemeine Einschätzung der physikalischen Umwelt .....	63
<b>6.0 Soziales Milieu</b> .....	66
6.1 Personal Pflegeoase .....	67
6.2 Betreuungskräfte - Alltagsbegleiter .....	68

6.3	Betreuungsleistungen in der Kleingruppe.....	70
6.4	Angehörige .....	73
7.0	Diskussion Pflegeoasen als Königsweg zur Verbesserung des Wohlbefindens.....	74
7.1	Gemeinsames Pflegekonzept für kleine Wohngruppen und Pflegeoasen .....	75
	<b>Literatur</b> .....	78
	<b>Anhang</b>	
	Abbildungsverzeichnis.....	82
	Tabellen.....	83

## Vorwort

Der Bestand von neu errichteten Pflegeeinrichtungen ist in erster Linie von der ausreichenden Nachfrage nach den Pflegeplätzen abhängig. Neben der Standortwahl mit guter Erreichbarkeit sind bestehende konkurrierende Angebote zu beachten. Nicht zuletzt nehmen die angesprochene(n) Zielgruppe(n) und die Pflegekonzeption Einfluss auf den wirtschaftlichen Betrieb.

Die Altenhilfe der Stadt Augsburg hat im Stadtteil Lechrain ein neu erbautes Seniorenzentrum als Träger übernommen um dort ein breites Versorgungsangebot an stationären, sozialen und pflegerischen Diensten aufzubauen. Damit sollte dem Trend steigender Nachfragen nach Betreuungs- und Pflegeleistungen insbesondere mit Blick auf zukünftig zu erwartende Bedarfe an Pflegeplätzen wie auch Angeboten des betreuten Wohnens begegnet werden.

Im Juni 2013 wurde das Seniorenzentrum Lechrain in Augsburg eröffnet und bietet in 145 Einbett- und 19 Zweibettzimmern insgesamt 183 pflegebedürftigen Personen Pflege- und Betreuungsleistungen.

In dem 5-geschossigen Bau sind je Etage zwei bis drei Wohngruppen mit jeweils 14 bis 16 Plätzen untergebracht. Jeder Wohngruppe ist ein eigener Wohn- Küchenbereich als Gemeinschaftszentrum zugeordnet.

Die Grundkonzeption des Hauses folgt einem Betreuungsansatz, der die besonderen Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen je nach Schweregrad der Demenz zusammenfasst und gemeinsam in Gruppenform kleinere Gemeinschaften betreut.

Diese Ausrichtung sollte auch in der Umsetzung zweier Pflegeoasen berücksichtigt werden. Menschen mit Schwerstpflegebedarf sollten gemeinsam in zwei Kleingruppen mit bis zu sieben Bewohnern<sup>1</sup> pflege- und betreuerisch versorgt werden.

Wie in anderen vergleichbaren Konzepten sind die hier wohnenden Menschen durch eine demenzielle Erkrankung im Schwerststadium gezeichnet. Begleitend zu den kognitiven Abbauprozessen erleben sie physische Leistungseinschränkungen und vermehrt somatische Erkrankungen.

Einschränkung der Mobilität der Erkrankten auf der einen Seite, erhebliche kognitive Einbußen andererseits sind somit äußere Anzeichen, die das Leben in einem hierauf besonders ausgerichteten Lebensraum bestimmen.

Die Betreiber des Seniorenzentrum Lechrain hatten die Vorstellung, mit ihren differenzierten Angeboten die unterschiedlichen Bedürfnisse pflegebedürftiger

---

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

Menschen in ihrer Region anzusprechen. Das Angebot an schwerstpflegebedürftige Menschen mit Demenz in der besonderen Gemeinschaft „Pflegeoase“ erfasst Bedürfnisse, wie sie in steigenden Zahlen in vielen stationären Einrichtungen zu beobachten sind.

### **Was ist neu? Teil 1**

Neu ist in Lechrain die Aufnahme schwerstpflegebedürftiger Menschen in die Pflegeoase von außen, außerhalb der Pflegeeinrichtung. Da eine Erfahrung der Bewohner mit dem Haus selbst wie auch des Pflegepersonals mit den Bewohnern nicht vorliegen konnte, war es besonders bedeutsam, wie die Annahme dieser neuen Wohnform durch die Bewohner erfolgte. Bisher bekannte Pflegeoasen haben ausschließlich Bewohner aus der eigenen Einrichtung berücksichtigt. In einigen Häusern ist eine vorherige interne Wohndauer von mindestens sechs Monaten Voraussetzung, um in die Pflegeoase wechseln zu können.

Der Neustart einer Pflegeeinrichtung kann dann verwertbare Ergebnisse erzeugen, wenn die Belegung in relativ kurzer Zeit einen hohen Anteil erreicht. Das gilt umso mehr für Kleingruppen wie Pflegeoasen, die ihre Effekte aus dem Miteinander der Bewohner erzielen. Daher war es für die Ermittlung von Effekten, die das Konzept „Pflegeoase“ auf die Bewohner erzielen kann, bedeutsam, dass eine Mindestzahl von Pflegeoasenbewohnern eine gewisse Zeitdauer zusammen lebt. Ein ständiger Wechsel dagegen kann kaum messbare Ergebnisse erzielen.

In Lechrain hatte sich der anfänglich erhebliche Bewohnerwechsel durch Versterben oder Umzug in einen anderen Wohnbereich hemmend auf den Aufbau einer Gemeinschaft erwiesen.

Ein zweiter hiermit verbundener nicht eben förderlicher Einfluss auf den Aufbau eines Betreuungskonzeptes lag in dem häufigen Personalwechsel, wie er bei Neuerrichtung einer Einrichtung öfter zu beobachten ist. Eine fehlende personelle Kontinuität des Pflege- und Betreuungspersonals erschwerte gegenüber den Pflegeoasenbewohnern Vertrautheit zu erzeugen und Geborgenheit zu vermitteln. Erst nach mehr als einem Jahr Anlaufzeit wurde eine Kontinuität für einen kleinen Bewohnerkreis erzielt, der sich dann relativ konstant positiv auswirkte.

### **Was ist neu? Teil 2**

Eine zweite für die Umsetzung von Pflegekonzepten für schwerstpflegebedürftige Bewohner in Pflegeheimen bedeutsame Entscheidung wurde mit der Begleitstudie untersucht. Sind Pflegeoasen eine notwendige Konsequenz für die Versorgung schwer demenzkranker Menschen mit Schwerstpflegebedarf? Las-

sen sich ähnliche positive Effekte mit Wohngruppen erzielen, wie sie in vielen Pflegeheimen bereits praktiziert werden, wenn sie einigen Prämissen folgen, die auch in Pflegeoasen zentrale Kategorien bilden?

Die Begleitstudie hatte die bisher einmalige Chance, Kontrollgruppenteilnehmer aus der Normalversorgung und aus einer Wohngruppe zu ziehen, die jeweils mit vergleichbaren Merkmalen ausgestattet, einer Einrichtung desselben Trägers, der Altenhilfe der Stadt Augsburg, entstammen.

Wenn auch die Fallzahlen relativ klein sind, können dennoch einige Hinweise gegeben werden, inwieweit bestehende Wohngruppenkonzepte auf die Schwerstpflege abgestimmt werden müssen, wenn sie positive Auswirkungen auf die Nutzer bzw. Bewohner bewirken sollen. Die parallele Umsetzung des Wohngruppenkonzeptes in einer Bestandseinrichtung brachte zum Teil gut vergleichbare und im Einzelnen sogar bessere Werte als in der Pflegeoase. Das war bisher in anderen Pflegeeinrichtungen so nicht konzipiert und daher auch nicht beobachtet worden.

### **Was ist neu? Teil 3**

Die bisher bekannten Pflegeoasen sehen vor, Personen mit Schwerstpflegebedarf und einer Demenz im Schwerststadium aufzunehmen. Das bilden auch in Augsburg die Einschlusskriterien. Im Einzelfall wiesen Bewohner neben einer demenziellen Erkrankung aber auch weitere Handicaps auf, wie z.B. halbseitige Lähmung oder Wortfindungsstörung nach Schlaganfall und Krankenhausaufenthalt, Bewohner mit Down-Syndrom oder mit psychischer Störung und Hyperaktivität.

Wenn auch die demenzielle Erkrankung nicht beeinflussbar war, so konnten doch Auswirkungen anderer Erkrankungen bereits nach kurzer Wohndauer in der Oase Verbesserungen aufzeigen, die den Schluss zulassen, dass das Leben in Pflegeoasen ein hohes Rehabilitationspotenzial bietet.

Im Zeitraum der Begleitforschung von Juli 2013 bis Januar 2015 konnte eine der beiden Pflegeoasen besetzt werden, wenn auch mit schwankenden Belegungszahlen. Dennoch waren positive Effekte gemessen worden, die zum Teil die Qualität länger bestehender Pflegeoasen in anderen Pflegeheimen erreichten.

Seit April 2015 hat sich die Anzahl der Bewohner erhöht und ist organisatorisch dem Demenzbereich zugeordnet worden. Damit konnte die eine Pflegeoase in ihrer Belegung stabilisiert werden (Vollbelegung) und in die zweite Oase konnten nun weitere Bewohner aufgenommen werden.

In Anbetracht der positiven Effekte auf die Bewohner sollten in einer Erweiterung der Konzeption auch Personen berücksichtigt werden, die in der Reha-Phase eine besondere Betreuung benötigen. Zunächst als Tagesgäste, später auf Wunsch auch als Dauergäste könnten sie die anregende Atmosphäre in der Pflegeoase und wie wir in Augsburg beobachten konnten, auch in einer konzeptionell ähnlich angelegten Wohngemeinschaft als Gewinn an Lebensqualität erfahren.

Die folgenden Darstellungen sollen dazu beitragen, die eigenen Heimstrukturen danach kritisch durchzusehen, die räumlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen, ob sie an die sich ändernden höheren Ansprüche an die Betreuung schwerstpflegebedürftiger Menschen anzupassen sind.

*Die Durchführung der Begleitstudie wäre ohne Unterstützung nicht möglich gewesen. Hierfür danken wir der Fachbereichsleitung Pflege der Altenhilfe, der Stadt Augsburg Frau Wirth und den Einrichtungsleitungen Frau Bohn, Seniorenzentrum Lechrain, und Herrn Fröhlich, Paritätisches Hospitalstift Augsburg. Insbesondere danken wir der Leitung des Wohnbereichs III im Paritätischen Hospitalstift und zeitweisen Leiterin in der Aufbauphase der Pflegeoasen in Lechrain, Frau Sulter für die engagierte Unterstützung unserer umfassenden Datensammlung, den geduldig ausgefüllten Fragebögen sowie den spezifischen Informationen zu den Bewohnern der Pflegeoase wie auch den Teilnehmern der Kontrollgruppen.*

*Dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege danken wir für die Förderung dieser Studie.*

## Zusammenfassung

Seit Einführung der ersten Pflegeoasen in Deutschland vor ca. 10 Jahren wurden konzeptionell unterschiedliche Wege beschritten, die Betreuung und Pflege schwerstpflegebedürftiger Menschen mit schwerer Demenz und zumeist erheblich eingeschränkter Mobilität zu leisten. Das Vermeiden von Vereinsamung in Einzelzimmern war in der Regel das erklärte Ziel der Pflegeoasenkonzepete.

Eine zweite verbreitete Überlegung bezog sich bei den potenziellen Pflegeoasensbewohnern auf das Stadium der Demenz. Es wurde zumeist vom Schwerststadium der Demenz ausgegangen und dem Lebensendstadium gleichgesetzt. Hierauf wurden dann palliativpflegerische Betreuungskonzepte aufgestellt.

Beide Überlegungen fassen jedoch zu kurz, wenn sie als begleitende Maßnahmen nur passiv angelegt sind. Die alltägliche Praxis hat zumeist die Palliativpflege zurückgestellt und stärker die Bewohner zusammengeführt zum gemeinsamen Handeln (Essen, Wahrnehmen der Mitbewohner, Spielen, Singen, u.a.). Es wurden die Ressourcen der Bewohner angesprochen.

Die Nähe der Mitbewohner konnte so auf vielfache Weise ins Bewusstsein gerückt werden. Das ist dann deutlich mehr als die Vermeidung von Einsamkeit und auch mehr als palliative Betreuung.

Auch in Augsburg Lechrain wurde die Richtung der Ressourcenorientierung eingeschlagen. Somit wird auch die Rehabilitation als Betreuungsziel möglich. Aus dem ursprünglich entworfenen palliativorientierten Pflege- und Behandlungsansatz wurde die gemeinschaftliche Tagesbetreuung unter Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse der Bewohner herausgehoben.

Der Biografiebezug und die Tagesstrukturierung bilden den Hintergrund für anregende Beschäftigung mit trainierenden Aktivitäten, die an den Fähigkeiten der einzelnen Bewohner ansetzen.

Mit zwei mal sieben Pflegeoasenplätze wäre das Haus in Lechrain, bezogen auf die Gesamtzahl von 183 Pflegeplätzen, ausreichend ausgestattet. Es wird davon ausgegangen, dass ca. 10% der Bewohner von Pflegeeinrichtungen potenziell zur Zielgruppe von Pflegeoasen zählen.

Die zögerliche Belegung der Pflegeplätze im Seniorenzentrum Lechrain hatte sich auch auf die Belegung der Pflegeoasenplätze ausgewirkt, so dass nur die eine der beiden Pflegeoasen belegt werden konnte. Dennoch wäre eine Vollbelegung beider Oasen möglich gewesen, jedoch das frühe Versterben bereits eingezogener Bewohner (im Zeitraum von 18 Monaten verstarben 12 Bewohner) führte immer wieder zu Neubesetzung und somit zum Neubeginn der Um-

setzung der Konzeption. Letztlich konnte im Zeitraum der Begleitforschung nur eine Pflegeoase weitergeführt werden.

Erschwerend für die Neubelegungen wirkte sich nicht zuletzt die Vorstellung von einer Palliativpflege aus, die bei Angehörigen zu dem Eindruck eines Sterbeortes und zur Ablehnung der Unterbringung in der Pflegeoase führte.

Die Pflegeoasen sind räumlich so organisiert, dass sie den Bewohnern Einzelzimmer bieten, jedoch ohne einen individuellen Sanitärraum angeschlossen zu haben. Je Pflegeoase steht ein Pflegebad zur Verfügung. Der fehlende individuelle Sanitärbereich wurde von Angehörigen nicht als negativ bewertet.

Trotz der Belegungsschwierigkeit konnten über einen Erhebungszeitraum von drei Erhebungsterminen fünf Bewohner einbezogen werden. In der Kontrollgruppe (nur zwei Sterbefälle) nahmen sieben Bewohner und in der Kleingruppe 6 Bewohner (ein Sterbefall) teil.

### **Zusammenfassung Ergebnisse der Begleitforschung**

Bezogen auf die eingangs als Neu angeführten Teilbereiche in Augsburg Lechrain bezieht sich Teil 1 auf die Einrichtung eines Pflegeoasenkonzeptes in einer neu erstellten Pflegeeinrichtung.

Die Erfahrungen im Seniorenzentrum Lechrain weisen nicht eindeutig auf ein Pro oder Kontra Pflegeoase mit zunächst ausschließlicher Belegung von außen. Die Eingewöhnungszeit der Neueinzüge verläuft in der Regel ohne größere Probleme. Sie sind nicht größer einzuschätzen als bei Zuzug aus der eigenen Einrichtung. Der Ortswechsel stellt zumeist für die Bewohner kein Problem dar, eher für Angehörige, die im Wechsel innerhalb der Einrichtung eine Störung im gewohnten Alltagsablauf der Pflegebedürftigen sehen.

Einflüsse auf das Alltagsleben und seine Gestaltung sind eher aus häufigem Personalwechsel und nicht voll belegten Pflegeplätzen zu erwarten. Es ist davon auszugehen, dass bei einem normalen Verlauf eine Vollbelegung erzielt werden kann und die Pflegeplanung hierauf abgestimmt wird. Die Vollbelegung beider Pflegeoasen wäre sicher zu erreichen, wenn zum Beispiel der Bewohnerdurchlauf in der Pflegeoase im Untersuchungszeitraum näher betrachtet wird. Die Summe aller dort eingezogenen Bewohner im Zeitraum von 18 Monaten liegt bei 17 Personen und zeigt einen Bedarf an diesem Versorgungsangebot auf. Die ungewöhnlich hohe Sterberate ist anderenorts nicht in diesem Ausmaß beobachtet worden. Die Schwierigkeiten bei der Nachbelegung ist im

weiteren Verlauf nicht zuletzt auch Vorbehalten Angehöriger gegenüber Palliativkonzepten geschuldet.

Da die Betreuung viele anregende und sinnesansprechende Gestaltungen im Tagesablauf einsetzt, wären Angehörige über diese Form der Betreuung besser ansprechbar und Vorbehalte weniger präsent.

Wer in einem Pflegeheimneubau von Beginn an eine Pflegeoase einbeziehen möchte, sollte die Bewohnerzimmer bzw. Bewohnerplätze flexibel gestalten, dass sie auch für „normales“ Pflegewohnen nutzbar sind, d.h. alle Bewohnerzimmer in ausreichender Größe mit jeweils eigenem Sanitärbereich zu planen. Die Lage der Pflegeoase in Lechrain im 4. OG wird als zu weit entfernt vom normalen Leben im Haus angesehen (ID 001).

Bei anhaltenden Belegungsproblemen wird in Lechrain ein alternatives Konzept für die Räume der einen Pflegeoase gesucht werden müssen. Das wird ohne bauliche Maßnahmen kaum realisiert werden können. Infrage kommen zum Beispiel als Nutzung:

- ✚ Hospizstation
- ✚ Übergangspflege (nach Krankenhausaufenthalt)
- ✚ Intensivpflege (z.B. Beatmungspatienten, Wachkomapatienten)
- ✚ Pflegewohngruppe für junge Patienten
- ✚ Pflegebedürftige Kinder
- ✚ Tagesgruppenpflege
- ✚ MS-Patienten
- ✚ Umbau zu Normalpflegeplätzen

Auch eine veränderte Ausrichtung auf eine andere Zielgruppe garantiert noch keine Vollbelegung.

Eine weitere Folge eingeschränkter Belegung wird in der Personalbesetzung liegen. Bei Vollbelegung mit sieben Bewohnern wäre eine Präsenzkraft in der Pflegeoase einsetzbar. Reduziert sich die Bewohnerzahl, wäre eine Dauerpräsenz kaum wirtschaftlich. Die Einbindung der Pflegeoase in den Wohnbereich in der darunter liegenden Etage wäre die Folge und damit eine schwierigere personelle Begleitung zu erwarten.

Es bleibt wohl zunächst noch der Weg, eine qualitative und quantitative Ausrichtung auf eine fördernde Tagesgestaltung, die nicht den palliativpflegerischen Ansatz in den Vordergrund rückt. Zudem sollte eine intensive Bewerbung der Pflegeoase deren positive Ausstrahlung auf die Bewohner aufnehmen.

Die zweite oben genannte Frage bezieht sich auf die Pflegeoase als Königsweg in der Versorgung Schwerstpflegebedürftiger mit Demenz. Verschiedene Varianten des Versorgungstyps „Pflegeoase“ haben den Blick hierauf konzentriert. Andere Betreuungsansätze sind zwischenzeitlich in den Hintergrund gerückt, wie zum Beispiel die Wohn- oder Hausgemeinschaft. Diese Form ist Bestandteil in den Strukturen jeden fünften Heimes, allerdings mit anderen Bewohnerzusammensetzungen. Die Zielgruppe der Schwerstpflegebedürftigen war bisher nur in Ausnahmen einbezogen worden.

Als Vergleichsgruppe konnte in dieser Studie eine Wohngruppe in einer anderen Einrichtung desselben Trägers (Paritätisches Hospital-Stift Augsburg) einbezogen werden. Die in die Studie einbezogenen 6 Bewohner leben im Wohnbereich der 3. Etage und nutzen den Gemeinschaftsraum. Ein zweiter Gemeinschaftsraum steht für Bewohner ohne oder nur mit geringen kognitiven Einschränkungen zur Verfügung.

Die 6 Teilnehmer an der Kleingruppe erleben den Tag nach einem vergleichbar strukturierten Ablauf wie in der Pflegeoase. Personell besteht auch hier eine Dauerpräsenz, z.T. mit Betreuungskräften.

Der zentrale Begegnungsbereich ist der Tisch in der Mitte des Raumes und ein kleinerer Ruhebereich. Der Tagesaufenthalt der Bewohner findet überwiegend in diesem Raum statt.

Die Basis der Betreuung schwerstpflegebedürftiger Menschen mit Demenz liegt in einem kontinuierlich ablaufenden Tagesgeschehen, einer personellen Konstanz und weitgehenden Präsenz über den Tag. Die Wohnbereichsleitung hat ihren Wohnbereich - anders als in Lechrain, wo die Pflegeoase eine Etage höher gelegen ist - gegenüber dem Gemeinschaftsbereich und kann ihn jederzeit einsehen.

Die wesentlichen Merkmale einer Pflegeoase sind gegeben und so sind auch die Ergebnisse nur wenig abweichend von denen der Pflegeoase. Als Alternative zur Pflegeoase ist die Wohngemeinschaft mit ihren 6 Teilnehmern gut geeignet für die Betreuung Schwerstpflegebedürftiger. Sie folgt dem Muster einer Tagespflegeoase<sup>2</sup>

Mit der Verbreiterung der Zielgruppe wird stärker der Reha-Faktor einer Pflegeoase abgerufen. Ähnliche Beobachtungen konnten in Einzelfällen auch in anderen Pflegeoasen gemacht werden. Eine integrative Zusammensetzung der Bewohner stößt dann an Grenzen, wenn die Ausprägung der Erkrankungen eine intensivere Begleitung benötigt. Dann ist die Pflegeoase der Ort der besonde-

---

<sup>2</sup> (Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (2014): Tagespflegeoase – Steigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation. Wissenschaftliche Begleitstudie. [www.isgos.de](http://www.isgos.de))

ren Betreuung. Die positiven Effekte bei den Oasenbewohnern bestätigen diese Annahme besonders im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, bestehend aus Bewohnern der bereits angeführten Pflegeeinrichtung Paritätisches Hospital-Stift, aus „Normalwohnbereichen“ des Hauses.

### **Stärkung der sozialen Netze**

Die Ergebnisse der begleiteten Bewohner in der Pflegeoase weisen trotz häufigen Wechsels von Mitbewohnern und Personal positive Veränderungen in der Stimmung und dem Wohlbefinden auf. Es konnte die Aufnahme sozialer Beziehung zu Mitbewohnern und Personal beobachtet werden. In der Folge haben sich auch sprachliche Entwicklungen im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten der Bewohner eingestellt.

Auffällig sind die Vergrößerungen ihres sozialen Netzes, sowie die Anzahl zu Personen mit sehr intensiver Beziehung. Gefragt nach Personen mit sehr enger Verbundenheit zu den Pflegeoasenbewohnern belegen die Angaben (des Personals) auch in qualitativer Hinsicht eine Vergrößerung ihres sozialen Netzes. Professionelle Helfer und Mitbewohner tragen durch ihre hohe Präsenzzeit in den Gemeinschaftsbereichen wesentlich zur Erweiterung sozialer Erfahrungen bei.

Die Teilnehmer der Kleingruppe in der Vergleichseinrichtung zeigen ebenfalls eine deutliche Erweiterung ihrer persönlichen Netzwerke, die sozialen Netzwerke der Kontrollgruppenteilnehmer vergrößern sich dagegen im statistischen Mittel nur gering.

### **Soziale Kontakte und Sozialverhalten**

Wie haben die Teilnehmer der Studie soziales Verhalten entwickelt? Generell haben bisherige Studien zu Pflegeoasen wie zu Wohngruppen die Wirkung von Gemeinschaft auf das Verhalten belegen können. Dies war auch in Lechrain und in der Vergleichsgruppe, der Kleingruppe, der Fall. Menschen mit schwerer Demenz und weiteren Beeinträchtigungen äußern sich nur noch wenig gegenüber ihrer Umwelt. Umso bedeutender sind Anzeichen verstärkter Wahrnehmung zu sehen. In der Pflegeoase verringern sich positive Werte leicht, in der Kleingruppe verbessern sie sich auch gegenüber den Oasenbewohnern. In der Kontrollgruppe (KG) verschlechtern sich die Werte deutlich.

## **Stimmung**

In den Werten für Stimmung wie „wirkt traurig/weinerlich“, „erscheint gut gelaunt“, „freut sich auf Besuch“ u.ä. konnten bei allen drei Vergleichsgruppen deutliche Verbesserungen gemessen werden. In der Kleingruppe nehmen die positiven Veränderungen den deutlichsten Verlauf und schneiden wie bereits im Sozialverhalten noch etwas günstiger ab, als die Pflegeoasenbewohner.

## **Verhaltensauffälligkeiten**

Auch im Stadium der Schwerstdemenz sind Verhaltensauffälligkeiten und störende Verhalten als Zeichen von Unwohlsein, Unzufriedenheit, Ängsten und Äußerungen von Ärger anzusehen und werden ebenso wie auch bei nicht demenziell erkrankten Menschen geäußert. Das Ausmaß ist jedoch relativ gering. Bei den Kleingruppenteilnehmern wie auch bei den anderen Kontrollgruppenpersonen sind kaum noch Auffälligkeiten aufgetreten. Die Bewohner der Pflegeoasen hatten bereits bei Einzug höhere Werte als die Vergleichs- und Kontrollgruppenteilnehmer. Der Abbau von Verhaltensauffälligkeiten fällt bei ihnen besonders deutlich aus.

## **Wohlbefinden**

Ein zentrales Anliegen der Begleitstudie war die Ermittlung von Wohlbefinden der Bewohner in unterschiedlichen Betreuungskonzepten über den Zeitverlauf von etwa 18 Monaten.

Unter Berücksichtigung verschiedener Zeitbezüge, die der Messung zugrunde lagen, erfahren die Pflegeoasenbewohner eine deutliche Verbesserung ihrer Stimmung. Der Abstand zur Kleingruppe ist jedoch nur gering. In Einzelbereichen liegen sogar Bewohner aus der Kleingruppe vorne und weisen gute Stimmungswerte auf. In der Kontrollgruppe sind die positiven Werte im Vergleich nicht gestiegen, wobei die negativen Stimmungen sich auch hier verringert haben.

Die Begleitstudie hat gezeigt, dass nicht allein mit dem Pflegeoasenkonzept positive Effekte bei den Bewohnern zu erzielen sind, sondern wenn eingeführte Wohngruppen wesentliche Konzeptbestandteile einbeziehen, die bisher vorrangig in den Pflegeoasen in der Betreuung aufgenommen und umgesetzt worden sind, dann sind auch vergleichbare Ergebnisse erzielbar.

## 1.0 Einleitung

Die Einführung besonderer Betreuungsformen für Menschen mit schwerer Demenz und weitgehender Immobilität hat seit ca. 10 Jahren zum Teil sehr unterschiedliche Konzepte und Organisationsformen hervorgebracht. Gegenüber den bis dato als Neu geltenden Betreuungsformen wie Wohn- und Hausgemeinschaften wurde die segregative Betreuung in Pflegeoasen stärker auf Menschen mit einer Demenz im Schwerststadium ausgerichtet. Mittels erhöhter personeller Präsenz wie auch verstärkter bezugspflegerischer Zuwendung wurde versucht Verluste in der Orientierung, Wahrnehmung oder Sprechfähigkeit individuell wie auch gemeinschaftsbezogen zu kompensieren.

In den gemeinschaftlich ausgerichteten Wohnformen war die integrative Zusammensetzung der Bewohner zunächst als vorrangig angesehen worden. Erst mit der Zunahme demenziell erkrankter Menschen veränderten sich die Betreuungskonzepte.

„Die Qualität einer den Bewohnern angemessenen Betreuung und Pflege hängt von mehreren Parametern ab. Zu diesen zählen vorrangig personelle und konzeptionelle Faktoren, organisatorische und strukturelle Faktoren und ein soziales Milieu, sowie eine geeignete bauliche und räumliche Umgebung. In ihrer Gesamtheit bilden sie das Milieu zur Versorgung Demenzkranker.“ (Reggentin, H / Dettbarn-Reggentin, J :2006: 12)

In der Versorgung demenziell erkrankter Menschen wurde die Ausrichtung der Pflege durch den Demenzgrad mit seinen Einflüssen auf das Verhalten der Erkrankten in den Vordergrund gerückt. Hierauf richtete sich die Konzeption aus. So beschreiben etwa Held und Ermini-Fünfschilling (2004) ein Versorgungsmodell, das sich an drei Demenzstadien orientiert und bezeichnen dieses als Drei-Welten-Modell. Die Einteilung der Demenzkranken erfolgt in leichte Demenz (Welt der kognitiven Erfolglosigkeit), mittelschwere und schwere Demenz (Welt der kognitiven Ziellosigkeit) und schwerste und terminale Demenz (Welt der kognitiven Schutzlosigkeit). Die in unserer Evaluation im Zentrum stehenden Bewohner der Pflegeoase und der Vergleichsgruppen entsprechen nach diesem Modell dem der schwersten Demenz. Für die Urheber dieser Konzeption befinden sich die Erkrankten im Endstadium des Lebens und sollten palliativ betreut werden. Symptomlinderung, Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, Vermeiden von Reizüberflutung, Lärm, lautes Sprechen oder auch angepasste schmerzfreie Pflegehandlungen sind einige aufgeführte Pflegeziele. In der Folge wird für die Demenzkranken als Wohnkonzept ein Demenzhospiz vorgestellt.

In der Diskussion nimmt das „Drei-Welten-Modell“ eine Seite der Vorstellungen über die pflegerische Versorgung demenzkranker Menschen ein. Das Konzept ist eindeutig auf ein Defizitmodell ausgerichtet, da die Betroffenen ja zweifelsfrei auch erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen.

Die andere Seite verfolgt stärker ein an den Fähigkeiten der demenzkranken Bewohner orientiertes Pflegeziel. Mit diesem Modell lässt sich auch an den zuvor verfolgten Modellen der Wohn- und Hausgemeinschaften anknüpfen. Bisher befanden sich die Bewohner von Wohn- Hausgemeinschaften in stationären Einrichtungen noch nicht in einem großen Ausmaß im Stadium der Schwerstpflege. Im Augsburger Paritätischen Hospital-Stift konnte nun für die Begleitstudie der Pflegeoasen ein Modell der Wohngruppenbetreuung einbezogen werden. In dieser Wohngruppe, hier auch im Weiteren als Kleingruppe bezeichnet, leben ebenfalls schwerstpflegebedürftige Menschen mit Demenz.

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Bewohner vieler Wohngruppen in stationären Einrichtungen das Stadium der Schwerstdemenz durchlaufen und somit von den Erfahrungen dieser Vergleichsstudie profitieren können.

Der Anteil von 10 – 15 % schwerstdemenziell erkrankter Bewohner<sup>3</sup> in stationären Einrichtungen trifft auch auf Wohngruppen zu und somit sind auch diese gefordert, nach erweiterten Betreuungskonzepten zu suchen.

Ein bedeutender Einflussfaktor auf die Pflege ist mit den sich verkleinernden sozialen Netzwerken verbunden. Hochaltrigkeit, Demenzerkrankung und weitgehende Immobilität beeinflussen negativ Ausmaß und Qualität sozialer Beziehungen. Der 3. Pflege-Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2012) benennt weniger als 70% der Bewohner mit Immobilität, die ein ausreichendes Angebot an sozialer Betreuung bekommen<sup>4</sup>.

Bewohner von gemeinschaftsorientierten Wohnformen mit entsprechenden unterstützenden Strukturen sind gegenüber Wohnbereichsversorgungen im Vorteil, da bei ihnen ein permanenter Austauschprozess untereinander zumindest möglich ist.

Die Betreuung demenzkranker Bewohner in einem Wohnbereich steht bei Eintreten des Stadiums der Schwerstdemenz vor der Aufgabe, die drohende Vereinsamung im Einzel- wie auch im Doppelzimmer abwenden zu müssen. Da die Betroffenen zumeist auch weitgehend immobil geworden sind, erwächst sich hieraus eine nur schwer zu bewältigende Aufgabe.

---

<sup>3</sup> MUG IV-Studie a.a.O.

<sup>4</sup> Nach Allerchen, P (2013): Brauchen wir aus Sicht der Pflegekasse neue Konzepte und Versorgungsstrukturen für Schwerstdemenzranke? In Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J a.a.O.

Beobachtungen in neu gestalteten Gemeinschaften wie den Pflegeoasen haben gezeigt, dass auf diese Weise soziale Beziehungen neu aufgebaut werden können<sup>5</sup>. Hierin liegt das Hauptziel kleiner Gemeinschaften wie sie Pflegeoasen oder nun auch kleine Wohngruppen / Wohngemeinschaften für schwer demenzkranke Menschen darstellen können.

### **1.1 Begriff der Pflegeoase**

In den vergangenen Jahren sind ständig neue Varianten von Betreuungsformen für schwer demenzkranke und weitgehend immobile Menschen entstanden. Unter dem Namen Pflegeoasen haben sich verschiedene Varianten herausgebildet. Um im Kontext der oben bezeichneten Voraussetzungen gemeinschaftsbezogener Pflege und Betreuung zu bleiben, stellen sie ein Milieu dar, in dem strukturell angemessene Versorgungsmodelle für die Schwerstpflege umgesetzt werden können.

Bereits Held und Ermini-Fünfschilling (a.a.O.) hatten einige Kriterien benannt, die eine demenzgerechte Betreuung gewährleisten sollten.

Als eines der Merkmale stellten sie die Gruppengröße mit vier bis acht Bewohnern vor. Die Pflegeoasenkonzeppte gehen ebenfalls generell von einer Höchstzahl von acht Bewohnern aus, wenn sie einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Teilnehmer auslösen sollen. Unabhängig vom jeweiligen Modell sind zu bestimmten Tagesereignissen mitunter auch Gäste aus dem Wohnbereich bzw. anderen Wohngruppen einbezogen. Eine erste Grobeinteilung<sup>6</sup> unterscheidet nach:

1. Die Betreuung und Pflege findet in einem gemeinsam genutzten Raum statt. Die Person und seine soziale Seite stehen im Vordergrund. Als Mehrpersonenraum soll er das angestrebte Miteinander der Personen fördern. Der Individualbereich ist Bestandteil und integriert in den Gemeinschaftsraum. Er wird durch Sichtschutz abgegrenzt.
2. Die Betreuung erfolgt tagsüber in einem Gemeinschaftsraum, der vorrangig für die Pflegeoasensbewohner zur Verfügung steht. Die Bewohner behalten ihren individuellen Raum. In diesem Fall spricht man von einer Tagespflegeoase.

---

<sup>5</sup> Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J (2014): Tagespflegeoase – Steigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation. Wissenschaftliche Begleitstudie zur Tagespflegeoase im Seniorenzentrum Abundus, Fürstzell ([www.isgos.de](http://www.isgos.de))

<sup>6</sup> Weitergehende Beschreibungen in den Schlussberichten der Evaluationsstudien. Pflegeoase Pur Vital in Garching a. d. Alz (2010); Tagespflegeoase – Steigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation Seniorenzentrum Abundus (2014); Pflegeoasen: Die besondere Betreuungsform im Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg SSB (2014) jeweils von Reggentin, H./Dettbarn-Reggentin, J abrufbar unter [www.isgos.de](http://www.isgos.de) Alle drei Studien wurden durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert.

Eine Variante stellt der Gemeinschaftsraum mit Tag- und Nachtnutzung dar, der temporär zwischen 5 und 10 Tagen belegt und im Wechsel wieder mit anderen Personen besetzt wird. Der eigene Individualraum wird auch hier beibehalten.

3. Pflegeoasen werden auch als Mischform zwischen Dauerlebensraum für zwei bis drei Bewohner und Bewohnern, die ihre Individualräume beibehalten, geführt.

In allen Varianten wird das Pflegeziel nicht allein auf die Erhaltung der körperlichen Funktionen begrenzt, „sondern die primäre Ausrichtung zielt auf die Anregung von Kommunikation, Schaffung und Erhaltung persönlicher sozialer Beziehungen sowie der Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit. Zusammenfassend als Schaffung von Wohlbefinden und somit Lebensqualität wird die Förderung der Kommunikation zum Schlüsselzugang zu den Bewohnern im Schwerstdemenzstadium.“ (Dettbarn-Reggentin, J/Reggentin, H 2014).

Mit diesem Ziel knüpft das Pflegeoasenkonzept an die Versorgung in Wohngruppen für Menschen mit Demenz an, denn auch hier standen kommunikative und somit kommunitive Betreuungsziele im Vordergrund.

## **1.2 Stand der Forschungen zu Pflegeoasen**

Die vorliegenden Einzelstudien geben ein Bild von der sich auffächernden Behandlung des Themas Schwerstpflege mit Demenz. Im Trend scheinen die positiven Effekte die Einführung dieser Versorgungsform zu unterstützen (Brandenburg, H/Adam-Paffrath, R 2013; Dettbarn-Reggentin, J/Reggentin, H 2010, 2014; Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J 2014, 2013)

Pflegende suchen verstärkt nach Wegen, durch Umorganisation Bewohner mit kognitiven, physischen und Sinnesbeeinträchtigungen in die Alltagsgestaltung einzubinden. Mit der Zusammenführung von schwer pflegebedürftigen Bewohnern zu homogenen Gruppen werden Personalpräsenzzeiten erhöht. Erweiterte Verantwortungsbereiche für das Personal erhöhen deren Motivation, sich dieser Zielgruppe verstärkt zuzuwenden. Da die Pflegeoasen als Kleingruppen konzipiert sind, ist auch die Anzahl an Pflegepersonal sehr gering. Aussagen zur Belastung und Zufriedenheit zeigen durchgehend positive Bilanzen, wobei die Betreuung ausschließlich in Pflegeoasen oder auch eingebunden in den Wohnbereich kaum Unterschiede aufweisen.

Der Forschungsstand wurde in einigen Veröffentlichungen bereits ausführlicher dargestellt, so dass hier nur beispielhaft auf die Literatur verwiesen wird: Brandenburg, H/Adam-Paffrath, R (Hrsg.) (2013) „Pflegeoasen in Deutschland: For-

schungs- und Handlungsrelevante Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz“ und Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J (Hrsg.) (2013): „Die Pflegeoase - entscheiden, aufbauen, optimieren“.

Zusammenfassend gehen die Autoren von einer positiven Wirkung der Betreuungsform „Pflegeoase“ aus.

### **1.3 Pflegeoasen und Wohngemeinschaften: Das Konzept der Kommunikation**

In ihrer Darstellung der Pflegeziele schwer demenzkranker Menschen stehen nach Held, C/Ermini-Fünfschilling, D. (2004) verrichtungsbezogene Tätigkeiten zur Linderung von Schmerzen sowie der Schutzgedanke vor Überforderung im Fokus. Es soll vor Vereinsamung geschützt und sinnesanregende Umweltgestaltung eingesetzt werden. Symptomlinderung und Sterbebegleitung stellen die wesentlichen Merkmale der Betreuung dar.

Demgegenüber stehen Konzepte, die vorrangig kommunikationsfördernd angelegt sind. Bereits in den Wohngruppenkonzepten lag der Schwerpunkt auf einer ressourcenorganisierten Ausrichtung der Betreuung demenziell erkrankter Menschen. Es wird auch in neueren Ansätzen nicht primär von der letzten Lebensphase, von Sterben und Sterbebegleitung ausgegangen. Auch wenn die Schmerzbeobachtung und Schmerzlinderung ein Bestandteil der Pflege ist, werden stärker Wohlfühlaspekte und Lebensqualität in den Vordergrund gerückt. Die verstärkte Einbindung der Umwelt durch deren Anpassung an die Besonderheiten demenziell erkrankter Menschen im Schwerststadium soll unterstützend wirken und soweit möglich kompensierend auf reduzierte Umweltwahrnehmung eingesetzt werden.

Die verbalen oder nonverbalen Äußerungen der Bewohner, deren Aufmerksamkeit sich auf persönliche Ansprache, Berührung und soziales Erleben richtet, werden als Anzeichen von Teilhabe gewertet. Die Art und Weise dieser Äußerungen in verschiedenen Alltagssituationen lassen Einschätzungen zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität zu.

Eines der bedeutendsten Merkmale von Lebensqualität liegt in der (Selbst-) Bestimmung über die vorgenommenen Handlungen wie zum Beispiel Aufnahme von nonverbal oder stark reduzierten verbal geführten Gesprächen (auch als analog und digital geführte Kommunikation bezeichnet) wie auch deren Beendigung. Die Voraussetzung für die Gesprächshandlungen sind natürlich Gesprächspartner. Pflegeoasen wie auch Wohngruppen bieten Strukturen, die auch bei Mobilitätsbeeinträchtigungen die Kommunikation fördern.

Den Bezugsrahmen dieser Evaluationsstudie bildet jedoch das Lebensqualitätskonzept, wie es von Lawton (1996) dargestellt und in der H.I.L.D.E – Studie weiterentwickelt wurde. Der nach Dimensionen gegliederte Bezugsrahmen umfasst

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

Mit dem zentralen Aspekt der Kommunikation für die Alltagsgestaltung wie auch für die Alltagsbewältigung der Menschen mit Beeinträchtigung werden deren Einflüsse auf das Wohlbefinden, die Stimmung und das Sozialverhalten betrachtet.

## **2.0 Pflegeoasen im Seniorenzentrum Lechrain in Augsburg Lechhausen**

Mit dem Bezug des neu erbauten Seniorenzentrums Lechrain der Altenhilfe der Stadt Augsburg sind 145 Einbett- und 19 Zweibettzimmer mit insgesamt 183 Pflegeplätzen entstanden. Hiervon sind 14 Plätze, verteilt auf zwei Einheiten, den Pflegeoasen, Bewohnern mit schwerer demenzieller Erkrankung vorbehalten.

Wie in anderen Pflegeoasen auch, wurde zunächst konzeptionell das „Drei-Welten-Modell“ nach Held/Ermini-Fünfschilling (a.a.O.) als Leitprinzip vorgelegt. Es war von Beginn an, bereits bei Eröffnung, daran gedacht worden, schwerstpflegebedürftigen Menschen aus dem Stadtteil eine besondere Betreuungsform anzubieten. Bisher war diese Versorgungsform ausschließlich in bestehenden Häusern Bewohnern mit längerer Wohndauer in diesen Häusern vorbehalten worden.

Die angebotene Betreuungsform war in der Öffentlichkeit wenig bekannt, so war es anfänglich ein Hauptziel, hierfür zu werben. Da die Pflegeplätze als Einzelzimmer mit Waschbecken ausgewiesen sind und ein Pflegebad integriert ist, war es zu Beginn gut nachgefragt.

Der Unterschied zu Normalpflegeplätzen liegt in dem fehlenden eigenen Sanitär- und Vorraum. Dagegen besteht ein großer Gemeinschaftsbereich und

hohe Personalpräsenz. Alle Bewohner werden täglich in den Gemeinschaftsbe-  
reich gebracht, auch bei Bettlägerigkeit. Die Zielgruppe der Pflegeoase weist  
weitgehende Immobilität auf und leidet zudem an einer demenziellen Erkran-  
kung im Schwerststadium. Auf Grund dieser besonderen Lebenslage wurde die  
Pflegeoase zunächst sehr positiv aufgenommen.

Die hohe Sterblichkeit und die Ausrichtung auf Palliativpflege veranlasste An-  
gehörige dann jedoch, eher Plätze im „normalen“ Wohnbereich zu suchen. An-  
gehörige wollen in vielen Fällen kein „Sterbezimmer“ und sehen die Betreuung  
in der Pflegeoase nicht als Sterbebegleitung, sondern als aktivierende Alltags-  
gestaltung. Daher wurde die (Nach-)Belegung immer schwieriger.

## **2.1 Zielgruppe für die Pflegeoasen**

Die Angebote der Pflegeoasen sollen entsprechend der Konzeption<sup>7</sup> folgende  
Personen ansprechen:

- Hauptzielgruppe sind Menschen mit schwerster Demenz.
- Menschen mit herausforderndem Verhalten wie Rufen, Schreien oder Klopfen werden aufgenommen, da davon ausgegangen wird, dass sich das Verhalten in der Pflegeoase mildert.
- Alte Menschen in der terminalen Phase ihrer Erkrankung.
- Pflegebedürftige mit der Pflegestufe 3 oder 3+.

Ausgeschlossen werden jüngere Menschen mit einer unheilbaren Krankheit.

Ausgangspunkt war die Überlegung, Menschen in der letzten Lebensphase  
eine Palliativversorgung zu bieten. Das traf in der ersten Phase, in den ersten  
15 Monaten, auf die Mehrheit der Neueinzüge zu. Wenn auch die Palliativver-  
sorgung nicht anlaufen konnte, weil die Wohndauer zu kurz war, war die Ziel-  
gruppe erreicht worden.

Es stellte sich heraus, dass sich entweder die zu kurze oder die zu lange  
Wohndauer für ein Palliativkonzept als wenig tragfähig erwies.

Aus den vorgegeben Zielen der Pflegeoase konnten dennoch einige Aspekte  
aufgenommen und weiter entwickelt werden. Somit bleibt die Verbesserung  
und Erhaltung der Lebensqualität weiterhin ein zentraler Faktor in der Betreu-  
ung. Die gemeinschaftliche Tagesbetreuung wird für eine intensive Bezie-  
hungsarbeit genutzt, wobei die flexible Anpassung an die Bedürfnisse der Be-

---

<sup>7</sup> Stemmer, B (o.J.): Konzept für zwei Pflegeoasen im Seniorenzentrum Augsburg-Lechhausen.  
Die Altenhilfe der Stadt Augsburg.

wohner wie Kooperationen mit ehrenamtlichen und professionellen Helfern einbezogen wird. Der Ansatz einer Gestaltung räumlichen Milieus mit Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner findet ebenfalls Eingang in die betreuenden Maßnahmen.

Mit der Stabilisierung der Belegungsanzahl in der Pflegeoase werden weitere Zielsetzungen wie strukturierter Tagesablauf, kontinuierliche Begleitung durch Pflegebetreuungskräfte und stärker gemeinschaftsbezogene Gestaltungen verfolgt.

Durch die erweiterte Zielsetzung sollen gemeinschaftsfördernde und soziale Aktivitäten zur Entwicklung verbaler und nonverbaler Kommunikation einbezogen werden. Erste Erfolge der Aktivierungselemente haben sich gegen Ende der Begleitforschung nach ca. 18 Monaten eingestellt.

## **2.2 Personelle Ausstattung**

Da in Lechrain von der Belegung zweier Pflegeoasen ausgegangen wurde, betrug die Personalbemessungsgrundlage 14 pflegebedürftige Bewohner mit der Pflegestufe 3.

Zur Erhöhung der Präsenz- oder Kontaktzeiten sind über den Tag eine Pflegefachkraft durchgängig sowie ergänzend 1 Pflegehilfskraft und Betreuungskräfte mit ca. 1 – 2 Stunden je Pflegeoase vorgesehen. Die Betreuungskräfte werden nach SGB XI § 87b eingesetzt.

Die personelle Besetzung ist jedoch abhängig von der Belegung, so dass auch Veränderungen möglich sind. In Lechrain waren zwischenzeitlich auch Therapeuten für einzelne Bewohner, Reinigungskräfte, Pflegehelfer und Angehörige anwesend. Es ergaben sich somit meist unterschiedliche Ansprechpartner während des Tages. Angehörige kamen häufig und bezogen zumeist auch andere Bewohner mit ein. So entstand eine gewisse Vertrautheit der Besucher untereinander und mit dem Personal. Angehörige fühlten sich nach eigenem Bekunden gut unterstützt und nicht allein gelassen.

## **2.3 Räumliche Ausstattung der Pflegeoasen**

Die räumliche Ausstattung der Pflegeoasen liegt nicht im Bereich der Vorgaben des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz und seiner Ausführungsverordnung. Die Umsetzung des Konzeptes „Pflegeoasen“ bedurfte daher einer Ausnahmegenehmigung, wie sie im Pflege- und Wohnqualitätsgesetz in Art. 17 Erprobungsregel / Ausnahmeregel ausgeführt ist.



Abb. 01: Lage der Pflegeoasen im Gebäude

Auf dem Plan ist rechts unten das gesamte Gebäude im Überblick zu erkennen. Der dunkle Teil im äußeren Gebäudeflügel enthält die Pflegeoasen. Auf dem vergrößerten Planausschnitt sind die beiden Pflegeoasen erkennbar, die sich rechts und links an den mittleren Gemeinschaftsbereich anschließen.

### Raumangebot

- Pflegebad
- Personal WC – Damen
- Personal WC – Herren
- Betriebsraum Elektro
- WC – Behinderte
- Fäkalspüle und Schmutzwäsche
- 2 Lager
- 2 Wäsche
- 14 Wohnereinzelmzimmer, individuell nutzbar
- Gemeinschaftsbereich mit Küchenzeile
- Gemeinschaftsbereich
- Du.- WC
- Großer Balkon zur Gartenseite
- Personalstützpunkt für beide Oasen
- Garten mit Terrasse für alle Bewohner, Rundweg, Wasseranschluss, Beete

Die angeführten Räume werden ausschließlich von den Bewohnern der Pflegeoasen genutzt. Die Gartennutzung erfolgt über den Aufzug und erfordert den Einsatz von Helfern.

Die Türbreiten zu den Bewohnerzimmern sind bei 1,50 m Breite zweiflügelig und lassen bei geöffnetem Zustand die Bewohner am Geschehen teilhaben, auch ohne den Raum verlassen zu müssen.



Abb. 02: Blick in den Gemeinschaftsbereich 1

Der Gemeinschaftsbereich kann nur sehr schwer als umfassender Raum wahrgenommen werden. Die Bewohner sitzen um den Tisch oder „laufen“ im Walker im langgestreckten Gemeinschaftsbereich, der am Ende in einen Flur mündet.

Die natürliche Belichtung über die großen Fensterfronten südwestlich und südöstlich erreicht tagsüber selbst in der Raummitte ca. 700 bis 800 Lux.

Die Raumatmosphäre ist eher nüchtern gehalten. Hier haben sich nicht alle Wünsche erfüllt. Dennoch strahlen die Bewohner Ruhe aus und machen einen aufgeschlossenen Eindruck.

Es wurde versucht, einen Wohncharakter mit Hilfe einiger Umgestaltungen zu erzeugen. Der zentrale Tisch blieb aber bis zum Ende der Begleitforschung der Haupttreffpunkt.



Abb. 03: Allgemeiner Treffpunkt von Pflegekräften Alltagsbegleiterinnen Angehörigen und Bewohnern

Die Raumnutzung folgt dem Platzangebot. Nicht die Gestaltung, sondern der verfügbare Platz für unterschiedliche Begegnungen einschließlich der Aufnahme eines Bettes bestimmte die Atmosphäre.



Abb. 04 und 05: Farbgestaltungen



Abb. 06: Der lange Flur bietet barrierefreie Bewegung mit dem Walker



Abb. 07: Auch für Bettlägerige ist ein ungestörter Raumbereich vorhanden

Die Abbildungen 3, 5 und 6 zeigen die Vorteile großer Gemeinschaftsbereiche. Für das Treffen der Bewohner mit Personal, Mitbewohner und Angehörigen, einzelne Betätigungen mit dem Walker oder auch für den Rückzug sind zeitgleich Bereiche nutzbar, ohne jemanden aus den Augen zu verlieren. Ein solches Raumangebot ist bisher nicht in Pflegeoasen beobachtet worden. Die Absichten andererseits, ein stimmungsvolles Raumgefühl vermitteln zu wollen, werden dadurch jedoch eher erschwert.

Die Lage der Pflegeoase im Seitenflügel im 4. OG ist entfernt von den anderen Hausbewohnern angeordnet. Der organisatorische Zusammenschluss mit dem Demenzwohnbereich ist jedoch vorgesehen.

## 2.4 Die Wohngruppe als Alternative und Kontrollgruppe zur Pflegeoase

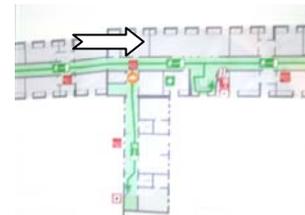
Die Einbeziehung von Bewohnern des Paritätischen Hospital-Stift in Augsburg in die Studie diente der Kontrolle der Daten wie auch der Vergleichbarkeit der Pflegeoase mit anderen Versorgungsvarianten im Schwerstpflegebereich. Der Gemeinschaftsbereich liegt im Dachgeschoss (Wohnbereich 3) des Hospitalstifts an einem langen Flur. An diesem liegen wiederum die Bewohnerzimmer und so auch die der Wohngruppenteilnehmer. Der Raum ist zwar für alle verfügbar, wird aber seit einiger Zeit nur von sechs bis sieben Bewohnern mit Schwerstpflegebedürftigkeit tagsüber als Aufenthaltsbereich genutzt. Andere noch geistig und körperlich rüstige Bewohner dieser Etage nutzen einen zweiten Gemeinschaftsraum.

### Räumliche Ausstattung der Wohngruppe

Dachgeschoss



Abb. 08: Lage des Gemeinschaftsraumes im Wohnbereich der Wohngruppe



Die Besucher des Gemeinschaftsraums, hier als Wohngruppe bezeichnet, leben schon über einen längeren Zeitraum zusammen. Sie weisen vergleichbare Merkmale auf, wie die Pflegeoasenbewohner (siehe Einschlusskriterien).

Der verfügbare Gemeinschaftsraum ist erheblich kleiner als in den Pflegeoasen. Seine Nutzung ist im Vergleich auch nur „eindimensional“ möglich. Das heißt, bewegungsfördernde Trainings mit einem Walker sind ebenso wenig umsetzbar, wie die Bildung eines Rückzugsbereichs für bettlägerige Bewohner (Abb. 06 und 07).

Die Lichtausbeute bzw. Beleuchtungsstärke liegt deutlich unter der in der Pflegeoase. Mit 180 bis 260 Lux in der Tischmitte bei voller Beleuchtung liegen die Werte unter den notwendigen Beleuchtungsstärken für diese Personengruppe.

Der Raum folgt der üblichen Dreiteilung von Wohnküchen: An einem Ende liegt der Küchenbereich mit L-Küche, davor folgt der große Tisch für bis zu 10 Personen und am anderen Ende des Raumes schließt der „Wohnbereich“ an mit Couch, Sessel, Fernseher und Musikanlage.

Zum Flur hin ist der Raum durch eine Fensterfront getrennt, der gegenüber liegende Pflegestützpunkt ist einsehbar.



Abb. 09 Wohngruppe mit Blick auf Küchenzeile

Die Mahlzeiten aus der Zentralküche werden in der Küchenzeile für die Bewohner zubereitet. Zwei Mitarbeiter unterstützen bei der Essenaufnahme.



Abb. 10: Zweiter Gemeinschaftsraum

Die Teilnehmer der zweiten Kontrollgruppe entstammen den Wohnbereichen des Hospital-Stifts und sind in verschiedenen Tagesabläufen ihrer jeweiligen Wohnbereiche zugeordnet.

## 2.5 Pflegeoasen, Wohngruppe, Kontrollgruppe

Die Begleitstudie hatte erstmals die Möglichkeit, neben der sonst einbezogenen Vergleichsgruppe von Personen mit vergleichbaren Merkmalen eine Wohngruppe einzubeziehen, die ebenfalls die Vorgaben der Einschlusskriterien erfüllte. So konnte folgende Personenzahl an der Studie über drei Erhebungszeiträume teilnehmen:

Pflegeoase	Wohngruppe	Kontrollgruppe
<b>Ausschließlich Bewohner der Pflegeoase</b>	<b>Teilnehmer aus einem Wohnbereich mit gemeinsamer Tagesgestaltung als Wohngruppe</b>	<b>Teilnehmer aus verschiedenen Wohnbereichen</b>
5 Bewohner	6 Bewohner	7 Bewohner

Tab. 1: Übersicht über die Teilnehmer an der Begleitstudie

### **3.0 Methodisches Vorgehen der Begleitforschung**

Die Umsetzung der Pflegeoasen im Seniorenzentrum Lechrain in Augsburg-Lechhausen erfolgte räumlich abweichend von den Anforderungen des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (PfleWoqG) Bayerns. In der Verordnung zur Ausführung des PfleWoqG sind bauliche Mindestanforderungen formuliert, wobei in § 8 die Anforderungen an die Anzahl und Ausstattung an *Sanitäre Anlagen* enthalten ist, die in der Pflegeoase hiervon abweichen. Ebenso werden Telekommunikations- und Rufanlagen anders bewertet, da die Bewohner von Pflegeoasen aufgrund ihres gesundheitlichen Status diese nicht mehr nutzen können. Die baulichen Voraussetzungen der Kontrollgruppenbewohner und die der Vergleichs-Wohngruppe erfüllen dagegen alle Voraussetzung des PfleWoqG.

#### **3.1 Fragestellungen**

Die Zielsetzung der Begleitstudie lag in der Ermittlung der Wirksamkeit des Pflegeoasenkonzeptes auf die Bewohner unter Einbeziehung der Bedingungen, unter denen sie umgesetzt werden.

Was hat sich als fördernd oder hemmend erwiesen? Wurde die Konstituierung der Pflegeoase durch den Start in einem Neubau erschwert? Sind die Umweltbedingungen (z.B. großer Aufenthaltsbereich, Bewohnerzimmer ohne Bäder, Lage im Gebäude, organisatorische Einbindung) für die Durchführung der Betreuung und Pflege schwerstpflegebedürftiger demenziell erkrankter Menschen geeignet?

#### **3.2 Vorgehen der Begleitforschung**

Die Begleitstudie war in der Zielgruppe und den Einschlusskriterien, dem Ablauf und der Methodik an die zuvor bereits durchgeführten Studien in Garching a. d. Alz, Fürstzell und Bamberg angelehnt worden, um die Ergebnisse auch miteinander vergleichen zu können. Die Erhebung erfolgte in Abständen von ca. 3 - 4 Monaten. Die Evaluation war wiederum als Kontrollgruppenvergleichsstudie im Längsschnittdesign angelegt. Die Studie wurde über insgesamt 18 Monate einschließlich einer dreimonatlichen Verlängerung durchgeführt.

Das eingesetzte Assessment wurde bei den Bewohnern der Pflegeoase wie auch bei den Teilnehmern der Kontrollgruppen angewendet. Damit sollte der Einfluss unterschiedlicher sozialer Milieus, seiner Kommunikationsstrukturen und Netzwerkqualität auch untereinander vergleichbar gemacht werden.

Die erhobenen Daten umfassten wie in den zuvor durchgeführten Evaluationsstudien in den genannten Orten:

1. Die soziodemografischen Daten der Studienteilnehmer (Bewohner) wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Herkunft, Angehörige und Sozialkontakte.
2. Der gesundheitliche Status und Veränderungen im Beobachtungszeitraum
3. Das räumliche Umfeld mit der Gestaltung der Räume, Orientierung, physische Daten wie Temperatur, Schall/Geräuschpegel, Licht und Beleuchtungsstärken, Gemeinschaftsbereich, Privatheit der Bewohner.
4. Soziale Umwelt mit Kontakten und Kontakthäufigkeiten
5. Pflege und Betreuung, Infrastruktur
6. Äußerungen zum Wohlbefinden, der Stimmung wie auch Sozialverhalten und Verhaltensstörungen

Dettbarn-Reggentin, J/Reggentin, H (2014) Pflegeoasen, die besondere Betreuungsform im Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg SSB, Schlussbericht ([www.isgos.de](http://www.isgos.de)).

Zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten wurden vom Personal die Erhebungen durchgeführt. Zum Einsatz kamen die schon in früheren Studien verwendeten Assessments. Parallel kontrollierte das ISGOS die Daten mittels Beobachtungen vor Ort in den Pflegeoasen wie auch in den Kontrollgruppen.

Da die Erhebungsinstrumente unterschiedliche Zeiträume und Zeitdauern von Empfindungen und Erleben berücksichtigen, können kurze Effekte von länger andauerndem emotionalen Befinden unterschieden werden (Zeitraumen der Beobachtung Tab. 02).

Zusammenstellung der Erhebungsinstrumente nach Beobachtungsdauer

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

Tab. 02: Erhebungsinstrumente nach Beobachtungsdauer (Dettbarn-Reggentin, J/Reggentin, H (2014, a.a.O.)

### 3.3 Quantitative Datenerhebungen der Bewohner

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

<b>Dimensionen</b>	<b>Methode</b>	<b>Instrumente</b>
<b>Soziale Umwelt</b> Art und Struktur sozialer Kontakte	Standardisierte Fragebögen	Konzentrische Kreise von Kahn und Antonucci
<b>Medizinischer Status</b> Allgemeinzustand Kognitiver Status Verhaltensauffälligkeiten Störendes Verhalten Schmerz	Standardisierte Fragebögen	Biografiebogen (ISGOS) Reisberg-Scala NPI NOSGER BESD

<b>Verhaltenskompetenz</b> ADL / IADL Verbale Fähigkeiten	Standardisierte Fragebögen	Biografiebogen (ISGOS) Barthel-Index
<b>Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit</b> Stimmung Soziales Verhalten Lebensqualität/Wohlbefinden	Standardisierte Fragebögen	NOSGER Qualid AARS Beobachtungsprotokolle Fotodokumentation
<b>Räumliche Umwelt</b>	Messungen durch das Forschungspersonal mit unterschiedlichen Messgeräten	Lichtmessung, Luftfeuchtigkeit Temperatur, Akustik Fotodokumentation

Tab. 03: Eingesetzte Verfahren<sup>8</sup>

### Kurzbeschreibung der Erhebungsinstrumente

**Barthel Index:** Messung von 10 Alltagsaktivitäten durch Fremdeinschätzung: Gemessen werden nach Grad der Selbstständigkeit  
Bei völliger Selbstständigkeit können 100 Punkte erreicht werden. Die Zielgruppe der Pflegeoase erreicht im Durchschnitt bis zu 10 Punkte.

**Reisberg-Scala:** Kommt dann zum Einsatz, wenn andere Befragungsinstrumente nicht mehr eingesetzt werden können. Beurteilung des Stadiums der Demenz durch Fremdeinschätzung. Die Reisberg-Scala enthält sieben Stufen. Die Stufe eins bedeutet keine kognitiven Einschränkungen, die Stufe sechs dagegen schwere und die Stufe sieben sehr schwere Demenz.

**Beurteilungsskala BESD:** Beurteilung von Schmerzen bei Demenz. Die Ergebnisse zeigen bei einer Summe von maximal zehn Punkten bereits ab 6 Punkten einen Hinweis auf Behandlungsbedarf.

**NOSGER** Nurses Observation Scale for Geriatric Patients. Die Skala enthält 30 Items in 6 Dimensionen – Stimmung, Sozialverhalten, Gedächtnis, IADL, ADL,

<sup>8</sup> Nach: Reggentin, H / Dettbarn-Reggentin, J (2014): Tagespflegeoase - Steigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation, S.38. Eine nähere Beschreibung der einzelnen Verfahren ist hier ebenfalls enthalten.

Störendes Verhalten. Für die Einschätzung der Bewohnerverhalten wurden die Stimmung, das Sozialverhalten und das störende Verhalten einbezogen.

**NPI-Q** Neuropsychiatrisches Inventar Questionnaire: In 12 Verhaltenskategorien werden Auffälligkeiten erfasst. Parallel können die hieraus resultierenden Belastungen des Personals mit aufgenommen werden.

**AARS** Apparent Affect Rating Scale: Fünf Ausdrucksformen werden beobachtet Freude, Angst, Zorn, Traurigkeit und allgemeines Wohlbefinden.

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

### **3.4 Teilnehmende Beobachtungen**

Die Einschätzung des Wohlbefindens basiert auf verschiedenen Beobachtungsassessments, die vom Personal aufgenommen wurden. Wichtig ist es, dass die Erhebung zu allen Zeitpunkten durch dieselben Personen erfolgt. Zu allen Erhebungszeitpunkten wurden durch die Forscher Kontrollbeobachtungen und –daten aufgenommen, um die Aussagen zu sichern.

In Ergänzung zur Datenerhebung mittels der oben dargestellten Assessments wurde die offene teilnehmende Beobachtung durchgeführt. Die teilnehmenden Bewohner nahmen die Beobachter als Teil des sozialen Umfelds wahr. Eine Beteiligung der Forscher am Alltagsgeschehen erfolgte nicht. Die Angehörigen wurden direkt über die Rolle der wissenschaftlichen Begleitung informiert.

Das ISGOS setzte jeweils zwei Personen ein. Sie übernahmen die Kontrolle der Daten wie auch die der ergänzenden Ermittlung des Wohlbefindens der Bewohner in unterschiedlichen Alltagsszenarien wie Ruhe, Essen, Aktivierung, Gemeinschaftsaktivitäten, Teilnahme an Veranstaltungen des Hauses, Verhalten gegenüber externen Besuchern und Personal.

Die Beobachtung erfolgte primär im Gemeinschaftsbereich jeweils während der Früh- und Spätschicht. Die Ergebnisse wurden mit dem Personal besprochen und die Entwicklung der einzelnen teilnehmenden Bewohner nochmals aus der Sicht des Personals festgehalten.

### 3.5 Raum und Gestaltung

Die Beobachtung der Forscher am Alltagsgeschehen im Gemeinschaftsbereich umfasste die Aufnahme objektiver Umweltmerkmale. Die Reaktionen auf die Umwelt werden als fördernd oder hemmend/ablehnend gedeutet. Die Aufnahme von Umweltbeziehungen kann somit eingeschätzt werden. Die Bewertung der objektiv bestehenden Umweltfaktoren wurde nicht direkt mit einem Gesamtscreening vorgenommen, sondern Kategorien hieraus aufgenommen.

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

Tab.04: Nach Sloane u.a. Darstellung in Anlehnung an H.I.L.D.E 2006 ff

Die erfassten Umweltmerkmale wurden daraufhin untersucht wie sie auf die Lebensqualität der Bewohner Einfluss nehmen. Die Vorgaben sind zwar nicht speziell auf die besondere Betreuungsform „Pflegeoasen“ ausgerichtet, bilden aber eine Orientierung für die Einschätzung der Einflussnahme der objektiven Umwelt auf das Bewohnerverhalten.

### 3.6 Datenauswertungen

Die ermittelten Daten repräsentieren die Ergebnisse aus drei Erhebungswellen aus den Pflegeoasen und den parallel erhobenen Daten aus den Kontrollgruppen von Bewohnern aus einem Haus desselben Trägers. Die Auswertung der Daten und somit auch die Darstellung der Ergebnisse wurden in Teilbereichen

statistisch ausgewertet. In der Darstellung wurde weitgehend auf die Einbeziehung der statistischen Berechnungen verzichtet, da die Fallzahl relativ klein ist. Ausgewertet wurden die Daten mit dem Statistikprogramm SPSS.

#### **4.0 Ergebnisse**

Die Daten sollten im Ergebnis eine Bewertung zur Wirkung von Gemeinschaft auf die Bewohner mit schweren Beeinträchtigungen ermöglichen. Gemeinschaften, insbesondere kleine Einheiten werden durch Kommunikation getragen. Sie sind Zeichen sozialen Verhaltens und stützen dieses. Die einbezogenen Teilnehmer aus Pflegeoasen, Wohngruppe und Bewohnern aus verschiedenen Wohnbereichen (Kontrollgruppe) ohne fest zuzuordnende Einbindung in Sozialstrukturen innerhalb des Hauses weisen verschiedene soziale Bindungen auf, die zu einem erheblichen Teil von ihren Wohnstrukturen bestimmt werden. Den gesetzten Forschungszielen entsprechend stehen die sozialen Verhalten und die kommunikativen Fähigkeiten der Bewohner im Blickpunkt. Die Förderung der subjektiv vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung alltagspraktischer Handlungen durch angepasste Umweltstrukturen, wie sie die Pflegeoasen aber auch kleine Wohngruppen bieten, bildet den Hintergrund der Darstellungen.

#### **4.1 Stichprobe Bewohner**

In die Studie über drei Erhebungswellen konnten 5 Bewohner der Pflegeoasen und aus einer anderen Einrichtung desselben Trägers 6 Bewohner eines Wohnbereiches, die sich als Wohngruppe im Gemeinschaftsbereich zusammengefunden haben, sowie 7 Bewohner aus anderen Wohnbereichen dieses Hauses, alle mit vergleichbaren Merkmalen, einbezogen werden.

Die Ausfälle in der Pflegeoase unterscheiden sich im Altersdurchschnitt und den Pflegestufen. Ihr gesamtgesundheitlicher Status lag unterhalb der Studienteilnehmer. Zumeist nach Krankenhausaufenthalt erfolgte der Einzug in die Pflegeoase. Da hier personell durchgängig Präsenz besteht, ist dies aus Sicht der Bewohner und ihrer Angehörigen außerhalb der eigenen Häuslichkeit der optimale Ort zur Rehabilitation.

Bezogen auf die Konzeptumsetzung wird zumindest in der Entwicklungsphase der Aufbau von Gemeinschaftsstrukturen erschwert.

	Oase	Klein- gruppe (WG)	Kon- trollgrup- pe (KG)	Ausfälle	
				Oase	KG
<b>Stichproben- größe</b>	5	6	7	5	2
<b>Gender m</b>	2	1	0	0 *	2
<b>Alter Ø</b>	78,20	76,20	79,29	86,80	82,50
<b>Median</b>	85,00	78,00	80,00	89,00	82,50
<b>Familienstand</b>					
Ledig	2	1			1
Verheiratet			1	2	
Geschieden	1	2		1	
Verwitwet	2	2	6	2	1
<b>Pflegestufe</b>	PS III 5	PS III 6	PS II 1 PS III 6	PS I 4 PS III 1	PS II 1 PS III 1
<b>Barthel-Index Punktwert</b>	8,00	5,00	2,14	2,00	17,50
<b>Reisberg, Demenz- stadium Punktwert</b>	6,20	6,67	6,43	5,20	5,50
<b>Kinder vorhanden</b>					
Ja	3	5	7	5	1
<b>Allein wohnend vor Einzug</b>	3	4	5	1	1
<b>Dauernd bettläger. Zeitweise bettlägerig</b>	4	1 1	2	1 4	0 0
<b>Rollstuhlnutzer</b>	4	3	7	4	2
<b>Sondenernährung</b>	1	1	0	0	0
<b>Psychopharmaka</b>	4	2	3	3	2
<b>Fixierung ja</b>	3	0	1	0	0
<b>Gesetzl. Betreuer</b>	5	5	6		
<b>Bettgitter</b>	3	2	0		

Tab. 05: Stichprobe Pflegeoase, Kleingruppe (WG) und Kontrollgruppe (KG)

Es sind in der Pflegeoase bei den Ausfällen nicht alle Bewohner erfasst worden, da die Wohndauer bei einigen zu kurz war, um noch Daten aufzunehmen. Die Daten zeigen wenige Abweichungen in den Werten im Vergleich. Was hier nicht aufgeführt ist, sind die störenden Verhalten der Bewohner. Die Wohngruppenteilnehmer wie auch die Teilnehmer der Kontrollgruppen wiesen von Beginn an nur wenig auffällige Verhaltensweisen auf während die Pflegeoasenbewohner ein deutlich stärker auftretendes auffälliges Verhalten zeigten. Es zählte zu den selbstgesteckten Pflegezielen in der Konzeption der Pflegeoase, dass solche Bewohner nicht ausgeschlossen werden, da davon ausgegangen wird, dass die Verhaltensauffälligkeiten im Zeitverlauf abnehmen.

## 4.2 Gesundheitlicher Status

Die gesundheitsbezogenen Daten umfassen den medizinischen Status, die Medikation, die Kognition und das Schmerzerleben.

Der kognitive Status, hier das Stadium der Demenz, wurde mit Hilfe der Reisbergskala eingeordnet. Die Bewertung erreichte im Mittel die Stufe 6,2 (Oasen) bzw. die Stufe 6,7 Kleingruppe und 6,4 Kontrollgruppe. Die Unterschiede sind nur als minimal einzuschätzen.

Die weiteren Diagnosen fallen unterschiedlich aus: Neben der Diagnose Demenz weisen die Oasenbewohner noch durchschnittlich 6,2 Erkrankungen auf und liegen damit im Durchschnitt am höchsten gefolgt von der Kleingruppe mit durchschnittlich 5,6 Erkrankungen. Die Kontrollgruppe liegt mit durchschnittlich 3,0 Erkrankungen am niedrigsten. Die Anzahl der Diagnosen reichen bei der Pflegeoase von 3 bis 14 Diagnosen, bei der Kleingruppe von 3 bis 13 Diagnosen und in der Kontrollgruppe von 2 bis 8 Diagnosen.

Die Kontrollgruppe verfügt über einen leicht schlechteren Gesundheitsstatus gegenüber der Kleingruppe und der Pflegeoase im Bereich des physischen Befindens.

Pflegeoase	Kleingruppe (WG)	Kontrollgruppe (KG)
Alzheimer, HOPS	Demenz, Parkinson	Altersdemenz
Down-Syndrom, Demenz	Demenz	Demenz bei Alzheimer mit frühem Beginn
Demenz bei Alzheimerkrankheit	Altersdemenz	Demenz Typ Alzheimer
Demenz bei Alzheimer mit spätem Beginn	Senile Demenz	Zustand nach Apoplex
		Vaskuläre Demenz, Mediainfarkt des Gehirns links
		Vaskuläre Demenz
		Senile Demenz

Tab. 06: Diagnose Demenz

Die vorliegenden Bewertungen wurde in dieser - wie auch in allen vorher durchgeführten Studien - mit Hilfe einer Einschätzung durch das Personal ergänzt.

### 4.3 Medikationen

Von den Personen der drei Vergleichsgruppen nehmen lediglich zwei Personen keine Medikamente ein, eine Person aus der Pflegeoase und eine Person aus der Kontrollgruppe. Das heißt 88,9% der Bewohner der Studienteilnehmer nehmen regelmäßig Medikamente ein. Psychopharmaka erhalten ca. 50% von allen Teilnehmern. In der Pflegeoase nehmen 80% der Bewohner Psychopharmaka ein, in der Kleingruppe ist dies nur jeder Dritte und von den Kontrollgruppenteilnehmern bekommen 42,9% diese Medikamente.

Besonders stark fällt die Eingabe von Medikamenten insgesamt bei den Bewohnern der Pflegeoase aus, welche zwischen 5-12 Medikamenteneingaben liegen. Ähnlich hoch ist der Konsum in der Kleingruppe, während die Kontrollgruppenteilnehmer zwischen 5 – 8 Medikamenten liegen und somit die geringsten Einnahmen vorweisen (Tab. 7).

Medikamenteneinnahmen	Pflegeoase T1	Kleingruppe T1	Kontrollgruppe T1
Medikamente gesamt	4	6	6
Psychopharmaka	4	2	3
Anzahl Medikamente gesamt	5-12 Medikamente	2-10 Medikamente	5-8 Medikamente

Tabelle 07: Medikamentengebrauch

### 4.4 Schmerzerfassung

Der Anteil chronisch unter Schmerzen leidenden Menschen über 65 Jahre wird mit 60 – 80% angenommen (Hasselbarth 2003). Konzepte der Palliativpflege sehen in der Schmerzlinderung eines der zentralen Ansätze. Auch in den teilnehmenden Gruppen ist die Schmerzerkennung ein zentrales Thema.

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

Die neueren Bewertungen der BESD gehen von 2 Punkten aus, in denen Schmerzen wahrscheinlich sind, bei 0 Punkten werden zwar keine Schmerzen beobachtet aber es wird nicht ausgeschlossen, dass Schmerzen vorhanden sind. Werte von 6 und mehr Punkten signalisieren einen Behandlungsbedarf.

Die Werte der drei Gruppen liegen zu Beginn schon in einem niedrigen Bereich aber über 2 Punkte bei denen Schmerzen wahrscheinlich sind. Zu T3 bewegt sich die Kleingruppe auf durchschnittlich 1,17 Punkte und die Pflegeoase auf 1,80 Punkte. Die Kontrollgruppe (KG)<sup>9</sup> erreicht ebenfalls einen mit 2,00 Punkten verbesserten Wert. In allen drei Gruppen haben sich die Schmerzbeobachtungen zwischen T1 und T3 reduziert.

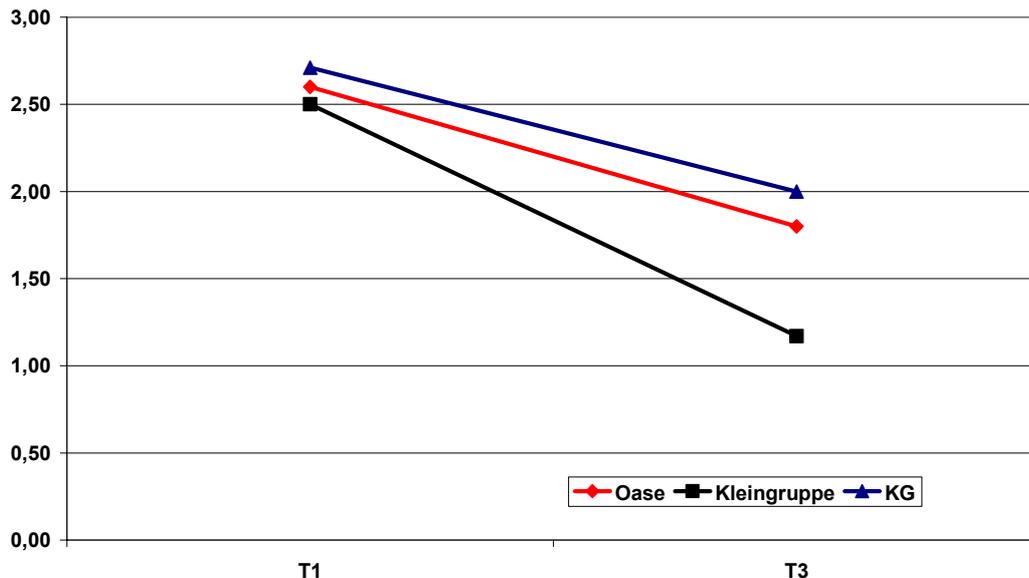


Abb. 11: Verlauf der Schmerzerfassung im Mittel

Die intensive Wahrnehmung von Veränderungen und möglichen Schmerzen versetzt das Personal in die Lage, frühzeitig Maßnahmen zur Schmerzbehandlung und schließlich deren Beseitigung einzuleiten.

Die Abnahme beobachteter Schmerzen liegt etwa auf dem Niveau von schwerstpflegebedürftigen Bewohnern anderer Pflegeoasen (Reggentin, H/Dettbarn-Reggentin, J 2014) und kann auch in der Betreuung der Personen in allen Vergleichsgruppen als erfolgreicher Weg angesehen werden.

#### 4.5 Persönliche soziale Netzwerke

Die Erfassung der sozialen Umwelt der Pflegeoasenbewohner sowie der Wohn- und Kontrollgruppenteilnehmer soll die eigentliche Funktion gemeinschaftsorientierter Pflege- und Versorgungssysteme hervorheben.

Fördern gemeinschaftsorientierte Wohn- und Betreuungsstrukturen die Bildung oder zumindest die Stabilisierung sozialer Netzwerke?

<sup>9</sup> In den Grafiken verwenden wir für Kontrollgruppen die Abkürzung KG

In der Begleitstudie wurden die Kontakte der teilnehmenden Probanden der drei Vergleichsgruppen im Hinblick auf ihre Sozialkontakte beobachtet. Dabei spielen ihre Häufigkeit und ihre Intensität als Beitrag zur Stabilisierung ihrer sozialen Kompetenz wiederum eine Schlüsselrolle, selbst im Schwerststadium der Demenz. Wie bereits oben beschrieben, stehen das Erleben von Begegnung und die Aufnahme von Kommunikation aber auch deren Beendung im Zentrum der Wahrnehmung. Die Intensität und der Umfang persönlicher sozialer Netzwerke werden als Ergebnis eines bewusst eingeleiteten Kommunikationsprozesses angenommen. Hieran misst sich die Effektivität sozialer Rahmenbedingungen in der Betreuung und Pflege.

	<b>Pflegeoasen N= 5</b>	<b>Kleingruppe N= 6</b>	<b>Kontrollgruppe (KG) N= 7</b>
Täglich	-	-	-
Mehrmals wöchentlich	4	-	1
1x die Woche	1	1	-
1-2 monatlich	-	2	1
Seltener	-	3	3
Nie	-	-	2

Tabelle 08: Häufigkeit der Kontakte

Die Besuchsdauer der Angehörigen von Pflegeoasenbewohner liegt zu Beginn bei Einzug mit durchschnittlich 102 Minuten je Besuch auf einem auch im Vergleich zu anderen Pflegeoasen hohen Niveau. Die Zeit liegt auch deutlich über der in der Kleingruppe (85 Minuten) und der Besuche bei den Kontrollgruppenteilnehmern mit durchschnittlich 37 Minuten.

Da die Pflegeoasenbewohner aus häuslicher Umgebung oder dem Krankenhaus direkt in die Einrichtung kommen, sind auch in anderen Einrichtungen anfänglich längere Besuchszeiten zu beobachten. Im Zeitverlauf nehmen die Anzahl der Besuche wie auch die Besuchszeiten in der Pflegeoase leicht ab, in der Kleingruppe bleibt die Besuchshäufigkeit etwa gleich, nimmt jedoch im zeitlichen Umfang etwas ab, während die Besuche in der Kontrollgruppe häufiger werden, jedoch die Zeitdauer je Besuch gleich bleibt.

Sind die persönlichen sozialen Netzwerke umfassend angelegt, gemeinschaftsorientierte Konzepte auf den Erhalt oder die Erweiterung des persönlichen sozialen Netzwerks schwerstpflegebedürftiger Menschen zu stabilisieren?

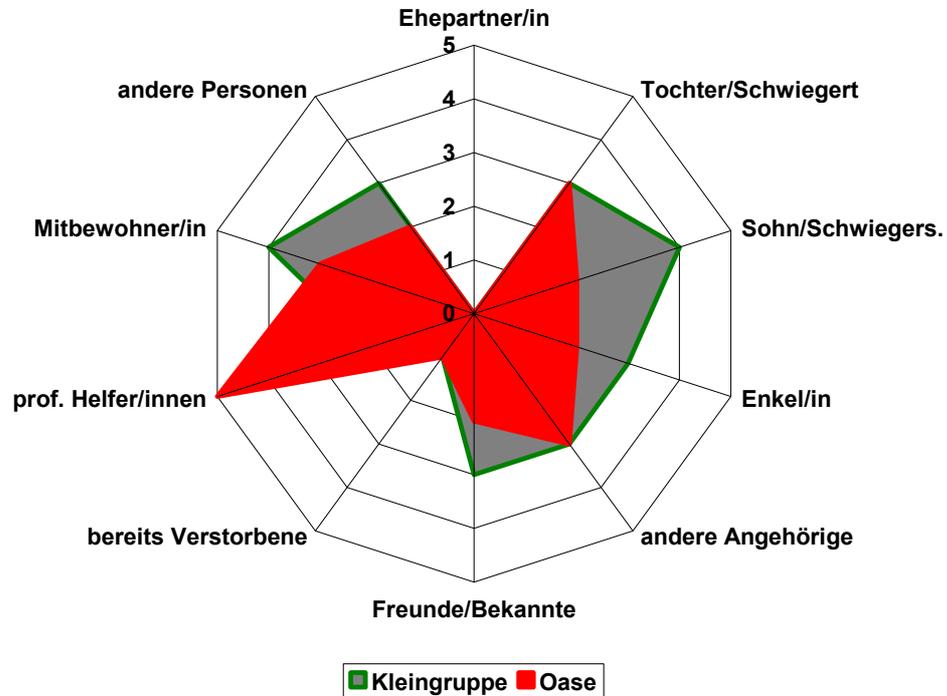


Abb. 12: Soziale Netzwerke Kleingruppenbewohner und Pflegeoasenbewohner zu T1

Die Abb. 12 zeigt für beide Gruppen noch ein relativ gut ausgebautes Netz von Kontaktpersonen zu den Bewohnern der Kleingruppe und der Pflegeoase. Bei den Oasenbewohnern zeigt sich schon zu T1 ein Beziehungsgefüge zu dem Pflegepersonal und zu den Töchtern und Schwiegertöchtern. Bei der Kleingruppe zeigen sich starke Ausprägungen der Kontaktpersonen bei den Kindern und Schwiegerkindern und den Mitbewohnern, sowie bei Freunden/Bekanntem. In der Darstellung sind die abgestuften Intensitäten von Verbundenheit (sehr enge, enge und weniger enge Verbundenheit) zusammengefasst.

Die Kontrollgruppenteilnehmer verfügen im Verhältnis zu den Pflegeoasenbewohnern über ein recht ausgeprägtes soziales Netz. Besonders stark ist das Netz zu den Mitbewohnern, den Söhnen und Schwiegersöhnen und den Töchtern und Schwiegertöchtern ausgeprägt. Als weitere Netzwerkpartner spielen Enkel eine zunehmende Rolle, die, wie auch andere Personen, die Kontaktmöglichkeiten ergänzen. Bei den Pflegeoasenbewohnern sind die professionellen Helfer wie auch andere Angehörige im Netz stärker vertreten.

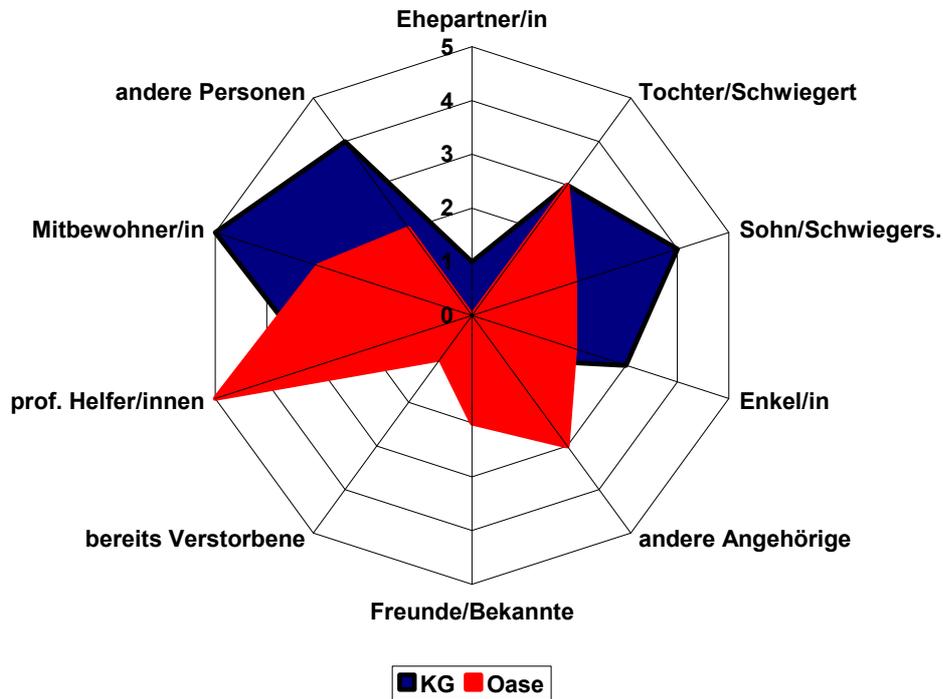


Abb. 13: Soziales Netzwerk der Pflegeoasenbewohner und Kontrollgruppe (KG) zu T1

Wie verändern sich im Zeitablauf von T1 zu T3 die Netze der Bewohner? Können sie z.B. in der Oase aufgrund von mehr Kontakten ihre Netze erweitern und engere Beziehungen zu Pflegepersonal und Bewohner aufbauen?

Im Verlauf von 18 Monaten konnten die Bewohner der Pflegeoase trotz häufigem Wechsel von Bewohnern und Personal ihre sozialen Netze stabilisieren und erweitern. So nehmen die sozialen Netze im Zeitverlauf bis zum Zeitpunkt T3 zu: Mitbewohner, Söhne und Schwiegersöhne stabilisieren und vergrößern den Personenkreis und auch bereits verstorbene Personen werden einbezogen (Abb. 14). Das soziale Netz verlagert sich in Richtung Mitbewohner und professionelle Helfer, während die Bezüge zu den Angehörigen, wie Kinder, Schwiegerskinder und Enkel sich leicht rückläufig entwickeln.

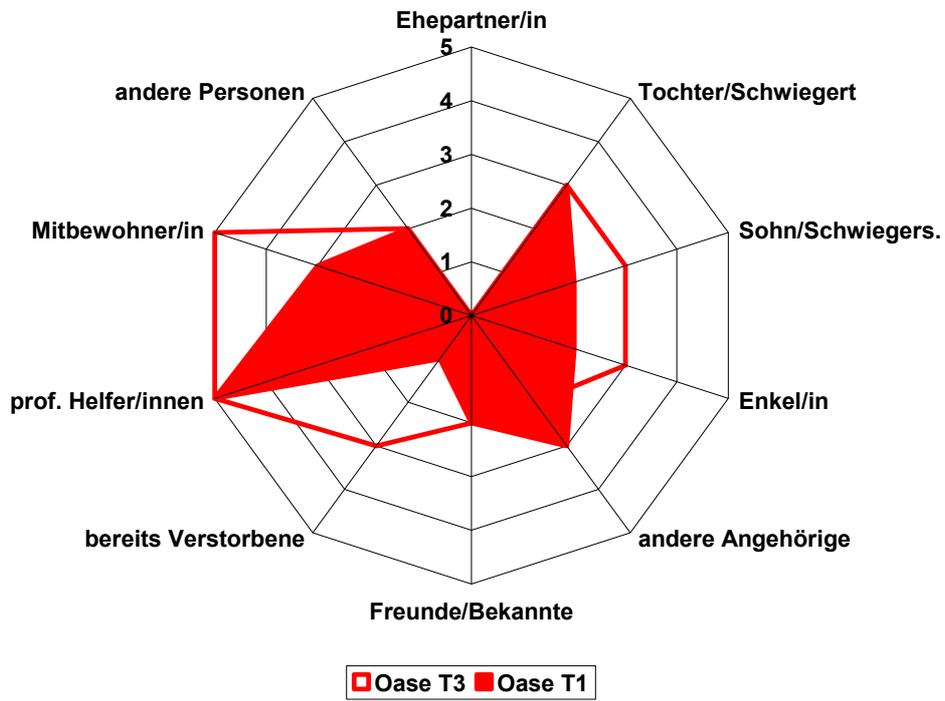


Abb. 14: Soziale Netze der Pflegeoasenbewohner zu T1 und T3

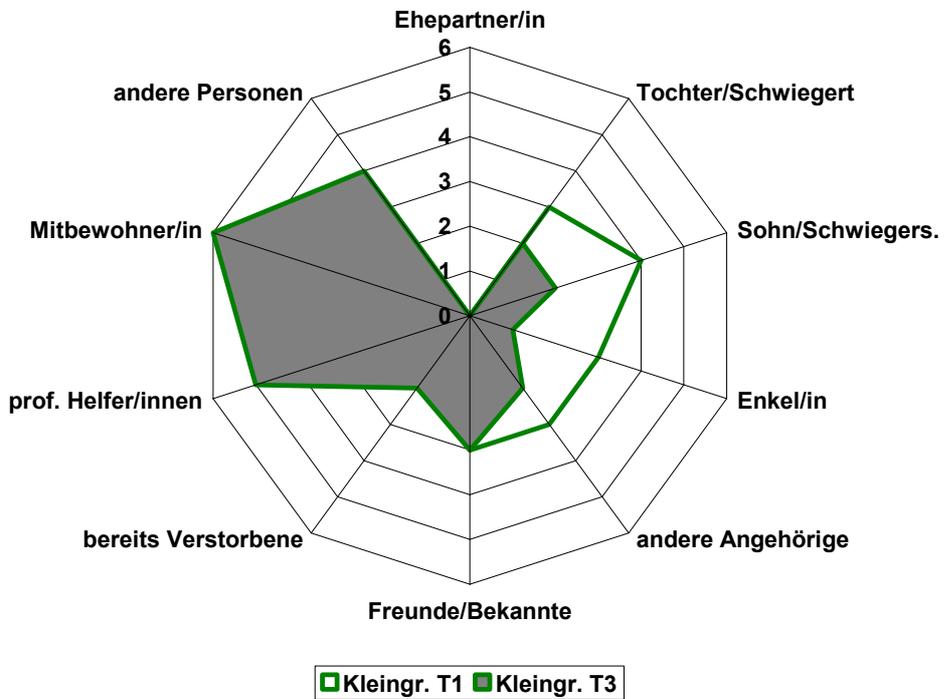


Abb. 15: Soziale Netze der Kleingruppe (WG)

In der Kleingruppe (Abb. 15) verläuft der Trend ganz ähnlich, wie bei den Oasenbewohnern. Das soziale Netz vergrößert sich in Richtung Mitbewohner und professionelle Helfer, während auf der anderen Seite das Netz zu den Angehörigen stark zurückgeht.

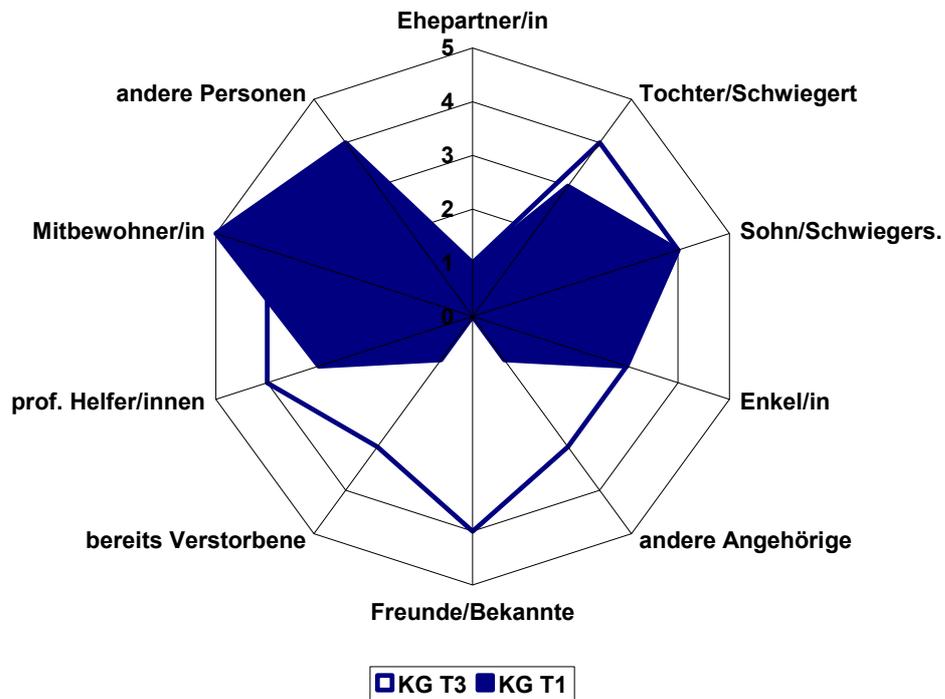


Abb. 16: Soziale Netze der Kontrollgruppe (KG)

Die Kontrollgruppenteilnehmer entwickeln zu T3 ein stark ausgeprägtes soziales Netz mit Spitzen zu Angehörigen wie Töchtern und Schwiegertöchtern, Söhnen und Schwiegersöhnen, Freunden/Bekanntem und auf der anderen Seite zu den professionellen Helfern, während das soziale Netz sich zu den Mitbewohnern verkleinert.

Vergleicht man die drei sozialen Netzwerke der Gruppen im Zeitverlauf, so scheint es, dass die Kontrollgruppe die Gewinner im Bereich der sozialen Netzwerke sind, ihr Netz vergrößert sich im Zeitverlauf. Bei der Pflegeoase, wie auch in der Kleingruppe gibt es geringe Abnahmen der sozialen Netze bei den Angehörigen und Zunahmen im Bereich Mitbewohner und professionelle Helfer.

Die Zunahme der sozialen Netze, sagt noch nichts über die Qualität der Beziehungen der Bewohner zu den genannten Personen aus. Wir haben das Pflegepersonal gefragt, wie intensiv die Beziehungen sind. Es gab die Möglichkeit, die

Verbundenheit der Bewohner zu ihren Bezugs- oder Kontaktpersonen nach *sehr eng*, *eng* oder *weniger eng* zu beurteilen.

<b>Sehr enge Verbundenheit</b>	<b>Oase T1</b>	<b>Oase T3</b>	<b>Kleingr. T1</b>	<b>Kleingr. T3</b>	<b>KG T1</b>	<b>KG T3</b>
Ehepartner/in	-	1	-	-	1	2
Tochter/Schwiegertochter	2	1	-	1	-	1
Sohn/Schwiegersohn	1	1	1	-	1	1
Enkel/in	2	1	-	-	2	-
Andere Angehörige	1	1	-	-	-	-
Freunde/Bekannte	-	-	1	-	-	-
Bereits Verstorbene	-	1	-	-	-	1
Professionelle Helfer/innen	-	2	-	4	1	2
Mitbewohner/innen	-	3	1	-	-	-
Andere Personen	-	-	-	-	-	-

Tab 09: Sehr enge Verbundenheit im Vergleich der Gruppen und im Verlauf

Insgesamt zeigen die Pflegeoasenbewohner Gewinne zu T3 bei sehr enger Verbundenheit zu anderen Personen auf. Sie stellen sich auf ihre neue Umgebung ein und ihr soziales Netz vergrößert sich in Richtung sehr enge Verbundenheit zu den Mitbewohnern und dem Pflegepersonal, während die sehr engen Verbundenheiten zu den Angehörigen leicht abnehmen.

Bei den Bewohnern der Kleingruppe gibt es vor allem Gewinne bei Kontakten mit den professionellen Helfern und den Angehörigen, den Töchtern/ Schwiegertöchtern. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe (KG) erzielen leichte Gewinne bei den professionellen Helfern, den Angehörigen und Ehepartnern.

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

Es war erwartet worden, dass die Pflegeoasenbewohner im Verlaufe des Beobachtungszeitraumes von ca. 18 Monaten ihr soziales Netzwerk erweitern und enge Beziehungen zu anderen Personen aufbauen können. Das ist hier eingetroffen. Es sind Zuwächse an Kontakten gemessen worden.

Es hatte sich eine relative Stabilität der Sozialkontakte der Pflegeoasenbewohner herausgebildet. Dies ist um so höher zu bewerten, als der häufige Wechsel der Bewohner durch Versterben den Aufbau von stabilen Netzwerken erheblich erschwert hatte.

#### 4.6 Soziales Verhalten

Konzepte wie die der Pflegeoasen oder Wohngruppen bzw. Wohngemeinschaften sind am sozialen Verhalten ihrer Teilnehmer zu erkennen. Sie spiegeln die Annahme oder Ablehnung sozialer Teilhabe wider. Daher kommt der Bereitstellung günstiger Bedingungen zur Begegnung ein hoher Stellenwert zu. Das Konzept der Pflegeoasen soll strukturell die Voraussetzungen für eine Kontaktaufnahme verbessern. Konnten soziale Verhalten angeregt werden?

Mit Hilfe von Beobachtungen soll diesen Fragen nachgegangen werden. Der Einsatz der NOSGER, sollte das Sozialverhalten erfassen. Anhand von fünf Werten wurden Reaktionen der Bewohner in Bezug zu anderen Personen erfasst. Da die teilnehmenden Probanden dieser Studie erheblich mobilitätseingeschränkt waren, sind insbesondere nicht mobilitätsabhängige Werte relevant. In der Zusammenfassung der Werte im Vergleich der drei Gruppen zeigen sich zum Ausgangspunkt der Beobachtungen Vorteile für die Pflegeoasenteilnehmer. Zum Zeitpunkt T3 haben sich die Werte der Pflegeoasenbewohner und der Kontrollgruppe (KG) verschlechtert, die Werte der Kleingruppe verlaufen in positive Richtung auf das Niveau der Pflegeoasenbewohner (Abb. 17).

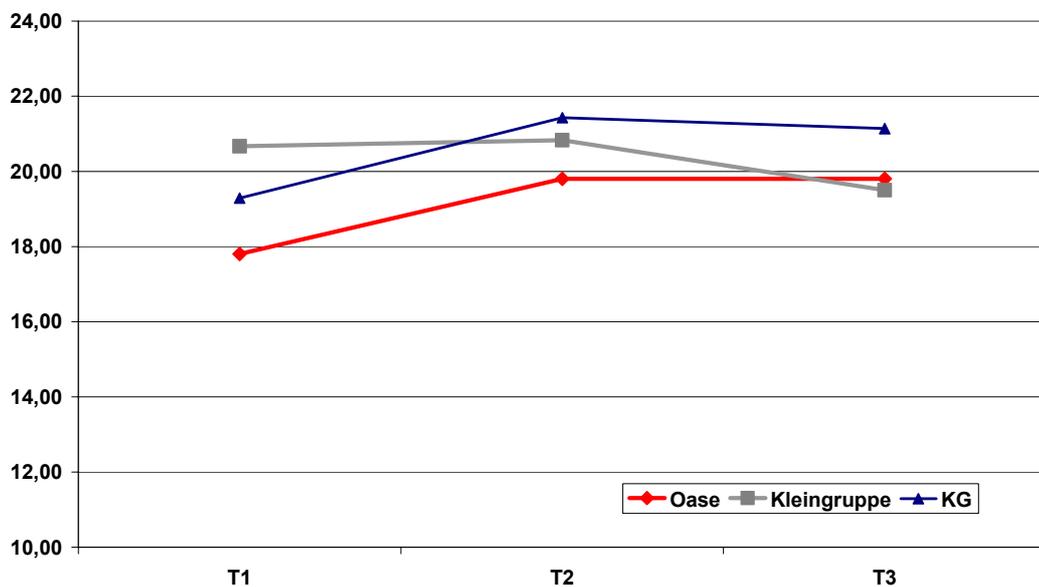


Abb. 17: Nach NOSGER, Mittelwerte Sozialverhalten. Je höher der Wert umso negativer. Werte zwischen 12 bis 15 Punkte liegen für Bewohner stationärer Einrichtungen noch im Normalbereich.

Trotz unterschiedlicher Ausgangswerte gleichen sich die Werte der beiden gemeinschaftsbezogenen Betreuungssysteme an. Die Pflegeoasenbewohner können ihren niedrigeren Ausgangswert von 17,80 Punkten nicht halten und verschlechtern sich um 2 Punkte.

Die Kleingruppe verbessert hingegen ihren Ausgangswert von 20,67 Punkten auf 19,50 Punkte. Die Kontrollgruppe verschlechtert sich um fast 2 Punkte zu T3 (T1 = 19,29 Punkte; T3 = 21,14 Punkte).

Betrachtet man die Einzelwerte der NOSGER im Sozialverhalten im Vergleich der Pflegeoase und der Kleingruppe, so zeigt sich zu Beginn (T1) in der Pflegeoase in den mobilitätsunabhängigen Werten, wie „nimmt Anteil an den Vorgängen..“, „nimmt Kontakt auf“ und „wirkt freundlich und positiv“ etwas positivere Werte als in der Kleingruppe. Dies ändert sich zu T3, die Werte in der Pflegeoase verschlechtern sich, Ausnahme der Wert „nimmt Kontakt auf“ der auf dem gleichen Niveau bleibt wie zu T1, während sich die Werte in der Kleingruppe verbessern, bzw. gleich bleiben.

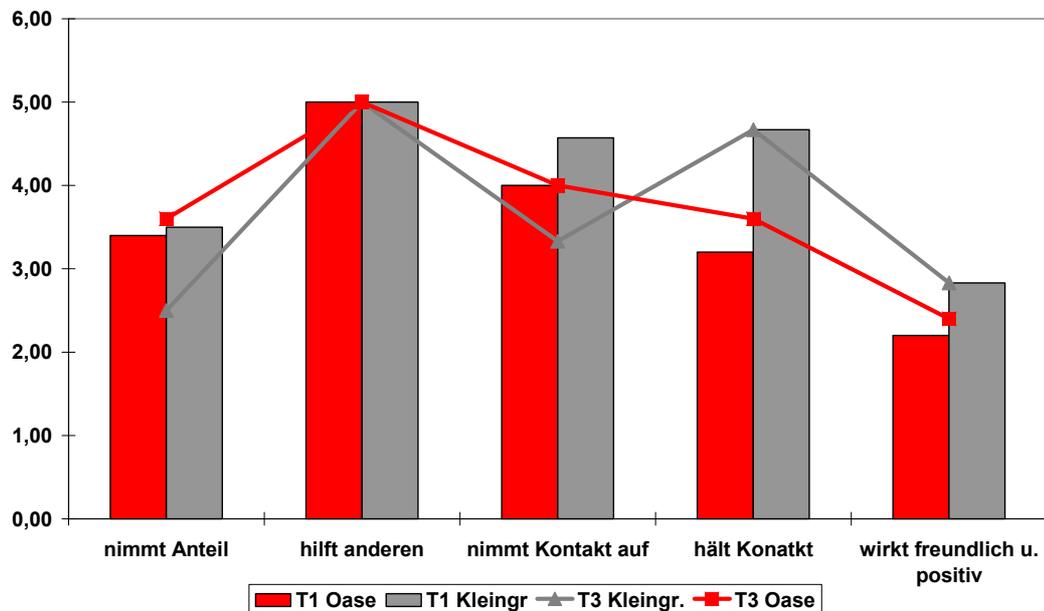


Abb. 18: Einzelwerte Sozialverhalten im Vergleich Pflegeoase und Kleingruppe. Je höher der Wert umso negativer (Werte von 1-5 Wert 1 positiv, Wert 5 negativ).

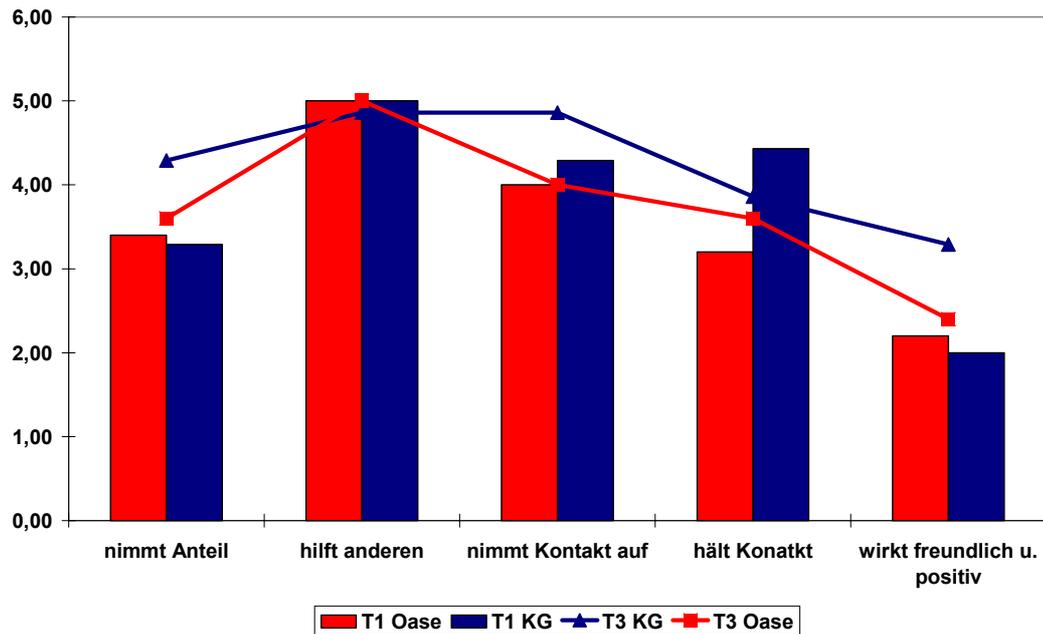


Abb. 19: Einzelwerte Sozialverhalten im Vergleich Pflegeoase und Kontrollgruppe (KG).

Im Vergleich Pflegeoase und Kontrollgruppe (KG) gibt es ein differenzierteres Bild. Die Pflegeoase zeigt sich zu Beginn nur in zwei Werten positiver als die Kontrollgruppe, in dem Wert „nimmt Kontakt auf“ und „hält Kontakt“, während die Bewohner der Kontrollgruppe stärker Anteil an ihrer Umgebung nehmen und freundlich und positiver wirken. Diese Werte kann die Kontrollgruppe aber zu T3 nicht halten, es tritt in drei Werten eine Verschlechterung ein. Der Wert „hält Kontakt“ kann sich aber zu T3 noch einmal verbessern. Die Pflegeoase kann zu T3 keine Verbesserung erzielen.

Zu Beginn der Messungen liegen alle drei Gruppen in dem Wert „Nimmt Anteil...“ eng zusammen aber nur die Kleingruppe kann ihren Wert zu T3 um einen Punkt verbessern, die Pflegeoase verschlechtert sich leicht und die Kontrollgruppe um einen Punkt

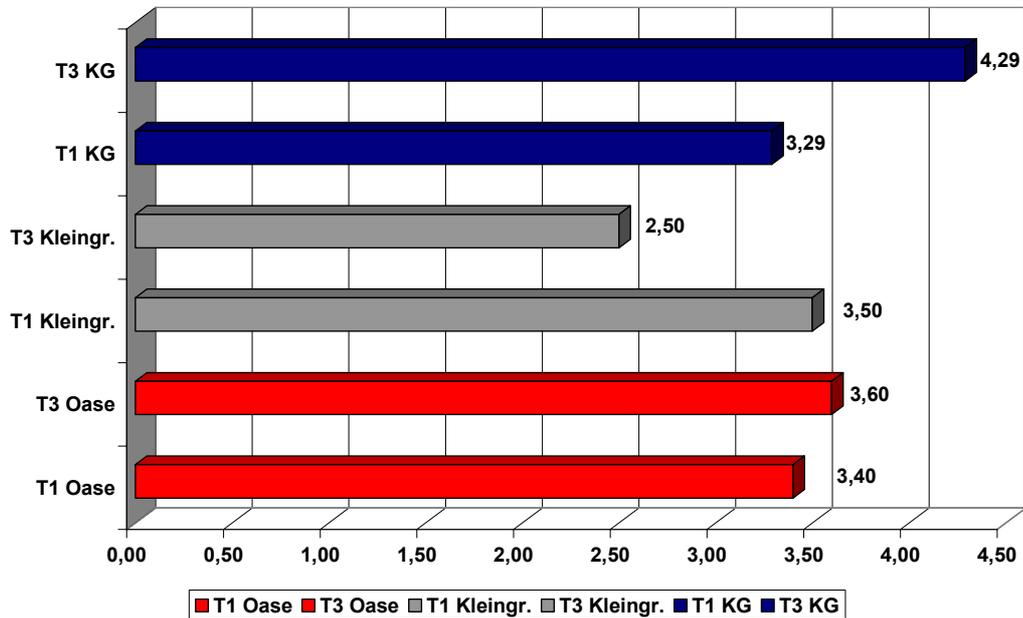


Abb. 20: NOSGER: „Nimmt Anteil an den Vorgängen...“ im Gruppenvergleich

Auch ähnlich sind die Verläufe bei dem Wert „Nimmt Kontakt auf“, auch hier kann sich nur die Kleingruppe zu T3 verbessern, die Pflegeoase hält ihren Wert und die Kontrollgruppe (KG) verschlechtert sich in dem Wert.

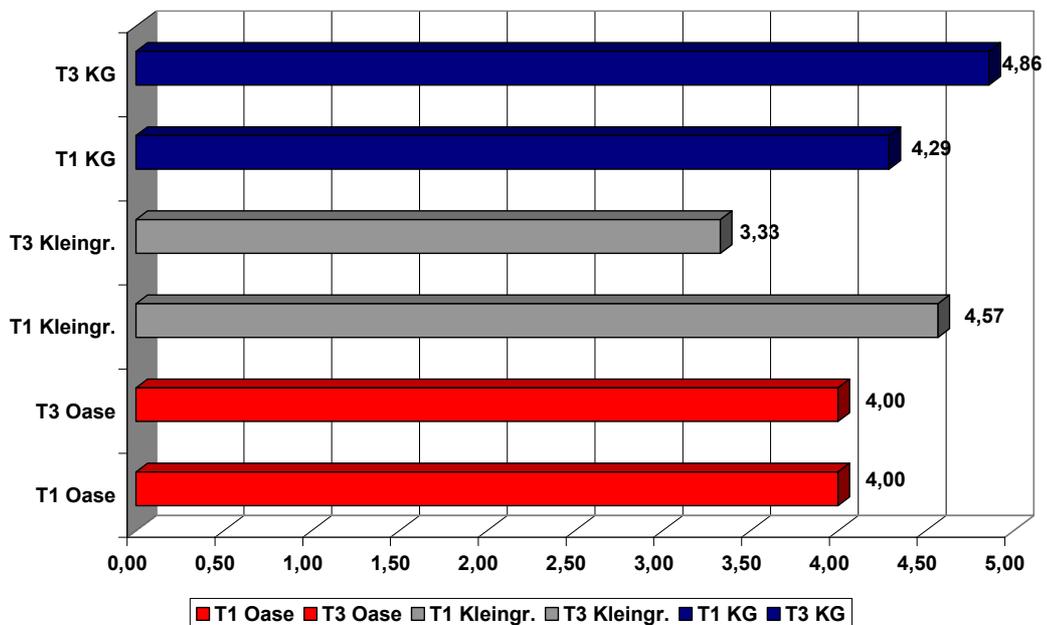


Abb. 21: NOSGER Wert: „Nimmt Kontakt auf“ im Vergleich der drei Gruppen.

#### 4.7 Störendes Verhalten

Mit der Demenz treten häufig auch Verhalten auf, die von den Mitbewohnern, Personal und Angehörigen als störend empfunden werden. Sie wirken sich besonders negativ auf gemeinschaftsbezogene Betreuungsansätze aus. Auch im Schwerstpflegebereich treten negative Verhaltensäußerungen wie verbal oder physisch aggressives Verhalten auf. Beschimpfungen der Mitbewohner, lautes Rufen oder unkontrollierte Bewegungen können im Extremfall die Entwicklung in der Oase behindern oder gar völlig unmöglich machen. Bei Neuzuzügen und vor allem dann, wenn alle Bewohner neu eingezogen sind, kann es leicht zu nicht kompatiblen Zusammensetzungen der Bewohner kommen.

Teilnehmer der Vergleichsgruppen sind in der Regel vorher bekannt und ihr Verhalten einschätzbar. So ist es zu erwarten, dass zumindest zu Beginn der Begleitstudie die Kontrollgruppenteilnehmer aus den Wohnbereichen wie auch aus der Kleingruppe weniger störendes Verhalten zeigen (Abb.22).

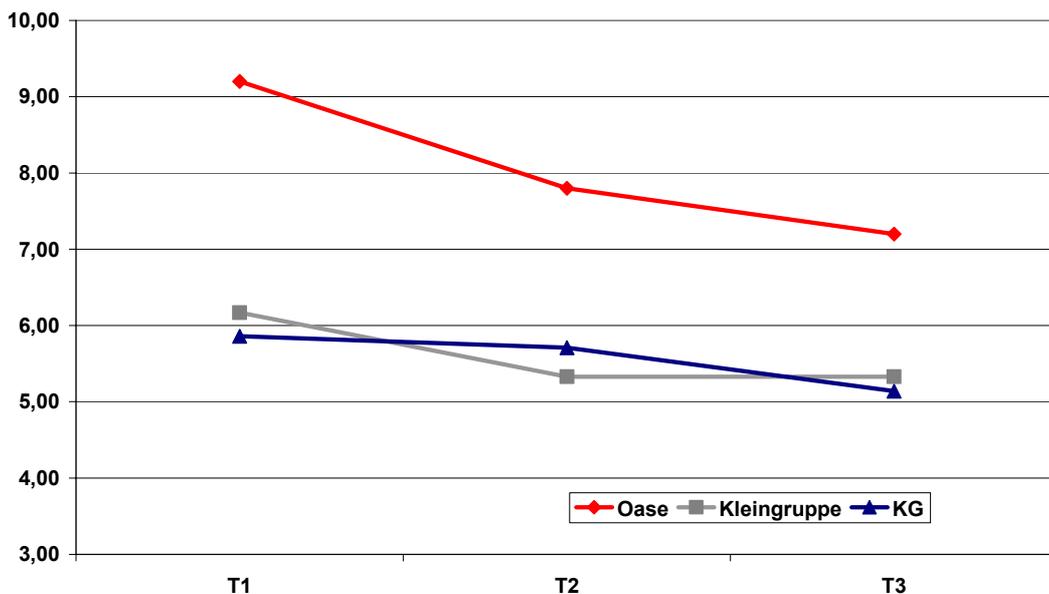


Abb. 22: NOSGER: Störendes Verhalten im Vergleich und Verlauf der drei Gruppen

Das Auftreten von störendem Verhalten ist in der Kleingruppe und der Kontrollgruppe (KG) zu T1 nur gering vorhanden und nimmt zum Zeitpunkt T3 noch weiter ab, so dass es sich in einem sehr niedrigen Bereich bewegt. Bei den Bewohnern der Pflegeoase liegt der Wert zu Beginn der Messung noch über 9 Punkte, kann sich aber im Verlauf zu T3 um 2 Punktwerte verbessern. Er erreicht aber noch nicht das Niveau der Kleingruppe und der Kontrollgruppe. Die

Erwartung, dass sich die Pflegeoase mindernd auf Verhaltensstörungen auswirkt, hat sich auch in Lechrain bestätigt

NOSGER Störendes Verhalten	Pflegeoase		Kleingruppe		Kontrollgruppe (KG)	
	T1	T3	T1	T3	T1	T3
Ist unruhig in der Nacht	2,80	2,40	1,33	1,17	1,43	1,14
Läuft davon	1,00	1,00	1,17	1,83	1,00	1,00
Ist reizbar und zänkisch	1,60	1,40	1,00	1,67	1,14	1,00
Ist aggressiv	1,40	1,20	1,17	1,17	1,14	1,00
Ist eigensinnig	2,40	2,00	1,50	1,00	1,14	1,00

Tabelle 10: NOSGER: Störendes Verhalten, Einzelwerte im Vergleich und Verlauf, Mittelwerte

Bei den Einzelwerten wird das störende Verhalten der Bewohner der vergangenen zwei Wochen beobachtet. Positive Veränderungen in der Zeit T1 zu T3 zeigen sich bei den Bewohnern der Pflegeoase, sie können sich in den Werten leicht verbessern. Die Kleingruppe zeigt nur in den Werten „Ist unruhig in der Nacht“ und „Ist eigensinnig“ leichte Verbesserungen, während zwei Werte, wie „Läuft davon“ (eine Person in der Kleingruppe ist noch mobil) und „Ist reizbar und zänkisch“ sich leicht verschlechtern. Der Wert „Ist aggressiv“ verändert sich nicht im Zeitverlauf. Die Kontrollgruppe erfährt im Verlauf wie die Pflegeoase leichte Verbesserungen in vier Werten des störenden Verhaltens.

#### 4.8 Neuropsychiatrisches Verhalten NPI

Demenzkrankungen werden zuvorderst an den fortschreitenden kognitiven Beeinträchtigungen gemessen. Aber auch die häufig auftretenden Begleitscheinungen neuropsychiatrischer Symptome und Verhaltensauffälligkeiten führen bei den Betroffenen selbst und ihrem sozialen Umfeld zu erheblichen Belastungen. Mit den NPI-Werten können wesentliche Veränderungen des Gefühlslebens sichtbar gemacht werden. Sie bilden einen Indikator für den Verlauf von Verhaltensstörungen und zeigen Ansätze zur therapeutischen Intervention der Symptome. Als eine solche Intervention kann das Konzept der Pflegeoase eingesetzt werden.

Im Laufe der Erkrankung entwickeln sich bei einem hohen Anteil der Demenzkranken tief greifende Veränderungen des Gefühlslebens und des Verhaltens. Es kann zu psychopathologischen Veränderungen – oder nichtkognitiven

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 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 gemessen.

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

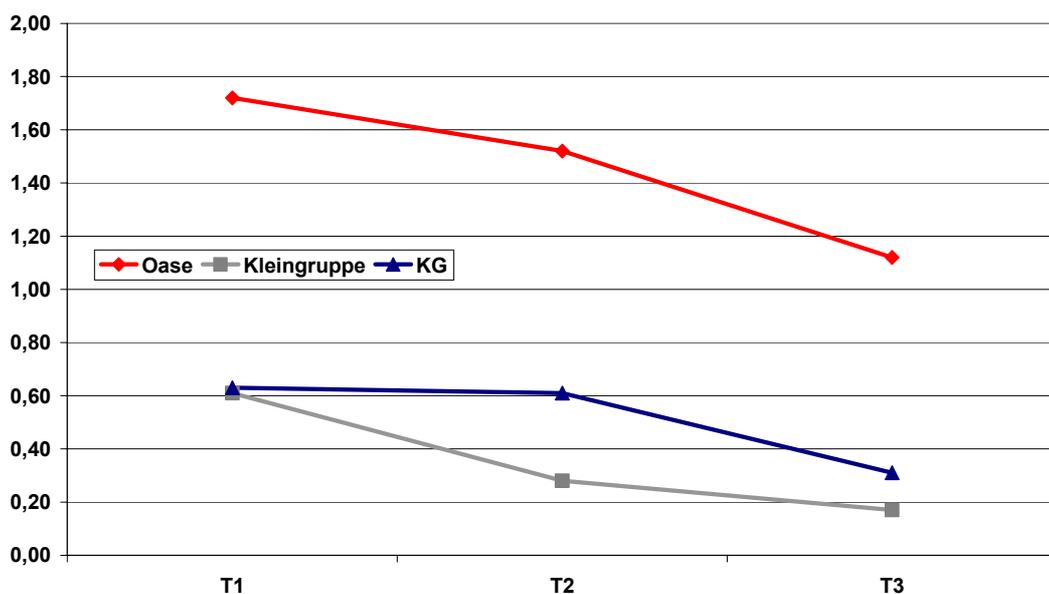


Abb. 23: NPI im Vergleich und Verlauf, Mittelwerte. Es werden 12 Verhalten gemessen, Beobachtungszeitraum die letzten vier Wochen. Werte von 0 = kein Auftreten, 1= leicht, 2= mittelschwer, 3 = schwer. Signifikanzniveau: T1 n.s.; T2 p= 0,063; T3 n.s.

Insgesamt können alle drei Gruppen ihre Werte im Zeitverlauf verbessern. Die Pflegeoasenbewohner mindern das Auftreten störenden Verhaltens und somit ihre Ausgangswerte von „mittelschwer“ (T1) auf „leicht“ (T3). Die Kontrollgruppe

(KG) und die Kleingruppe haben fast identische Ausgangswerte zu T1 („leicht“) und können die Werte zu T3 reduzieren („kein Auftreten“).

Alle drei Gruppen weisen Verbesserungen zu T3 auf, wobei das Verhalten der Werte der Kleingruppe und der Kontrollgruppe schon zu Beginn „bei kein Auftreten“ bis zu „leicht“ liegt. Die Oasenbewohner können 5 Werte von den 12 Items zu T3 verbessern, bei der Kleingruppe sind es 7 und bei der Kontrollgruppe 8 Werte. Bei den Pflegeoasenbewohnern verschlechtern sich 5 Werte leicht, bei der Kleingruppe und der Kontrollgruppe jeweils 1 Wert. Insgesamt liegen die Einzelwerte der Verhaltensauffälligkeiten bei allen Bewohnern in einem sehr niedrigen Bereich.

NPI	Pflegeoase		Kleingruppe		Kontrollgruppe (KG)	
	T1	T3	T1	T3	T1	T3
Agitiertheit	1,20	0,40	0,67	0,17	0,43	0,00
Reizbarkeit	1,00	0,80	0,17	0,00	0,43	0,00
Depressionen	1,20	0,80	0,50	0,33	0,57	0,43
Abweichend motorisches Verhalten	1,20	1,40	0,33	0,00	0,29	0,43
Apathie	0,80	0,80	0,50	0,17	0,86	0,71
Angst	0,80	0,60	0,67	0,00	0,43	0,14
Essstörung	0,20	0,60	0,50	0,50	0,57	0,29
Schlafstörung	1,20	0,80	0,33	0,00	0,14	0,14
Wahnvorstellung	0,20	0,40	0,00	0,00	0,43	0,14
Enthemmung	0,40	0,40	0,00	0,00	0,29	0,00
Halluzination	0,20	0,40	0,00	0,17	0,00	0,00
Hochstimmung	0,20	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00

Tab.11: NPI Einzelwerte der 12 Items im Vergleich und Verlauf, Mittelwerte. Signifikanzniveau: NPI Wert Apathie  $p = 0,054$

## 4.9 Stimmung

Die Beobachtung der Stimmung der Bewohner setzt sich aus mehreren Einzelwerten zusammen. So bietet die NOSGER mit seinen fünf Items eine erste Bewertung der Stimmung. „Mit zwei Beobachtungen wird direkt über die Sprache die Stimmung eingeschätzt und soweit Sprechfähigkeit nicht mehr vorhanden ist, durch weitere drei Einschätzungen die Gefühlslage bewertet“ (Dettbarn-Reggentin/ Reggentin 2014: 50).

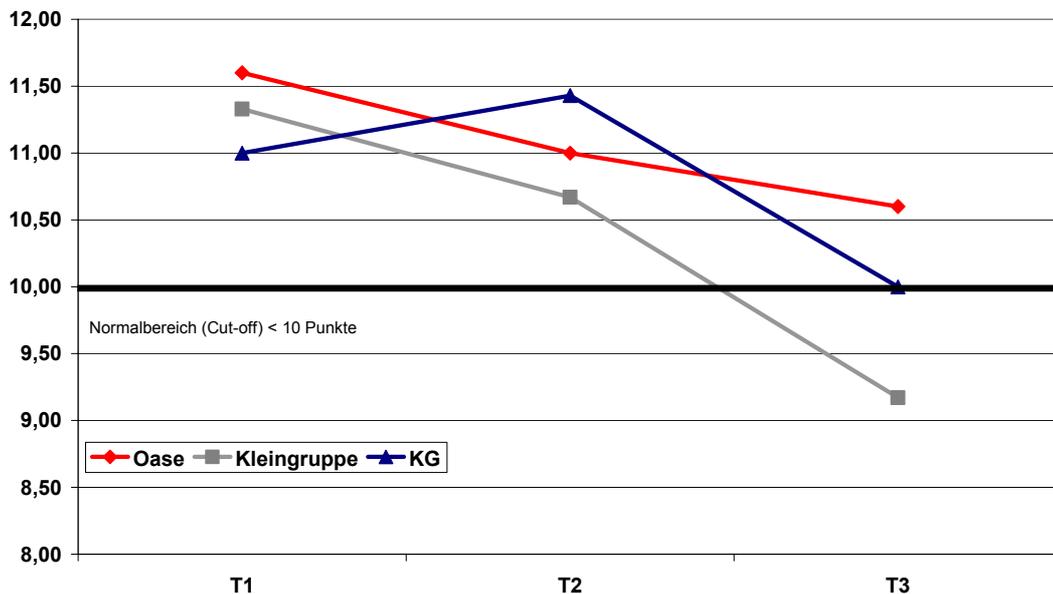


Abb. 24: NOSGER. Zusammenfassung der fünf Werte für Stimmung. Je höher die Werte umso höher die Einbußen an positiver Stimmung (Mittelwerte).

Alle drei Vergleichsgruppen können ihre Werte zu T3 verbessern. Die Kleingruppe verbessert ihren Ausgangswert um 2,16 Punkte und liegt damit im Normalbereich. Die Pflegeoasenbewohner erreichen zu Beginn den höchsten Ausgangswert (T1), können aber auch ihren Wert im Zeitverlauf um 2 Punkte verbessern. Bei der Kontrollgruppe schwanken die Stimmungen aber auch ihre Teilnehmer können ihren Wert um 1 Punkt verbessern und erreichen zu T3 fast den Normalbereich. Die Einzelwerte der NOSGER Stimmung, wie „ist traurig“, „fühlt sich wertlos“, „wirkt traurig/weinerlich“, „erscheint gutgelaunt“ und „freut sich auf Ereignisse“ zeigen uns noch einmal deutlich wo die Schwerpunkte der Veränderungen liegen (Tab. 12).

NOSGER Stimmung	Pflegeoase		Kleingruppe		Kontrollgruppe (KG)	
	T1	T3	T1	T3	T1	T3
Ist traurig	2,20	2,00	1,50	1,00	2,29	1,00
Fühlt sich wertlos	1,60	1,40	1,17	1,00	1,57	1,00
Wirkt traurig/weinerlich	2,00	2,00	2,17	1,33	1,57	1,43
Erscheint gutgelaunt	3,40	2,80	3,00	2,33	2,86	3,29
Freut sich auf Ereignisse	2,80	2,80	3,50	3,33	2,71	3,29

Tab 12: NOSGER Stimmung Einzelwerte, je höher die Punktzahl je geringer die Stimmung. Mittelwerte. NOSGER Wert „ist traurig“  $p = 0,049$

In der Kleingruppe verringern sich alle fünf Werte zu T3, bei der Pflegeoase sind es drei Werte die sich positiv verändern und zwei Werte bleiben gleich. Bei der Kontrollgruppe verändern sich drei Werte positiv und zwei Werte verschlechtern sich zu T3.

#### 4.10 Stimmung AARS

Mit der AARS werden Stimmungen in einem kurzen Beobachtungszeitraum von 10 Minuten festgehalten. Die AARS misst das Auftreten von Freude, Ärger, Angst, Traurigkeit und allgemeine Aufgeschlossenheit. Es werden hier Reaktionen, die mimisch, gestisch, über Lautäußerungen, Körperhaltung auf emotionale Anzeichen deuten aufgenommen.

AARS	Pflegeoase		Kleingruppe		Kontrollgruppe (KG)	
	T1	T3	T1	T3	T1	T3
Freude	3,40	3,40	2,17	3,67	3,86	2,29
Ärger/Zorn	2,20	1,80	0,50	0,67	0,14	0,86
Angst	2,20	1,00	0,50	1,00	1,43	1,14
Traurigkeit	2,40	1,40	0,83	1,67	0,86	1,71
Allgem. Aufgeschlossenheit	2,80	3,20	2,00	1,83	4,14	2,00

Tab. 13: AARS Stimmung, Einzelwerte im Vergleich und Verlauf (Mittelwerte)

Die negativen Emotionen, wie Ärger/Zorn, Angst, Traurigkeit können sich bei den Bewohnern der Pflegeoase zu T3 deutlich verringern, der positive Wert allgemeine Aufgeschlossenheit vergrößert sich und die Anzeichen für Freude ist im Verlauf gleichbleibend.

Bei der Kleingruppe nehmen die Anzeichen für Freude stark zu während die allgemeine Aufgeschlossenheit abnimmt. Die negativen Emotionen nehmen bis zum Zeitpunkt T3 bei der Kleingruppe zu.

Bei der Kontrollgruppe (KG) verändert sich mit dem Wert Angst nur ein Wert zu T3 abnehmend, d.h. positiv, während sich alle anderen Werte verschlechtern.

#### 4.11 Gesamtwohlbefinden

Die Quality of Life Scale for Dementia misst mit 11 Items, das Auftreten von Emotionen. Über die Qualid können gesamt 55 Punkte erzielt werden, wobei niedrige Werte ein hohes Wohlbefinden bedeuten und hohe Punktwerte ein geringes Wohlbefinden.

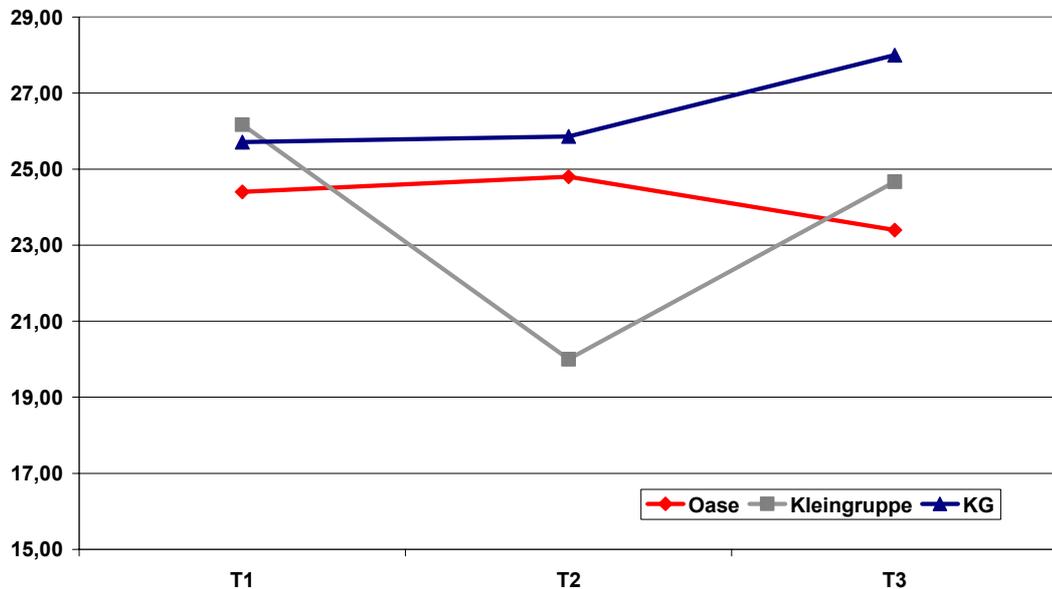


Abb.25: Qualid Gesamtverlauf im Vergleich, Mittelwerte, T2 P=0,031

Die Bewohner der Pflegeoase und die Kleingruppe können ihr Wohlbefinden zu T3 verbessern, wobei die Pflegeoase einen leicht positiveren Wert erreicht. Die Kontrollgruppe liegt zu Beginn zwischen dem Wert Pflegeoase und Kleingruppe, verschlechtert sich im Wohlbefinden kontinuierlich und nimmt zu T3 einen Wert von 28 Punkten ein

In der Pflegeoase sind in der Anfangsphase häufige Bewohner- und Personalwechsel zu verkraften, die Einfluss auf eine kontinuierliche Umsetzung des Betreuungs- und Pflegekonzeptes erlaubt haben. Der Verlust einzelner Bewohner kann für die Gruppe ein Problem bedeuten, wie es etwa die Kleingruppe betref-

fen hatte. Andere Grenzen liegen in den räumlichen Voraussetzungen in der Pflegeoase wie auch in der Kleingruppe. Sie begrenzen die Interventionsmöglichkeiten, wie sie im Folgenden dargestellt werden.

## 5.0 Bauliche Voraussetzungen

Die Einflüsse aus baulich-räumlichen Vorgaben werden immer wieder als fördernde oder hemmende Faktoren genannt. Mit den Kriterien, die Sloane u.a. (a.a.O.) aufgestellt haben, sollen auszugswise drei Kriterien hervorgehoben werden: Die Sicherheit, die Orientierung und das soziale Milieu.

### 5.1 Sicherheit

Pflegeoase	Kleingruppe
<p>Pflegeoasen sehen ihre Stärke in einer hohen Personalpräsenz. Sie geben den Bewohnern das Gefühl von Sicherheit. Aber auch Angehörigen wird mit der konstanten Personalbesetzung ein beruhigendes Gefühl vermittelt, immer für ihre zu pflegenden Verwandten da zu sein.</p>	<p>Kleingruppen haben im stationären Bereich schon längere Erfahrungen und zeichnen sich durch eine höhere Personalbesetzung aus, als die Versorgung im Wohnbereich in Einzelzimmern mit allgemeinen Betreuungsangeboten.</p> <p>Teilnehmer an der Gemeinschaft erleben einen strukturierten Alltag mit ritualisierten Angeboten der Tagesgestaltung.</p> <p>Hieraus schöpfen sie Sicherheit. Das wissen auch Angehörige zu schätzen.</p>

### Ausgangskontrolle

Für die Oasenbewohner wie auch für die Teilnehmer an der Kleingruppe und der Kontrollgruppe ist dies nicht mehr relevant. Der Bewegungsradius liegt innerhalb des Wohnbereichs. Die Bewohner sind nicht mehr in der Lage, sich ohne fremde Hilfe außerhalb des Pflegeoasenbereiches zu bewegen. Es besteht jedoch noch die Fähigkeit zu unselbstständiger Rollstuhlnutzung oder Gehen im Walker. Bei je einer Person in der Oase und der Kleingruppe besteht Bettlägerigkeit.

### **Instandhaltung / Erhaltungszustand**

In der Pflegeoase sind die Räume neu gestaltet, individuelle wie auch gemeinschaftliche Einrichtungsobjekte sind ebenfalls neu.

Die Kleingruppe liegt im 3. OG eines historischen Altbaus. Die Räumlichkeit des Gemeinschaftsbereiches ist beengter. Die Einrichtung befindet sich in einem guten Zustand, jedoch erreicht die Beleuchtung nicht die notwendige Stärke.

Die Kontrollgruppenteilnehmer finden vergleichbare Ausstattungen vor, wie die Teilnehmer der Kleingruppe.

### **Sauberkeit**

Zu allen Beobachtungszeiträumen war in der Pflegeoase wie auch in der Kleingruppe immer hohe Sauberkeit im Raum wie auch bei den Gebrauchsgegenständen vorhanden.

## **5.2 Orientierung**

<b>Pflegeoase</b>	<b>Kleingruppe</b>
<p>Die Pflegeoasen in Lechain sind im 4. OG angeordnet. Der Aufzug liegt in der Nähe des Eingangsbereiches, Besucher können sich leicht orientieren.</p> <p>Bewohner der Pflegeoasen haben ihren eigenen Bereich, der nicht mit anderen geteilt oder auch durchlaufen wird. Sie orientieren sich leicht innerhalb ihres Gemeinschaftsbereiches, soweit sie es denn selbstständig nutzen, was nur in Ausnahmen geschieht.</p>	<p>Der Gemeinschaftsbereich der von der Kleingruppe im WB des 3. OG Im Paritätischen Hospitalstift genutzt wird, ist von Besuchern relativ schwer auffindbar. Er liegt entfernt vom Eingangsbereich und ist mit dem Aufzug und dann über einen langen Flur erreichbar.</p> <p>Die Bewohner in der Kleingruppe werden überwiegend vom Personal aus den Zimmern geholt und verbringen dann den Tag im Gemeinschaftsbereich.</p>



Abb. 26 und 27: Gemeinschaftsbereich links Pflegeoase; rechts Zugang Kontrollgruppe Gemeinschaftsbereich

Innerhalb des jeweiligen Bereiches sind zwischen beiden Vergleichsgruppen große Unterschiede in der Gestaltung auffällig. Während in der Pflegeoase bisher die Schwierigkeiten deutlich erkennbar sind, ein Milieu des Wohnens und des Schutzraumes mit anregenden Elementen herzustellen, erleben die Bewohner in ihrer Kleingruppe auf engerem Raum ein geradezu „klassisches“ Wohnmilieu, das in vielen Details an die Wohnküche aus den Jugendjahren der Bewohner erinnert.

Die Aufenthaltsqualität wird vom Betrachter eher in der Kleingruppe höher eingeschätzt. Während die Atmosphäre in der Pflegeoase durch seine Größe wie auch seine Undefiniertheit weder als Wohn- oder Essraum oder Aufenthalts-Durchgangsraum eine klare Bestimmung erkennen lässt.

Trotz seiner geringeren Größe sind im Gemeinschaftsraum der Kleingruppe die drei Bereiche Kochen, Essen und Wohnen geteilt. Die Anordnung folgt der üblichen Abfolge von Zubereitung, Verzehr bis zum anschließenden Entspannen.

### **Versorgungsautonomie der Pflegeoasen**

Mit der Errichtung der Pflegeoasen auf dem 4. OG im Seniorenzentrum Lechrain wird eine räumlich organisatorische Voraussetzung für eine selbstständige Führung innerhalb des Hauses geschaffen. Im Normalbetrieb ist die Dauerpräsenz einer Pflegefachkraft sowie weiterer Helfer gesichert.

Bei Teilbelegung werden die Pflegeoase oder beide Pflegeoasen einem Wohnbereich zugeordnet.

### **Versorgungsautonomie der Kleingruppe**

Die Teilnehmer der Kleingruppe leben im Wohnbereich im 3. OG des Paritätischen Hospital-Stift. Das ist kein Demenzbereich. Die Kleingruppe wurde organisatorisch von Beginn an nicht bewusst als Demenzgruppe geführt, hat sich aber als solche mit der Zeit herausgebildet.

## Orientierung und Gestaltung

Je klarer und eindeutiger die vorgegebenen räumlichen Strukturen für die Nutzer erscheinen, desto schneller wird eine Vertrautheit mit dem räumlichen Milieu erzeugt. Weite Wege oder schwer einsehbare Teilbereiche wie die Küchenzeile sind für die Orientierung nicht förderlich.

Ebenso kann die Erkennbarkeit von Gegenständen oder Personen herabgesetzt sein, wenn die Beleuchtung nicht eine Mindeststärke erreicht.

Akustische Störungen durch Außenlärm oder intern erzeugte Lärmquellen wie sie beispielsweise häufig bei der Essensvorbereitung erzeugt werden, mindert die Konzentration der Bewohner. Störend kann sich auch die Raumakustik auswirken, etwa bei harten Materialien, insbesondere bei ungünstigem Raumzuschnitt.

Mit Hilfe visueller und taktiler Stimulation können Beeinträchtigungen des Sehens zumindest teilweise kompensiert werden. Hilfreich erweisen sich angepasste Beleuchtungsstärken, die auch steuerbar auf verschiedene Szenarien angepasst werden können oder taktil erfahrbare Orientierungshilfen, mit deren Hilfe die selbstständige Nutzung des Raumes gestützt wird.

Der barrierefreie Zugang zu Außenbereichen wird als Kernbestandteil des Wohnens angesehen. Die Wahrnehmung der natürlichen Umgebung im Außenraum und deren Nutzung wird für schwerstpflegebedürftige demenzkranke Menschen zu einem Orientierungselement, mit dem die Wahrnehmung der Tageszeit und der Jahreszeit gestärkt wird. Die Anbindung des Gemeinschaftsbereiches an den Außenraum wie den Garten oder eine Terrasse sollte Bestandteil der Planung nicht nur für demenziell erkrankte und immobile Menschen sein.

Einen zentralen Punkt der Versorgung bilden die Privatheit des Bewohner-Raumes und seine Anbindung an ein soziales Milieu, das über den Gemeinschaftsbereich erschlossen wird.

Pflegeoase	Kleingruppe
<p>Die Orientierung innerhalb der Räume der Pflegeoasen wird durch die großen Raumteile erschwert. Die Funktionen wie Essen, Beschäftigen und Unterhalten finden am Tisch statt. Das ist der zentrale Punkt, der die Bewohner zusammenführt</p>	<p>Alle Leistungen und Angebote sind jederzeit von allen Personen im Raum erkennbar. Auch die Betreuungskräfte sind jederzeit wahrnehmbar. Vom zentralen Tisch aus lassen sich alle Raumteile überschauen.</p>
<p>Die Beleuchtung des Kernbereiches wird mit Tageslicht über die raumhohen Fensterelemente erreicht. Die</p>	<p>Die Beleuchtung mit Tageslicht über die vier Gaubenfenster erreicht nur geringe Stärken bis max. 100 Lux.</p>

<p>langen Flure sind dagegen dunkler. In der Raummitte konnten an einem leichtbewölkten sonnigen Tag im Dezember 660 – 780 Lux gemessen werden.</p> <p>Mit zugeschalteten Lampen sind Werte in der Raummitte bis 950 Lux möglich</p>	<p>Zugeschaltete Leuchtkörper erzeugen über dem Gemeinschaftstisch zwischen 185 und 265 Lux. Im Bereich der Küchenzeile werden zwischen 150 und 550 Lux erzielt.</p>
<p>Außenlärm wird nicht wahrgenommen. Intern: Bei der Essensanlieferung entstehen bis zu 60 dB. Sonst mitunter störende Schallreflektion.</p>	<p>Außenlärm wird nicht wahrgenommen. Intern: Bei der Essensanlieferung entstehen bis zu 60 dB.</p>

### 5.3 Privatheit

Die Pflegeoasenbewohner leben in eigenen Räumen mit Waschbecken, ohne eigenen Sanitärbereich. Die Türbreiten sind auf 1,50 m einstellbar (zweiflügelig). Ein Rückzug wie beispielsweise nach dem Mittagessen ist möglich und kann jederzeit erfolgen. Dies wird auch wahrgenommen. Eine zumindest akustische Teilhabe kann bei geöffneten Türen erfolgen, da die Räume direkt an den Gemeinschaftsbereich angeschlossen sind.

Die Kleingruppenteilnehmer wohnen auf dem Wohnbereich der 3. Etage. Sie verbringen den größten Teil des Tages im Gemeinschaftsbereich.



Abb.28: Bewohnerzimmer Pflegeoasen vor Einzug

Die Bewohner der Pflegeoasen verfügen über eigene Individualbereiche in Mindestgrößen nach Bayerischer AVPfleWoqG.

Bei geöffneten Türen sind die Bewohner akustisch mit dem Gemeinschaftsbereich verbunden.

Die Bewohner des Wohnbereichs III im Paritätischen Hospital-Stift verfügen ebenfalls über Individualräume in Mindestgrößen. Jedem Bewohner ist ein eigener Sanitärbereich zugeordnet.



Abb.29: Bewohnerzimmer Kleingruppe im DG

Schwierig kann es werden, wenn bettlägerige Bewohner nur im Bett aus ihren Zimmern geholt werden sollen. Die Räume verfügen zum Teil über kleine Vorflure, die einen Betttransfer durch ihre Enge erheblich erschweren.

## 5.4 Allgemeine Einschätzung der physikalischen Umwelt

Pflegeoasen	Kleingruppe
<p>Der Wohnbereich bietet mit seinem Grundriss einen Bewegungsraum zum Wandern. Um den Kern mit dem Gemeinschaftsbereich herum verläuft der Erschließungsflur. Der Gemeinschaftsbereich ist von allen Bewohnerzimmern auf kurzen Wegen gut erreichbar.</p> <p>Ein Balkon mit Sonnenschirm bietet einen Außenaufenthalt. Die Größe ist für fünf bis sechs Bewohner im Rollstuhl möglich.</p> <p>Eine Gartennutzung ist nur eingeschränkt möglich. Ein Transfer vom 4.OG in den Garten kann mit Helfern durchgeführt werden.</p>	<p>Die Kleingruppe nutzt einen der beiden Gemeinschaftsräume des Wohnbereichs. Der Raum ist nach dem Wohnküchenprinzip organisiert. Die Bewohner können auf sehr kurzem Weg den Platz wechseln und einen zweiten Erlebnis- oder Entspannungsbereich einnehmen.</p> <p>Eine Gartennutzung ist nur sehr eingeschränkt möglich. Ein Transfer vom 3.OG in den Garten ist nur mit Helfern zu leisten.</p>

Abb. 30 bis 32: Garten und Gartennutzung durch Pflegeoasenbewohner



Gemeinschaftsbereiche sollten Ruheecken aufweisen. In der Pflegeoase musste ein solcher Bereich erst hergestellt werden. Ihre Nutzung wird nur gering wahrgenommen, da das Bewohnerzimmer unmittelbar an den Gemeinschaftsbereich anschließt. Ein individuell nutzbarer Sanitärbereich würde die Pflege erleichtern. Die Beleuchtung wird trotz hoher Beleuchtungsstärken nicht optimal eingestellt (ID 001). In der Kleingruppe wird das Licht über dem Gemeinschaftstisch als ungenügend angesehen (ID 001).

### **Bewertung der Gesamterscheinung**

Die Pflegeoasen im Seniorenzentrum Lechrain sind in ihrer Erstausrüstung recht nüchtern gehalten. Eine Wohnatmosphäre muss erst gestaltet werden. Die Vorgaben durch die räumliche Anordnung wirken sich auf die Raumorganisation und der Zuordnung von Funktionen hindernd aus. Im Verlaufe der Begleitstudie sind bereits Gestaltungsmaßnahmen getroffen worden.

Sollten sich Belegungsprobleme auf Dauer zeigen, sind eventuelle Umbaumaßnahmen notwendig, um den Ausführungsverordnungen des Bayerischen Heimgesetzes (PfleWoqG) zu entsprechen.

Der Verzicht auf Sanitärräume für die Bewohnerzimmer könnte zu einem Kostenproblem werden. Nachteilig hat sich in diesem Kontext die ausschließliche Nutzung des Pflegebades erwiesen. Da einige Bewohner zu weit davon entfernt wohnen und der Transfer ins Bad durch den gesamten Gemeinschaftsbereich erfolgen muss. Für das Personal ist der Weg zu lang. Zukünftige Planungen von Pflegeoasen mit Tagesnutzung (Tagespflegeoasen) sollten Bewohnerzimmer mit eigenem Sanitärraum vorsehen.

Ein zweiter Kritikpunkt liegt in der Anordnung der Pflegeoasen im 4.OG. Der direkte Außenzugang ist lediglich auf einen Balkon vorgesehen (Abb. 33). Da keine Markise vorhanden ist, muss ein mobiler Schutz vor der Sonne aufgestellt werden. An sonnigen Tagen ist es meist zu heiß, so dass die Nutzung des Balkons wenig in Anspruch genommen wird.



Abb.33: Balkon vor dem Gemeinschaftsraum Pflegeoase, schwellenfrei erreichbar



Abb. 34 und 35: Große Fensterelemente bringen viel Tageslicht herein.

Die Aussicht aus dem vierten OG auf den Garten wird kaum wahrgenommen. Bis auf einige Tage im Jahr, wenn die Bewohner in den Garten gebracht werden, ist ein Gartenerlebnis nicht möglich.

Die Lage der Pflegeoase im Gebäude bringt weder Personal noch Besucher mit den Bewohnern in der Pflegeoase in Berührung. Sie wird auch intern als zu weit entfernt von den Wohnbereichen im Hause eingeschätzt (ID 002). Andere (Tages-)Pflegeoasen liegen im Zentrum des Hauses (Fürstzell, Magdeburg) Sie bilden dort das Herzstück einer sorgenden Pflege, die ihre schwerstpflegebedürftigen Mitbewohner in das Zentrum der Wahrnehmung stellt. In Lechrain wird dies kaum umzustellen sein.

Als Störfaktor wird die Raumakustik angesehen. Raumkubus und harte Beläge wirken sich negativ auf die Wahrnehmung aus. Eine Verbesserung könnten räumliche Gestaltungsänderungen bringen (ID 002, 003).

Auch in der Kleingruppe ist die Lage im 3.OG des Hauses eher als Hemmnis anzusehen, die Bewohner am natürlichen Tagesablauf in direkter Verbindung zum Außenraum teilnehmen zu lassen. Die Lage der Kleingruppe beruht auf der gewachsenen Entwicklung der Bewohner auf ihrem Wohnbereich. Baulich ist eine Änderung äußerst begrenzt (Historisches Gebäude, Innenstadtbereich mit begrenztem Innenraum). Die natürliche Belichtung ist wenig optimal. Vier kleine Gaubenfenster bringen sehr wenig Tageslicht. Ein Lichtkonzept mit höheren Beleuchtungsstärken könnte auf die Bewohner aktivierend wirken und deren Aufmerksamkeit erhöhen.

Die Gegebenheiten werden dennoch von den Bewohnern positiv angenommen, wie die Daten belegen.

Beide Vergleichsgruppen weisen gestalterische Mängel auf, die jedoch auf die Bewohner keine auffälligen negativen Einflüsse ausüben. Es wird vermutet, dass günstigere baulich-räumliche Voraussetzungen die Lebensqualität positiv beeinflussen würden, was jedoch auch für jede andere Einrichtung gelten kann.

## 6.0 Soziales Milieu

Das soziale Umfeld jeden Bewohners in den Vergleichsgruppen wird wesentlich geprägt durch die Mitbewohner. Wichtigste Kontaktpersonen sind jedoch Pflegerische und Betreuungspersonen und für die allermeisten Bewohner sind es auch Angehörige, wenn auch in unterschiedlicher emotionaler Nähe.

Kommunitären Wohnformen wie Wohngruppen, ob als Pflegeoase oder als Wohngruppe bezeichnet, kommt die Aufgabe zu, soziale Beziehungen zu fördern und zu erhalten, letztlich auch zu schützen. In der Bezugspflege liegt ein kompensierendes Element, das darin zu sehen ist, sich verkleinernde soziale Netzwerke der Bewohner durch persönlichen Einsatz auszugleichen oder auch durch das Zusammenführen von Menschen mit vergleichbaren Lebenssituationen zu erweitern. Sie wirken damit den sich natürlich verringernden sozialen Bezügen hochaltriger, pflegebedürftiger, demenziell erkrankter und zunehmenden immobil werdender Personen entgegen.

In den beiden gemeinschaftlich ausgerichteten Vergleichsgruppen, Pflegeoase und Kleingruppe, ist dies Konzept insbesondere in der bereits länger bestehenden Kleingruppe aufgegangen aber auch die Pflegeoasenbewohner haben bis gegen Ende der Begleitforschung gegenseitige Kontakte gezeigt und aufeinander positiv reagiert.

In der Kontrollgruppe der Bewohner ohne feste Gemeinschaftsbindung wurden dagegen im Zeitverlauf abnehmende Kontakte zu den Mitbewohnern gemessen (Abb. 36).

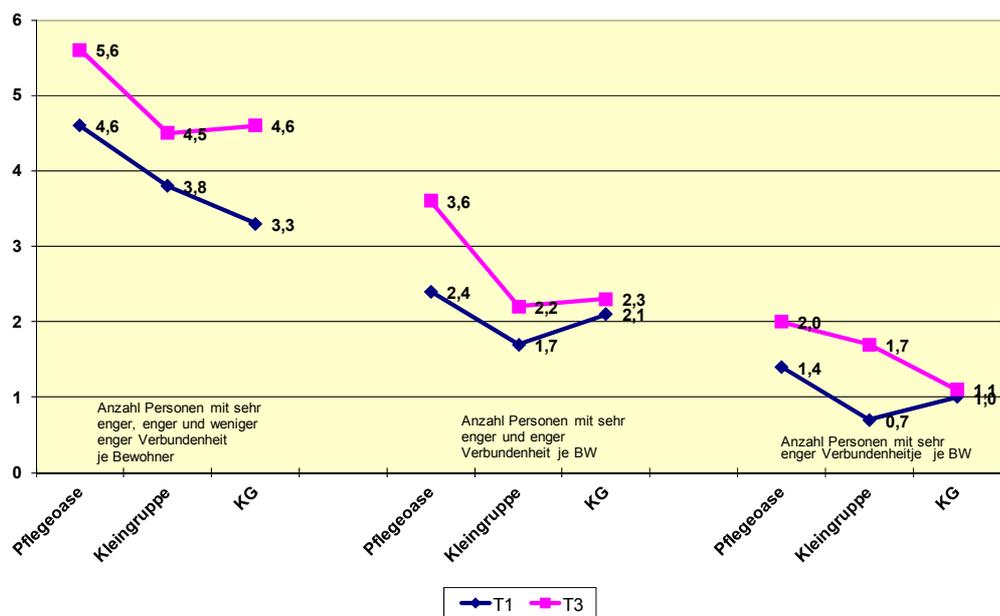


Abb. 36: Soziale Beziehungen der Bewohner nach Qualität

Was bereits in anderen Pflegeoasen beobachtet wurde (wie oben angeführt), ist auch in Augsburg bei den Studienteilnehmern in den beiden Vergleichseinrichtungen eine Vergrößerung des Personenkreises eingetreten, mit denen eine enge bis sehr enge Vertrautheit besteht. Das soziale Netz hat sich stabilisiert und damit einhergehend wurden auch die Sozialkontakte stabil gehalten. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe (KG) zeigen insgesamt einen größeren Kreis an Bezugspersonen, die Personen mit sehr enger und enger Vertrautheit wachsen jedoch nicht mit (Abb. 36).

## **6.1 Personal Pflegeoase**

Das Konzept der Pflegeoasen in Lechrain wird nach dem Modell der Tagespflegeoasen umgesetzt. Im Mittelpunkt steht neben der Pflege die Tagesgestaltung. Sie orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten und Fähigkeiten der Bewohner. Das setzt wiederum voraus, dass das Personal die Bedürfnisse der neu eingezogenen Bewohner erkennt und im Umgang mit Schwerstdemenzen erfahren ist. Im Konzept war hieran bereits gedacht und Voraussetzungen für die Pflege in der Pflegeoase aufgestellt worden.

Generell sollte in jeder Schicht eine Pflegefachkraft eine Weiterbildung zu einer gerontopsychiatrischen Fachkraft geleistet haben. An weiteren Zusatzqualifikationen werden Grundkurse in Bobath, Basaler Stimulation, Kinästhetik, und Palliativ Care aufgeführt.<sup>10</sup>

Betreiber neu bezogener Pflegeeinrichtungen müssen einen Personalstamm aufbauen, der mit zunehmender Belegung ständig erweitert wird und den hohen Anforderungen gerecht wird. Das unterscheidet das Seniorenzentrum von Bestandsheimen. Es war zu erwarten, dass anfänglich eine gewisse Fluktuation der Bewohner wie auch des Personals eintreten würde. Letztlich ist die Pflegeoase in Lechrain kein Solitär und ist nicht unabhängig vom Rest des Hauses. Die anfänglichen Schwankungen waren auch in der Pflegeoase spürbar, sodass erst zum Ende der Begleitforschung eine gewisse Kontinuität eintrat, die mit Unterstützung der Wohnbereichsleitung aus dem Haus der Kontrollgruppen auch fachlich einen Grundstock legte. Die Betreuung durch Alltagsbegleiter wurde kontinuierlich aufgebaut.

Es bestehen Bemühungen, geeignetes Personal zu finden, um die Pflegeoase(n) als eigene Organisationseinheit zu führen. Solange keine Vollbelegung besteht, ist sie zu klein um selbstständig geführt zu werden und wird als Anhängsel eines Wohnbereichs mit versorgt (ID 003). Das kann wiederum zu einer Zerrissenheit führen, wenn das Personal auf der Station im anderen Ge-

---

<sup>10</sup> Stemmer, B (o.J.) Konzept für zwei Pflegeoasen im Seniorenzentrum Lechrain der Altenhilfe der Stadt Augsburg.

schoß und in der Pflegeoase eingesetzt wird. Besser wäre die Integration der Pflegeoase in einen Wohnbereich auf einer Ebene (ID 001).

## **6.2 Betreuungskräfte - Alltagsbegleiter**

Der Einsatz von Betreuungskräften (Alltagsbegleiter) erfolgt in Lechain in der Pflegeoase bei der Tagesgestaltung. Sie führen die Bewohner in den Garten oder begleiten sie in andere Wohnbereiche. Transfers werden mit Rollstuhleinsatz vorgenommen. Die Abläufe vormittags und nachmittags werden von der Pflegefachkraft geplant, die auch als Präsenzkraft täglich die pflegerische Versorgung leistet. Morgens und mittags wird sie von Helfern unterstützt. Die Betreuungskräfte werden wochentags vormittags und nachmittags eingesetzt. Je nach Anzahl der Bewohner sind sie jeweils zwischen 30 und 60 Minuten in der Oasen-Gruppe anwesend. Sie lernen die Ausdrucksformen der Bewohner zu deuten und individuelle Ansprachen mit gemeinschaftlichen Aktivitäten zu kombinieren.

Da bei einigen Bewohnern noch sprachliche Ausdrucksweisen zu verstehen sind, werden sie zum Sprechen angeregt. Über sinnesanreizende Tätigkeiten wie das Einbeziehen von Kräutern oder auch Lebensmitteln zum Riechen und Schmecken wird der Geruchs- und Geschmackssinn gefördert und zugleich nach dem Namen der Pflanzen und Gegenstände gefragt.

Mit Hilfe des Gitarrenspiels sucht eine Betreuungskraft auf die Stimmungen der Bewohner einzugehen. Soweit es noch geht, werden Spiele gespielt, Angehörige, Kinder und Enkel spielen am Tisch Karten mit den Bewohnern, gedächtnis- trainierende bzw. anregende Spiele oder Vorlesen von einfachen Geschichten wie zum Beispiel zur Jahreszeit passende Märchen mit Abbildungen sollen ein Gespräch anregen.

Ein Gemeinschaftsbezug wird mit dem Ballspiel erreicht, wenn die Bewohner angespielt werden und ihre Reaktion auf ihre Mitbewohner gefordert wird. Andere Formen der Alltagsgestaltung sind beispielsweise biografieorientierte Aktivierungen. So werden bekannte Feiertage wie Muttertag oder Vatertag vorbereitet, in dem bereits das Frühstück jeweils spezifisch angerichtet wird.



Abb. 37: Betreuungskräfte animieren zum Tanz, Akkordeonspieler spielt Lieder zur Fasnacht

11. Februar 2015, Faschingszeit. Die Bewohner der Pflegeoase treffen ab 14.30 Uhr nach und nach im Gemeinschaftsbereich ein. Zwei Bewohner bewegen sich im Walker durch den Raum in Richtung Küchenzeile, dort wo bereits der Tee und Kaffee für den Nachmittagskaffee steht. Um 15.00 Uhr ist laute Akkordeonmusik zu hören. Die Bewohner reagieren sehr unterschiedlich. Während Frau H mit ihrem Walker die Flucht in Richtung Flurende ergreift, sehen die anderen den Besuchern entgegen. Der Musikant, ein Unterhaltungsmusiker aus Augsburg, wird von zwei Betreuungskräften und drei weiteren Bewohnern aus einem anderen Wohnbereich begleitet. Mit kräftiger Stimme singt er bekannte Faschings- Volks- und Tanzlieder sowie Schlager. Die Gäste stimmen freudig ein, tanzen um den Tisch und suchen die Oasenbewohner zum Mitsingen anzuregen. Frau A ist nur noch im Walker selbstständig mobil innerhalb des Gemeinschaftsbereiches. Die Musik lässt sie für einen Moment ihr Handicap vergessen. Sie steht und läuft in ihrem Walker nach der Musik. Fröhlich und lachend versucht sie die Melodien mitzusingen. Die anderen Mitbewohner sind ebenfalls fröhlich, jedoch weniger beweglich.

Für 15 Minuten herrscht ausgelassene Stimmung. Die Betreuungskräfte nehmen die Bewohner an die Hand und schunkeln gemeinsam zu den Liedern.

Bis auf Frau H, die mit ihrem Walker erst wieder auftaucht, als die Musik im Fahrstuhl abwärts fährt, haben alle ihren Spaß gehabt.

Eine der beiden Betreuungskräfte, Frau G., setzt sich zu den Bewohnern an den Tisch und liest Geschichten vom Fasching vor. Ich habe nicht den Ein-

*druck, dass eine der Zuhörer ein Wort versteht, aber alle sind sehr aufmerksam.*

*Frau G. stellt Fragen nach Faschingsfiguren und mit Staunen höre ich, dass adäquate Antworten kommen. Zwischendurch bekommt Frau E einen Igelball, sie soll das Gefühl in ihren Händen trainieren, auch Frau A möchte einen Igelball. Beide Damen werden aufgefordert von 1 – 10 zu zählen. Während Frau E beginnt und richtig bei 10 endet schaut Frau A hoch konzentriert auf Frau G., die sich wieder Frau E zugewandt hat. Nach einigen Minuten beginnt Frau A zu zählen und zählt richtig bis zehn. Triumphierend sieht sie in die Runde und will nochmals von vorne anfangen. Frau E beginnt nun von 11 bis zwanzig zu zählen, auch richtig, und blickt nun Frau A an. Der Wettkampf geht in die zweite Runde und ich glaube, dass Frau A heute einen Lauf hat. Leider ist die schöne Begegnung für uns Beobachter vorbei und hatte mit der kleinen Feier einen wundervollen Abschluss gefunden.*

Die Betreuungskräfte werden von den Bewohnern gut angenommen. Sie sollen zukünftig konstant in der Pflegeoase eingesetzt werden, da einige Bewohner sie wiedererkennen und sich auf den Besuch freuen.

Das Betreuungsprogramm im Seniorenzentrum Lechrain enthält in seinem Wochenplan Angebote für die Bewohner der Einrichtung. Speziell ist ein Konzept für die Oasenbewohner bis dahin noch nicht aufgestellt worden. Das wird eines der nächsten Schritte in der Alltagsbegleitung sein.

### **6.3 Betreuungsleistungen in der Kleingruppe**

Die Alltagsgestaltung in der Kleingruppe ist in vielen Teilen vergleichbar mit der in der Pflegeoase. In der Planung stehen Beschäftigungen vorne an, die sich an alle Bewohner des Hauses richten wie Gedächtnistraining, Bingo, Backen, Malen, Bewegungsspiele, Quiz, Erzählcafé u.ä. und auch in anderen Wohnbereichen des Hauses durchgeführt werden. Die Kleingruppenmitglieder würden die meisten der Angebote überfordern.

Dennoch wird auch für diese Teilnehmer ein Betreuungsangebot gestaltet. Das Backen im Gemeinschaftsraum der Kleingruppe ist ein Beispiel hierfür. Bei unserem letzten Besuch zog der Duft durch den Wohnbereich. Sonst zählt das gemeinsame Musik hören, auch als Musiktherapie mit Rhythmus und Trommeln abgekündigt, ein Spielenachmittag oder das Malen mit Hilfe von Betreuungskräften zum Programm.

Ein Programmteil, das auch in Lechrain zum Repertoire zählt, ist der Gottesdienst. Hier wird er auch in der Kleingruppe angeboten.

*Es ist Donnerstag der 12. Januar. Der Gottesdienst, als Wortgottesdienst bezeichnet, wird hier jeden zweiten Donnerstag abgehalten. Zwei Damen, ehrenamtliche Helferinnen, führen die Andacht durch. Es sind sieben Bewohner anwesend. Die Damen verteilen Textblätter und bitten um Ruhe. Die Gebete und Lieder stoßen auf unterschiedliche Resonanz:*

- *Herr B sieht vor sich hin.*
- *Frau T steht auf und geht zum Fenster, wird aber sogleich wieder von einer der beiden Damen zurückgewiesen.*
- *Frau R sieht auf die beiden Damen.*
- *Frau Sch. legt ihren Kopf auf den Tisch. Eine der beiden Damen will ihr den Kopf wieder anheben, damit sie zuhören kann. Frau Sch lässt sich nicht so platzieren, bis sie von der Praktikantin ein Kissen bekommt, auf das sie ihren Kopf legen kann.*
- *Frau B schläft und Frau H schläft ebenfalls.*
- *Frau W hört aufmerksam zu.*

*Die beiden Damen führen ihre Andacht durch. Das Singen verhallt ohne Resonanz bei den Bewohnern. Zwischendurch ist auch Frau W eingeschlafen. Nach 30 Minuten endet die Andacht. Bis auf Frau T, die sich zwischenzeitlich wieder vom Tisch entfernt hat ohne zurückgeholt zu werden (es war nicht sicher, ob sie Muslimin sei) und Herrn B, der vorher wie auch hinterher dieselbe Haltung zeigte, waren die anderen Bewohner weiter im Schlaf versunken.*

*Die beiden Damen verlassen die kleine Runde. Das Klappern des Essenwagens holt die Bewohner wieder aus dem Schlaf zurück.*

Spätestens zu diesem Zeitpunkt stellt sich nicht nur hier die Frage, welche Botschaft, Anregung oder Animation die Bewohner erreichen.

Es steht ein gezieltes Programm aus, die spezifischen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Kleingruppenteilnehmer anzusprechen.

Da das Personal für den spezifischen Bereich der Pflegeoase wie auch die zuständigen Mitarbeiter nur wenige Personen ausmachen, war eine umfassende Befragung nicht möglich. Stellvertretend können die Stimmungslagen nur exemplarisch wiedergegeben werden. Je zwei Mitarbeiter der Pflegeoase und der Kleingruppe haben die Fragen beantwortet. Die Teilnahme war freiwillig und mit Genehmigung des Betriebsrates erfolgt.

In der Oase stellte sich die Frage nach dem Pflegekonzept. Frage: Was ist das besondere an Ihrer Arbeit, was erwarten Sie von dieser Konzeption?

*„Dass ich die Möglichkeit habe, den Bewohnern die Pflege anzubieten, so wie er/sie oder die Angehörigen es sich vorstellen oder vorgestellt haben. Den Be-*

*wohner bis zum Lebensende so begleite, wie sich das jeder vom Pflegepersonal vorstellt und erfüllen kann“ (ID 004).*

Die Antwort ist mit hohen Erwartungen unterlegt und der Einschätzung, dass die Bewohner in der Schwerstpflege besser betreut werden. Überdurchschnittliche Belastungen entstehen bei abweichenden motorischen Verhalten, Apathie, Appetit- und Essstörungen oder auch bei Schlafstörungen der Bewohner. Der erhöhte Aufwand durch Verhaltensauffälligkeiten wie auch durch erhöhte Motivierung und Aktivierung der Schwerstpflegebedürftigen wirkt sich in hohen Belastungswerten aus. Insbesondere Kreuz- und Rückenschmerzen treten häufiger auf. Ein Phänomen, das auch aus anderen Häusern berichtet wurde. Es wirken sich die anfänglich noch fluktuierenden Personalbesetzungen aus.

Wie geht es den Pflegenden in der Kleingruppe? Auch hier bestehen uneingeschränkt hohe Erwartungen an die Pflegetätigkeit. *„Der individuelle Umgang mit Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen“ (ID 007)* wird beispielsweise als besondere Anforderung genannt. Fördernd für die Betreuung wird *„engagiertes Personal mit Verstehen der Kultur der Bewohner“ (ID 007)* hervorgehoben. Dass die Arbeit mit Schwerstpflegebedürftigen und demenziell erkrankten Menschen auch belasten kann, äußert eine andere Pflegekraft. Die Ergebnisse der Befragung legen bei einer Pflegekraft in Teilbereichen einen Trend zu hoher Belastung nahe. Beide Angebote ermöglichen dem Personal jedoch Spiel- und Handlungsräume, die sie selbst ausfüllen können und müssen.

Kleine Versorgungseinheiten wie die Pflegeoasen oder auch die Kleingruppe im Paritätischen Hospital-Stift stellen die Strukturen für eine intensive individuelle Begleitung. Das Personal selbst fordert in beiden Gruppen gut ausgebildete Mitarbeiter. Damit liegen sie mit den Leitungskräften auf einer Linie. *„Gute Krankenbeobachtung, selbstständiges Arbeiten, Probleme erkennen, Erfahrung in der Pflege vorweisen und insgesamt bessere Ausbildung für die Zukunft“ (ID 003)* lauten die Perspektiven.

Pflegeoasen sind zunächst strukturelle Angebote, die ihren Nutzern die Voraussetzung bieten, selbst bei Schwersterkrankung kleine Gemeinschaften zu bilden. Wie wir gesehen haben, bieten Kleingruppen mit vergleichbarer Zusammensetzung ebenso geeignete Strukturen, in denen Gemeinschaftsbildung gefördert wird.

Das Zusammenleben basiert auf Kommunikation, das ist die wesentliche Grundlage für Gemeinschaft. Sie wird auf vielfältige Weise und ebenso vielfälti-

gen Anlässen ausgeübt. Ob nonverbal oder verbal baut sie Brücken zwischen den Bewohnern, zwischen Bewohnern und Personal sowie Angehörigen und anderen Personen.

Der eigene kleine Gemeinschaftsbereich bildet jedoch den bedeutendsten Kommunikationsort. Hier werden die alltäglichen Tätigkeiten wie Mahlzeiten einnehmen, an Aktivierungs- und Beschäftigungsangeboten oder an kleinen Unterhaltungsprogrammen wie Vorlesen, Musikdarbietungen oder Spielen teilnehmen gemeinsam verfolgt. Für die Pflegenden bietet die kleine Runde mit vier bis sechs Bewohnern einen Zugang, auf die Fähigkeiten der Bewohner gezielt einzugehen.

Sie müssen die Bewohner verstehen lernen, Gestik, Mimik, Körperhaltung oder Geräusche als Mitteilung wahrnehmen. Das Lernen differenzierter Wahrnehmung und das sich Einlassen auf die Sprache der Bewohner zählt zu den besonderen Anforderungen in der Betreuung und Pflege. Diese Form der Kommunikation ist trainierbar und eine Aufgabe aller Pflegenden in den bisher begleiteten Pflegeoasen.

#### **6.4 Angehörige**

Angehörige von Bewohnern in der Pflegeoase hatten einen guten bis sehr guten Eindruck von der Versorgung. In einem Fall war zunächst die Einschätzung der Fähigkeiten der Bewohnerin der Anlass zur Skepsis, ob die Pflegeoase der richtige Ort sei. Da jedoch die Einschlusskriterien erfüllt waren (s.o.) und die betreffende Bewohnerin sich sehr gut in die Gemeinschaft eingefügt hat, waren auch die Bedenken der Angehörigen bald zerstreut.

Alle anderen Angehörigen äußerten sich sehr positiv und waren sehr angetan, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des als positiv vermerkten Verhaltens ihrer pflegebedürftigen Verwandten.

Herr A (Sohn von Frau A) ist zufrieden mit der Pflegeoase. Es ist mehr Platz, durchschaubarer als anderenorts, zwar teurer aber zufrieden mit dem Personal. Von anderen Angehörigen wird die begrenzte Platzzahl in der Pflegeoase geschätzt. Sie ist überschaubar und überfordert ihre pflegebedürftigen Verwandten nicht. Anders als in den Mehrpersonenräumen (besondere Form der Pflegeoase, in der alle Bewohner in einem gemeinsamen Raum leben) hat jeder Bewohner sein eigenes Zimmer und lässt jederzeit einen räumlichen Rückzug zu. Die Betreuung ist familiärer (ID 003).

Angesprochene Angehörige von schwerstpflegebedürftigen potenziellen Bewohnern waren nach der Einführungsphase des Seniorenzentrums Lechrain schwerer zu bewegen, einen Platz in der Pflegeoase zu besetzen. Vorbehalte gegen eine „Intensivstation“, „Sterbezimmer“ oder „Palliativpflege - die Angehörige kommt hier nicht mehr heraus -“ erschwerten weitere Belegungen. Sie wollten ihre Verwandten nicht aus der Station nehmen, da sie dort das Personal kennen (ID 003). Hier besteht offensichtlich ein Aufklärungsbedarf, der dann auf einer überarbeiteten Konzeption fußen sollte. Das Ergebnis könnte zukünftig in ein Angehörigenkonzept einfließen und die Belegung verbessern helfen.

In den Einrichtungen der Altenhilfe Augsburg, dem Seniorenzentrum Lechrain und dem Paritätischen Hospital-Stift bietet sich die Gelegenheit verschiedene Zugehensweisen auszuprobieren und auszutauschen (evtl. durch gegenseitige Hospitation (ID 003). Über Belegungsmanagement sollten auch die Angehörigen schwerpflegebedürftiger demenziell erkrankter Menschen gezielt angesprochen werden (ID 002). Generell muss bei einer Neueinrichtung die Werbung auch für die Pflegeoase intensiviert werden.

## **7.0 Diskussion**

### **Pflegeoasen als Königsweg zur Verbesserung des Wohlbefindens?**

Der Aufbau einer Pflegeoase als **der** Ort der Betreuung von Menschen mit schwerer und Schwerstdemenz und weitgehenden Mobilitätseinschränkungen wird auf Grund der Ergebnisse einer Reihe von Studien im Hinblick auf die Förderung von Wohlbefinden als derzeit effektivste Umsetzung betreuender und pflegerischer Intervention angesehen. Es fehlten bisher jedoch auch Vergleiche mit eingeführten Wohngruppen (Wohngemeinschaften und Hausgemeinschaften), die ebenfalls mit einer vergleichbaren Bewohnerzusammensetzung geführt werden.

Werden nun bestimmte Voraussetzungen, wie sie in Pflegeoasen vorzufinden sind, auch auf eingeführte Wohngruppenversorgung angewendet, so erwächst damit eine echte Alternative zur Pflegeoase.

Eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse nach Zeitrahmen der Beobachtung sieht bei kürzeren episodischen Alltagssituationen die schon länger zusammenlebenden Mitglieder der Kleingruppe im Vorteil. Es wirken sich die seit längerem stattfindenden Alltagsrituale positiv auf das Erleben von Ereignissen aus.

In der allgemeinen Aufgeschlossenheit sehen sich die Oasenbewohner leicht im Vorteil, während in negativen Äußerungen bei allen Bewohnern in der Oase wie auch in den Kontrollgruppen wenig ausgeprägte auffällige Niveaus aufgetreten sind.

Über längere Zeiträume der Beobachtung, wie sie mit der QUALID gemessen werden, liegen die Pflegeoasenbewohner in einem guten Trend, der auch mit den Ergebnissen anderer Pflegeoasenbewohner vergleichbar ist.

Die Abstände der Werte, bezogen auf die positiven Effekte gemeinschaftsorientierter Pflegekonzepte fallen im Vergleich Pflegeoase zur Kleingruppe relativ gering aus. Im Verhältnis zur Kontrollgruppe, also zu Bewohnern in verschiedenen Wohnbereichen mit vergleichbaren Merkmalen aber ohne die feste Einbindung in Kleingruppen mit kontinuierlich ablaufenden Alltagsgestaltungen und immer gleicher Zusammensetzung liegen beide Wohnkonzepte mit Gemeinschaftsbildung deutlich im Vorteil. Das war bereits in anderen Begleitstudien so beobachtet worden (Reggentin, H / Dettbarn-Reggentin, J a.a.O.)

Die Studie hat gezeigt, dass es **keinen Königsweg** in der Schwerstpflege gibt. Wenn auch zu erwarten ist, dass die Pflegeoasenbewohner nach weiterer Zeit des Zusammenlebens und gewisser Konstanz in der Belegung der Räume wie auch der Besetzung der Pflege sich noch weiter verbessern werden, sind auch in der Kleingruppenbetreuung noch nicht alle Betreuungsunterstützungen in der Alltagsgestaltung ausgeschöpft.

### **7.1 Gemeinsames Pflegekonzept für kleine Wohngruppen und Pflegeoasen**

Wohngruppenkonzepte mit max. sechs Bewohnern können auch als Kleingruppen bezeichnet werden. Um eine solche handelt es sich bei der Kleingruppe im Paritätischen Hospital-Stift. Sie ist vom Umfang und der Zusammensetzung gut mit der Pflegeoase im Seniorenstift Lechrain vergleichbar. Auch die Ergebnisse weichen wenig voneinander ab. Bezogen auf die Praxis in den beiden Vergleichseinrichtungen Pflegeoase und Kleingruppe sollten folgende Schritte bei Neueinrichtung einer Pflegeoase oder Umstellung einer Wohngruppe auf die schwerstpflegebedürftigen und demenziell schwer erkrankten Bewohner beachtet werden:

- Das Konzept sollte zunächst die Zielgruppe benennen und Einschluss-Ausschlusskriterien festlegen. Das ist in beiden Vergleichsgruppen ge-

schehen, wie bisher auch bei allen begleiteten Pflegeoasen. Hieraus leiten sich die Betreuungsinhalte ab.

- Es sollte klar sein, dass auch in Kleingruppen eine Personalpräsenz mit hoher Fachlichkeit gewährleistet werden muss. Auch dies wird in beiden Gruppen umgesetzt.
- Die Räumlichkeit für gemeinschaftliche Aktivitäten stellt ein wichtiges Strukturelement dar. In den beiden Gruppen standen sehr unterschiedliche Voraussetzungen zur Verfügung. Nicht alle Vorstellungen sind realisierbar. Mobilitätsangebote und deren Trainings sind beispielsweise im Gemeinschaftsraum der Kleingruppe im Paritätischen Hospital-Stift nicht umsetzbar. Hier sind andere Formen der Mobilitätsübungen gefragt. In der Pflegeoase bietet die große Fläche ideale Voraussetzungen, um auch Personen mit eingeschränkter Gehfähigkeit im Walker ein hindernisfreies Bewegungsangebot zu bieten. Räume können vieles fördern und manches verhindern.
- Die Anzahl der Bewohner in Kleingruppen sollte auf sechs und im Einzelfall auf max. acht Teilnehmer begrenzt werden. Sechs Bewohner bieten gegenseitiges Wahrnehmen auch über den Gemeinschaftstisch hinweg. Größere Gruppen erschweren die optische und akustische Verständigung.
- Pflegeoasen nach dem Tagespflegeoasenkonzept sind mitunter zentral im Wohnbereich gelegen und ziehen auch Besucher / Mitbewohner an. Die Anzahl der Besucher aus dem Wohnbereich oder benachbarten Wohnbereichen sollte begrenzt bleiben. Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen haben es schwer, ständig wechselnde Besucher zu deuten.

In vielen Einrichtungen wird nach dem Konzept der Wohn- oder Hausgemeinschaft betreut. Hier gibt es bestehende Wohngemeinschaften, die natürlich gewachsen sind, zum Teil auch mit integrativer Zusammensetzung - nicht alle Bewohner sind demenziell erkrankt -. Die Bewohner kennen sich und sollten nicht ohne Anlass voneinander getrennt werden.

Sollten genügend Bewohner mit Schwerstpflegebedarf und demenzieller Erkrankung im Hause leben, lassen sich auch Wohngemeinschaften mit den o.g. Einschlusskriterien bilden ohne eine zum Teil aufwändige Raumstruktur aufbauen zu müssen.

Die Versorgung von Menschen mit Schwerstpflegebedarf und schwerer Demenz stellt schon lange kein Nischenproblem mehr dar, sondern ist als eine

Frage der konzeptionellen Umsetzung in der Versorgung der zunehmenden Personenzahl schwerstpflegebedürftiger Menschen mit Demenz anzusehen.

Nach acht bis zehn Jahren Erfahrung mit verschiedenen Konzepten der Pflegeoase sind bisher keine Idealkonzepte entstanden, sondern vielmehr eine breite Palette unterschiedlicher Formen. Der klassische Mehrpersonenraum, an dem sich die Geister entzündeten, der Raum auf Zeit - mit mehr oder wenig langer Wohn- bzw. Aufenthaltsdauer -, Mischformen, Bewohnerräume um einen Gemeinschaftskern herum angeordnet mit oder ohne eigenen Sanitärbereich oder Wohngemeinschaften mit vergleichbarer Bewohnerbesetzung wie in Pflegeoasen. Letztere erzielen vergleichbare Ergebnisse wie die besondere Betreuungsform „Pflegeoase“.

Auch organisatorisch werden unterschiedliche Modelle umgesetzt. Als Solitär geführt oder im Zusammenschluss zweier Pflegeoasen auf einer Ebene in zusammengenommen annähernder Wohnbereichsgröße, eingebunden in einen Wohnbereich als dessen Bestandteil oder eingebunden in einen Demenzbereich suchen alle Modelle optimalen Personaleinsatz mit Bezugspflege zu verknüpfen.

Die Einrichtung in einem neu errichteten Pflegezentrum ist risikobehaftet, da das Spezialangebot der Pflegeoase allgemein bei potenziellen Kunden nicht bekannt ist. Die Bewerbung muss über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden.

Die Bewohner reagieren auf den Einzug in die neue Umgebung wie auch bei Umzug im Bestand ganz ähnlich. Eine längere Wohndauer in einer Pflegeeinrichtung bietet keine erkennbaren Vorteile gegenüber einem Neubau mit Pflegeoase, wenn die Bewohner bei Neueinzug gleich in die Pflegeoase einziehen. Wer konzeptionell die Einschlusskriterien zu eng setzt, muss bei speziellen Pflegeoasen damit rechnen, dass eine Nachbelegung schwierig werden kann. Zu weit gefasste Einschlusskriterien können dagegen konzeptionell nur schwer begründet und umgesetzt werden. Im Zentrum kleiner Gemeinschaften stehen immer die Kommunikation und das soziale Miteinander. Dieses Ziel muss von allen teilnehmenden Personen getragen werden.

## Literatur

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

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

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

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

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

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

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

Dettbarn-Reggentin, J/ Reggentin, H (2014): Pflegeoasen. Die besondere Betreuungsform im Seniorenzentrum der Sozialstiftung Bamberg SSB. Abschlussbericht. Gefördert durch: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und Sozialstiftung Bamberg SSB. Veröffentlicht: <http://www.isgos.de>

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

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

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

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

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

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

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

Held, Ch/ Ermini-Fünfschilling, D (2004): *Das demenzgerechte Heim*, 2. Auflage, Basel, Karger

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

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

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

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

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

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

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

Reggentin, H/ Dettbarn-Reggentin, J (2014): *Tagespflegeoase – Steigerung des Wohlbefindens durch Kommunikation. Abschlussbericht*. Gefördert durch: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und Azurit Seniorenzentrum Abundus Fürstzell. Veröffentlicht: <http://www.isgos.de>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stemmer, B (o.J.): Konzept für zwei Pflegeoasen im Seniorenzentrum Augsburg-Lechhausen. Die Altenhilfe der Stadt Augsburg. uv. Manuskript

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

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

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

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

## Anhang

### Abbildungsverzeichnis

Abb. 01 Lage der Pflegeoase im Gebäude.....	22
Abb. 02 Blick in den Gemeinschaftsbereich 1 .....	23
Abb. 03 Allgemeiner Treffpunkt von Pflegekräften, Alltagsbegleitern, Angehörigen und Bewohnern .....	24
Abb. 04 Farbgestaltungen .....	24
Abb. 05 Farbgestaltungen .....	24
Abb. 06 Der lange Flur bietet ungestörte Bewegung mit dem Walker.....	25
Abb. 07 Auch für Bettlägerige ist ein ungestörter Raumbereich vorhanden...	25
Abb. 08 Lage des Gemeinschaftsbereiches der Wohngruppe Wohnbereich .....	26
Abb. 09 Wohngruppe mit Blick auf Küchenzeile.....	27
Abb. 10 Zweiter Gemeinschaftsraum .....	28
Abb. 11 Verlauf der Schmerzerfassung im Mittel .....	39
Abb. 12 Soziale Netzwerke Kleingruppenbewohner und Pflegeoasen- Bewohner .....	41
Abb. 13 Soziales Netzwerk der Pflegeoasenbewohner und Kontrollgruppe (KG) zu T1.....	42
Abb. 14 Soziale Netze der Pflegeoasenbewohner zu T1 und T3.....	43
Abb. 15 Soziale Netze der Kleingruppe (WG).....	43
Abb. 16 Soziale Netze der Kontrollgruppe (KG).....	44
Abb. 17 Nach NOSGER Mittelwerte Sozialverhalten .....	46
Abb. 18 Einzelwerte Sozialverhalten im Vergleich Pflegeoase und Kontrollgruppe .....	47
Abb. 19 Einzelwerte Sozialverhalten im Vergleich Pflegeoase und Kontrollgruppe (KG) .....	48
Abb. 20 NOSGER Wert „Nimmt Anteil an den Vorgängen...“ im Gruppenvergleich .....	49
Abb. 21 NOSGER Wert „Nimmt Kontakt auf“ im Vergleich der drei Gruppen	49
Abb. 22 NOSGER Störendes Verhalten im Vergleich und Verlauf der drei Gruppen .....	50
Abb. 23 NPI im Vergleich und Verlauf.....	52
Abb. 24 NOSGER Zusammenfassung der fünf Werte für Stimmung.....	54
Abb. 25 Qualid Gesamtverlauf im Vergleich.....	56
Abb. 26 Gemeinschaftsbereich Pflegeoase .....	59
Abb. 27 Zugang Kontrollgruppe Gemeinschaftsbereich.....	59
Abb. 28 Bewohnerzimmer Pflegeoase vor Einzug .....	61
Abb. 29 Bewohnerzimmer Kleingruppe im DG.....	62
Abb. 30 Gartennutzung durch Pflegeoasenbewohner.....	63
Abb. 31 Gartennutzung durch Pflegeoasenbewohner.....	63
Abb. 32 Gartennutzung durch Pflegeoasenbewohner.....	63
Abb. 33 Balkon vor dem Gemeinschaftsraum Pflegeoase, schwellenfrei erreichbar .....	64
Abb. 34 Große Fensterelemente bringen viel Tageslicht herein .....	65
Abb. 35 Große Fensterelemente bringen viel Tageslicht herein .....	65
Abb. 36 Soziale Beziehungen der Bewohner nach Qualität.....	66

Abb. 37 Betreuungskräfte animieren zum Tanz, Akkordeonspieler zur Fasnacht.....	64
---	----

**Tabellenverzeichnis**

Tab. 01 Übersicht über die Teilnahme an der Begleitstudie.....	28
Tab. 02 Erhebungsinstrumente nach Beobachtungsdauer .....	31
Tab. 03 Eingesetzte Verfahren .....	31
Tab. 04 Nach Sloane u.a. Darstellung in Anlehnung an H.I.L.D.E. ....	34
Tab. 05 Stichprobe Pflegeoase Kleingruppe (WG) und Kontrollgruppe (KG)	36
Tab. 06 Diagnose Demenz.....	37
Tab. 07 Medikamentengebrauch.....	38
Tab. 08 Häufigkeit der Kontakte .....	40
Tab. 09 Sehr enge Verbundenheit im Vergleich der Gruppen und im Verlauf .....	45
Tab. 10 NOSGER Störendes Verhalten Einzelwerte im Vergleich und Verlauf .....	51
Tab. 11 NPI Einzelwerte der 12 Items im Vergleich und Verlauf.....	53
Tab. 12 NOSGER Stimmung Einzelwerte .....	55
Tab. 13 AARS Stimmung Einzelwerte im Vergleich und Verlauf.....	55