



# **„Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum“**

**Wissenschaftliche Begleitstudie zur Pflegeoase  
im Altenzentrum St. Elisabeth, Eisingen**



Anja Rutenkröger, Renate Berner, Christina Kuhn

Stuttgart, August 2012

# **Wissenschaftliche Begleitstudie zur Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth, Eislingen**

**Projektdurchführung:** Dr. Anja Rutenkröger, MScN  
Renate Berner, Diplom Pfl egewirtin FH  
Christina Kuhn, MA  
Demenz Support – Zentrum für  
Informationstransfer

**Kooperationspartner:** Kath. Kranken- und Wohlfahrtspflegeverein  
St. Markus e.V.  
Altenzentrum St. Elisabeth  
Königstraße 60  
73054 Eislingen/Fils

**Kontakt:** Dr. Anja Rutenkröger a.rutenkroeger@demenz-support.de  
Renate Berner r.berner@demenz-support.de  
Christina Kuhn c.kuhn@demenz-support.de

Demenz Support Stuttgart gGmbH  
Hölderlinstraße 4  
70174 Stuttgart  
www.demenz-support.de

## Vorwort

Im Jahr 2006 übernahm Demenz Support Stuttgart gGmbH die wissenschaftliche Begleitung der Einführung einer Pflegeoase im niedersächsischen Seniorenzentrum Holle. Mit diesem Schritt betraten sowohl der Betreiber der Einrichtung als auch wir als forschende Institution Neuland. Bis zu diesem Zeitpunkt war diese besondere Wohnform in Deutschland noch nicht praktiziert worden – folglich handelte es sich bei unserer damaligen Begleitung um eine Pilotstudie. Seither ist der Wissenszuwachs über Pflegeoasen stetig angestiegen und hat sich in einer ganzen Reihe von Evaluationen niedergeschlagen. Nach Abschluss ihrer Arbeit in Holle übernahm Demenz Support Stuttgart die wissenschaftliche Begleitung von zwei neu eingerichteten Pflegeoasen in Luxemburg (2010). Und erst kürzlich (Juni 2012) haben wir in einem Projektbericht die Ergebnisse der so genannten „Schlafstudie“ veröffentlicht. Zentrale Fragestellung war hier, wie sich das Schlafverhalten von Menschen mit schwerer Demenz in unterschiedlichen Wohnformen (herkömmlicher Bereich und Pflegeoase, Einzel- oder Doppelzimmer) gestaltet beziehungsweise unterscheidet. Die Ergebnisse der „Schlafstudie“ stehen als Download auf unsere Homepage<sup>1</sup> zur Verfügung. Sie war Teil einer umfassenderen Untersuchung im Altenzentrum St. Elisabeth in Eislingen.

Die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Altenzentrum richten sich an das Erleben und die Bewertung der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven (Angehörige, Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen), um empirisch gesicherte Erkenntnisse zu dieser Versorgungsform zu generieren. Mit diesem Bericht legen wir die Evaluationsergebnisse nunmehr der interessierten Fachwelt und –öffentlichkeit vor.

Seit 2009 ist Demenz Support gGmbH Mitglied in der Expertengruppe Pflegeoase, einem Zusammenschluss aus verschiedenen Forschungsgruppen zur Thematik neue Wohn- und Versorgungsformen für Menschen mit schwerer Demenz in der Langzeitpflege. In Kürze wird dieses gesammelte und gemeinsam ausgewertete Wissen in einer Fachpublikation<sup>2</sup> veröffentlicht werden.

Nachdem der Erkenntnisstand über die spezielle Versorgungsform Pflegeoase seit unseren ersten Arbeiten in Holle beträchtlich gewachsen ist, kann und sollte es künftig darum gehen, sich auf Seiten der Forschung wieder stärker anderen Pflege- und Betreuungsansätzen für die vulnerable Zielgruppe der Menschen mit Demenz zuzuwenden. Dies gilt auch und gerade mit Blick auf den Kreis derjenigen, die mit einer schweren Demenz leben. Auf die damit verbundenen Herausforderungen freuen wir uns!

Für das Zustandekommen und die Unterstützung bei der Durchführung der Evaluation im Altenzentrum St. Elisabeth in Eislingen bedanken wir uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie bei der Leitung dieser Einrichtung. Wir bedanken uns weiterhin bei den Angehörigen und den Menschen mit Demenz, die unser Forscherinnenteam – Dr. Anja Rutenkröger, Christina Kuhn – und Renate Berner - über einen langen Zeitraum begleitet haben. Und nicht zuletzt gilt ein besonderer Dank dem Sozialministerium Baden-Württemberg, das innerhalb dieser Studie eine Untersuchung des speziellen Aspektes des Schlafverhaltens möglich gemacht hat.

Stuttgart, August 2012

**Peter Wißmann**

Wissenschaftlicher Geschäftsführer, Demenz Support Stuttgart gGmbH

---

<sup>1</sup> [http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation\\_Schlafverhalten\\_01062012.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation_Schlafverhalten_01062012.pdf)

<sup>2</sup> Brandenburg, Adam Paffrath (Hrsg.) 2012: Pflegeoasen in Deutschland. Forschungs- und handlungsrelevante Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Schlütersche Verlagsreihe

<b>1. Einleitung</b> .....	3
<b>2. Studienaufbau - Methodisches Vorgehen</b> .....	8
2.1 Forschungsziel .....	10
2.2 Stichprobe .....	10
2.3 Forschungsmethoden: Quantitative Datenerhebung .....	11
2.3.1 Gesundheitsstatus und Lebensqualität.....	11
2.3.2 Kontakthäufigkeit.....	11
2.3.3 Zufriedenheit der Angehörigen .....	11
2.3.4 Belastung der Mitarbeiterinnen.....	12
2.3.5 Erfassung der Umweltfaktoren .....	12
2.4 Forschungsmethoden: Qualitative Datenerhebung .....	13
2.4.1 Teilnehmende Beobachtung.....	14
2.4.2 Das Problemzentrierte Interview .....	14
2.5 Datenanalyse .....	16
<b>3. Beschreibung der Projekteinrichtung</b> .....	17
3.1 Konzepteckpunkte Pflegeoase .....	17
3.1.1 Bauliches Milieu .....	17
3.1.2 Betreuungsziele.....	19
3.1.3 Zielgruppe .....	19
3.1.4 Personalkonzept und -ausstattung .....	20
3.2 Konzepteckpunkte Kontrollgruppe.....	21
3.2.1 Bauliches Milieu .....	21
3.2.2 Betreuungsziele im Pflegeleitbild.....	22
3.2.3 Aktivitäten im Altenzentrum St. Elisabeth .....	22
<b>4. Studienergebnisse zur Lebenssituation der Bewohnerinnen</b> .....	23
4.1 Ausgangssituation im Altenzentrum St. Elisabeth .....	23
4.2 Stichprobe Pflegeoase und Kontrollgruppe .....	26
4.3 Physischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen .....	27
4.3.1 Medizinischer Gesundheitsstatus .....	27
4.3.2 Medikation .....	29
4.3.3 Schmerzen .....	30
4.3.4 Ernährungszustand – Body-Mass-Index.....	33
4.3.5 Schlafverhalten.....	35
4.4 Kognitiver Gesundheitsstatus.....	38
4.4.1 Mini Mental Status Test.....	38
4.4.2 FAST-GDS .....	38
4.5 Alltagskompetenz.....	39
4.6 Psychischer Gesundheitsstatus .....	40
4.6.1 Lebensqualität für Menschen mit schwerer Demenz (QUALID) .....	40
4.6.2 Nicht-kognitive Symptome - Neuropsychiatrische Symptome .....	43
4.6.3 Herausfordernde Verhaltensweisen – CMAI .....	47
4.7 Mobilität: Bewegungsradius.....	50
4.8 Digitale Zeiterfassung, Häufigkeit und Qualität der Interaktionen.....	52
4.8.1 Verteilung bewohnernaher und bewohnerferner Tätigkeiten .....	53
4.8.2 Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten .....	53
4.8.3 Interaktionshäufigkeit.....	55
4.8.4 Interaktionsqualität .....	55

<b>5. Studienergebnisse zum Subjektiven Erleben der Angehörigen</b> .....	58
5.1 Präsenz der Mitarbeiterinnen – Zeit haben.....	58
5.2 Direkte Wahrnehmung der Bedürfnisse .....	58
5.3 Entlastung .....	59
5.4 Zufriedenheitsbefragungen.....	60
<b>6. Studienergebnisse zum Subjektiven Erleben der Mitarbeiterinnen</b> .....	62
6.1 Arbeitszufriedenheit.....	62
6.1.1 Präsenz und Bedürfnisorientierung .....	62
6.1.2 Gestaltungsfreiraum – Entscheidungsautonomie – Sinn finden .....	63
6.2 Arbeitsbelastung.....	65
6.2.1 Alleinsein – geringe Austauschmöglichkeit.....	65
6.2.2 Stresserleben und Unausweichbarkeit .....	66
6.3 Organisationsentwicklung.....	68
6.3.1 Konzeptentwicklung vom Ruheraum zum bewegten Lebensraum .....	68
6.3.2 Integration der Pflegeoase und Personalentwicklung.....	70
6.4 Burnout-Befragungen .....	72
<b>7. Studienergebnisse zur Baulichen Umwelt</b> .....	77
7.1 Räumliche Gestaltung .....	77
7.2 Rückzugszimmer .....	78
7.3 Gruppengröße – wirtschaftliche Aspekte.....	79
7.4 Umweltfaktoren .....	79
<b>8. Diskussion</b> .....	81
8.1 Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen.....	81
8.2 Einschätzungen zum Wohlbefinden aus Sicht der Angehörigen .....	85
8.3 Mitarbeiterinnen – Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung.....	86
<b>9. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth</b> .....	91
9.1 Implementierungsprozesse planen – Entwicklung des Konzepts vor Inbetriebnahme .....	91
9.2 Schmerzmanagement ausbauen.....	92
9.3 Lebensqualität der Bewohnerinnen aufrechterhalten .....	94
9.4 Arbeitsbelastungen der Mitarbeiterinnen präventiv begegnen.....	94
<b>10. Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen zur Implementierung einer Pflegeoase in Deutschland</b> .....	96
10.1 Erste Qualitätskategorie: Personal- und Pflegekonzept .....	97
10.2 Zweite Qualitätskategorie: Gruppengröße.....	99
10.3 Dritte Qualitätskategorie: Bauliches Milieu .....	100
10.4 Vierte Qualitätskategorie: Organisatorische Rahmenbedingungen .....	101
10.5 Handlungsempfehlungen zur Implementierung.....	102
10.6 Fazit.....	107
Literaturverzeichnis.....	109
Abbildungsverzeichnis .....	115
Tabellenverzeichnis .....	116

# 1. Einleitung

Die Gesamtprävalenz für eine demenzielle Erkrankung bewegt sich bei der über 65-jährigen Allgemeinbevölkerung in den westlichen Industrieländern zwischen 5 % und 8 % (Bickel 2005). In Deutschland leben ca. 1,12 Millionen Menschen über 60 Jahre mit einer demenziellen Erkrankung (Ziegler 2010). Ihre Anzahl wird sich in den nächsten 30 Jahren aller Voraussicht nach verdoppeln (Lee, Thomas 2011). Im Laufe der letzten 20 Jahren hat sich die Betreuung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe stark gewandelt, derzeit leben ca. 65 % demenzerkrankte Menschen in Pflegeheimen (Weyerer et al. 2006).

Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der demenziellen Erkrankung konfrontieren uns mit der Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Endlichkeit der menschlichen Existenz und stellen das Individuum und die Gesellschaft vor besondere Herausforderungen (Kruse 2010). Traditionelle Betreuungskonzepte sind diesen Herausforderungen nicht mehr gewachsen (Rutenkröger, Kuhn 2008). In den letzten Jahren wurden einige Konzepte und Modelle für eine angemessene Betreuung der demenziell erkrankten Menschen entwickelt. Der palliative Pflege- und Behandlungsansatz ist dabei eine wichtige Grundlage, da er das Ziel hat, Schmerzen und physiologische Symptome zu kontrollieren und den Betroffenen sowie deren Angehörigen psychologische, soziale und spirituelle Pflege und Unterstützung zukommen zu lassen (WHO 2002). Die palliative Pflege weist von ihren Zielsetzungen her viele Parallelen zur person-zentrierten Pflege von Menschen mit demenziellen Erkrankungen auf (Marshall 2001, Downs, Clare, Mackenzie 2006, Downs, Small, Froggatt 2006). International bestehen „Demenz-WGs“ bzw. Wohngruppenkonzepte in denen Menschen mit fortgeschrittener Demenz zusammen mit weniger schwer Betroffenen leben (Verbeek et al. 2009). Die Betreuung von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der demenziellen Erkrankung stellt jedoch nach wie vor eine zentrale Herausforderung für die stationäre Altenhilfe dar.

Das Konzept „Pflegeoase“ als segregativ-spezialisierte Versorgungsform für Menschen mit schwerster Demenz, wurde erstmals 1998 im Altenheim Sonnweid in der Schweiz konzipiert und umgesetzt. In der Bundesrepublik wurde die erste Pflegeoase im Jahre 2006 im Seniorenzentrum Holle realisiert und von der Demenz Support Stuttgart im Rahmen einer deskriptiven Pilotstudie evaluiert (Rutenkröger, Kuhn 2008a, b, c, d). Das Seniorenzentrum Holle ist eine spezialisierte Einrichtung für 69 Menschen mit Demenz. Seit 2009 wird dort eine Langzeitstudie durchgeführt, um nachhaltige Effekte einer Pflegeoase zu erfassen. Die zweite Evaluation startet 2008 in Luxemburg (Rutenkröger, Kuhn 2010). Dort werden die Bewohnerinnen aus zwei Pflegeoasen mit einer jeweiligen Kontrollgruppe (herkömmlicher Wohnbereich, Hausgemeinschaft) verglichen. Eine Pflegeoase befindet sich in der

Pflegeeinrichtung „Beim Goldknapp“. Sie ist für 120 Plätze konzipiert und stellt in Luxemburg die erste Spezialeinrichtung für Menschen mit Demenz dar. Die zweite Pflegeoase befindet sich im Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP) und richtet sich an Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, Menschen mit Handicaps und pflegebedürftige ältere Menschen. Die Forscherinnen (Rutenkröger, Kuhn 2012) haben eine Übersicht zu den durchgeführten Studien der Demenz Support gGmbH erstellt, die Ende des Jahres 2012 in Buchform veröffentlicht wird (Brandenburg, Adam-Paffrath et al. 2012 im Druck).

Neben den erläuterten Projektberichten der Demenz Support gGmbH in Holle und Luxemburg sind weitere wissenschaftliche Evaluationen erschienen. So zum Beispiel:

- Evaluation der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus Mühlacker (Riedel, Schneider 2010)
- Evaluation der Pflegeoase des Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching a. d. Alz (Dettbarn- Reggentin, Reggentin 2010)
- Evaluation „Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich: PflegeOase“ (Schuhmacher et al. 2011)
- Evaluation „Pflegeoasen: (K)Ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? POLA-SD (Brandenburg et al. 2011)
- Evaluation „Pflegeoase Eine spezialisierte Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz (PosBeD) – eine Vergleichsstudie“ (Rüsing et al. 2012)

Alle Studien erfassen neben den Umgebungsfaktoren vor allem die subjektiven Erfahrungen und Bewertungen von Angehörigen und Mitarbeiterinnen. Ziel ist es der Frage: „Wie wirkt sich die Pflegeoase auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen aus?“ einen Schritt näher zu kommen. Hier kann es sich lediglich um eine Annäherung handeln, da die Bewohnerinnen keine Auskunft über ihr Wohlbefinden und ihre subjektiv erlebte Lebensqualität geben können.

International existieren derzeit ca. 26 Pflegeoasen, davon befinden sich ca. 20 Pflegeoasen in der Bundesrepublik, die der (unten erläuterten) Definition der Expertengruppe „Pflegeoasen“ entsprechen. Auffallend ist, dass diese sich meist in den „alten Bundesländern“ vor allem in Bayern, Baden-Württemberg und NRW befinden.

Die Expertengruppe „Pflegeoasen“ wurde 2009 an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar aus in diesem Bereich forschenden Personen gegründet. Diese haben im Rahmen einer gemeinsamen Fach- und Buchveröffentlichung (Brandenburg et al. 2012, Brandenburg, Adam-Paffrath 2012) eine gemeinsame Positionierung zu Pflegeoasen formuliert. Demnach sind folgende Definitionsmerkmale bestimmend für Pflegeoasen:

gemeinschaftlicher Raum, dauerhafter Aufenthalt der Bewohnerinnen, kontinuierliche Präsenz von Pflegenden während der Tagschichten und ein zielgruppenspezifisches Pflege- und Betreuungskonzept, welches an der Förderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität orientiert ist:

*„In einer ‚Pflegeoase‘ lebt und wohnt eine kleine Gruppe von Menschen mit schwerer Demenz. Es handelt sich dabei um einen dauerhaften Lebensort für Menschen mit extrem hohem Pflege- und Unterstützungsbedarf innerhalb einer stationären Pflegeeinrichtung. Das Betreuungs- und Pflegekonzept ist auf die bestmögliche Lebensqualität ausgerichtet. Dazu gehört, dass Pflegenden während der Tagschichten kontinuierlich präsent sind. Diese Präsenz und das Raumkonzept unterstützen eine unmittelbare Reaktion auf die körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnisse der Zielgruppe. Das Raumkonzept umfasst einen Mehrpersonenraum mit einer kommunikativen Mitte und Individualbereichen, einen Rückzugsraum sowie ein Pflegebad und eine Küchenausstattung. Die Pflegeoase bietet einen geschützten Raum, sichert aber auch die Teilhabe und Mobilität der Bewohnerinnen außerhalb dieses Lebensortes.“*

Es bestehen verschiedene Sonderformen der klassischen Pflegeoase. So existieren 3-4 Personenzimmer, die nicht der oben genannten Definition entsprechen, da keine kontinuierliche Personalpräsenz am Tage gewährleistet werden kann. Des Weiteren gibt es zeitlich definierte Betreuungsangebote in separaten Räumen. Kombinationen aus einem Gemeinschaftsraum und Privatzimmern werden als Tagesoase bezeichnet. Die Bewohnerinnen einer Tagesoase verbringen ihre Zeit in einem Gemeinschaftsraum und in ihren jeweiligen Ein- oder Zweibettzimmern.

Das Thema „Pflegeoase“ wurde in den letzten Jahren viel und kontrovers diskutiert. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009) schlägt eine sogenannte Qualitätsgeleitete Pflegeoase vor, die durch ein spezielles Baukonzept eine Kombination aus Gemeinschaftsraum und Einzelzimmer vorsieht. Im Evaluationsbericht der Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus Mühlacker (Riedel, Schneider 2010) werden die zentralen Aspekte der kontrovers geführten Diskussion des Pflegeoasenkonzeptes der letzten Jahre erläutert. Wohl auch aufgrund dieser Diskussion ist die Inbetriebnahme einer Pflegeoase derzeit noch an den Status eines „Modellprojektes“ (ausgenommen Bayern) gekoppelt, welches wissenschaftlich evaluiert werden muss. Eine mögliche regelhafte Umsetzung von Pflegeoasen ohne Ausnahmegenehmigung in Zukunft hängt vom wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ab.

Laut der „Expertengruppe Pflegeoasen“ sind für die Lebensqualität von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der demenziellen Erkrankung eine optimale pflegerische und medizinische Betreuung (insbesondere die personenzentrierte Interaktion, Schmerzmanagement und Förderung der Mobilität) sowie die Schaffung einer angepassten wohnräumlichen Situation und den Tagesablauf strukturierende Aktivitäten und Angebote bedeutend (Brandenburg et al. 2012). Für Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der



demenziellen Erkrankung hat die Deutung ihrer nonverbalen Signale einen zentralen Stellenwert. Sie leiden an somatischen und psychischen Symptomen und sind verbal meist nicht mehr in der Lage ihre Bedürfnisse zu kommunizieren. Werden ihre Bedürfnisse erkannt, können zielgerichtete Interventionen erfolgen, die sich letztlich positiv auf die Lebensqualität auswirken. (Eine ausführliche Erläuterung zum Thema Lebensqualität findet sich in dem Projektbericht „Im Blick haben“, Rutenkröger, Kuhn 2008a).

Das Altenzentrum St. Elisabeth in Eislingen hat die Demenz Support Stuttgart gGmbH zur Evaluation ihrer Pflegeoase beauftragt. Unser besonderer Dank gebührt den teilnehmenden Menschen mit Demenz und den Mitarbeiterinnen sowohl der Pflegeoase als auch der Kontrollgruppe und ihren Angehörigen. Die Evaluation der vorliegenden Studie im Altenzentrum St. Elisabeth in Eislingen wird durch eine Vollerhebung aller Bewohnerinnen ergänzt, damit ein Vorher-Nachher-Vergleich sichergestellt werden kann. Im Rahmen der Studie werden erstmals die Auswirkung unterschiedlicher Wohn- und Lebensumwelten (Einzel-Doppelzimmer, Oase) im Hinblick auf Schlafverhalten, Schlafdauer, Schlafperioden und Circadianen Rhythmus untersucht. Diese werden in einem separaten Projektbericht verschriftlicht (Berner, Kuhn, Rutenkröger 2011). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wird in Kapitel 4.3.5 vorgestellt.

### **Aufbau des Berichtes**

In *Kapitel 2* sind der Studienaufbau sowie das methodische Vorgehen beschrieben. Es werden das Forschungsziel, die Stichprobe sowie die Forschungsmethoden erläutert. Abschließend wird die Datenanalyse vorgestellt.

In *Kapitel 3* wird die Projekteinrichtung Altenpflegezentrum St. Elisabeth vorgestellt. Es werden die Konzeptpunkte der Pflegeoase und der Kontrollgruppe vorgestellt und die Aktivitäten im Altenzentrum St. Elisabeth beschrieben.

In *Kapitel 4* werden die Studienergebnisse zur Lebenssituation der Bewohnerinnen vorgestellt. Zunächst wird die Ausgangssituation im Altenzentrum St. Elisabeth und die Stichprobe beschrieben. Nachfolgend werden die Studienergebnisse der Bewohnerinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe erläutert.

In *Kapitel 5* werden die Studienergebnisse zum Subjektiven Erleben der Angehörigen beschrieben. Es wird die Präsenz der Mitarbeiterinnen, die direkte Wahrnehmung der Bedürfnisse der Bewohnerinnen und die Entlastung der Angehörigen beschrieben. Abschließend wird eine Zufriedenheitsbefragung vorgestellt.

*Kapitel 6* beschreibt das subjektive Erleben aus Sicht der Mitarbeiterinnen. Es wird die Arbeitszufriedenheit, die Arbeitsbelastung sowie die Organisationsentwicklung vorgestellt. Den Abschluss bildet die Vorstellung der Burnout-Befragungen.

In *Kapitel 7* werden die Studienergebnisse zur Baulichen Umwelt vorgestellt. Das bauliche Milieu wird durch die Vorstellung der Räumlichen Gestaltung, der Rückzugszimmer der Gruppengröße sowie der Umweltfaktoren beschrieben.

In *Kapitel 8* erfolgt die Diskussion der Ergebnisse. Zur Diskussion stehen der Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen, Einschätzungen zum Wohlbefinden aus Sicht der Angehörigen sowie die Arbeitszufriedenheit und die Arbeitsbelastungen der Mitarbeiterinnen.

In *Kapitel 9* werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Pflegeoase des Altenzentrums St. Elisabeth in Eislingen formuliert. Diese beziehen sich insbesondere auf die Planung von Implementierungsprozessen, das Schmerzmanagement sowie die Aufrechterhaltung der Lebensqualität der Bewohnerinnen. Des Weiteren werden Empfehlungen ausgesprochen, wie den Arbeitsbelastungen der Mitarbeiterinnen präventiv begegnet werden kann.

In Kapitel 10 wird das Spektrum der Handlungsempfehlungen auf Deutschland erweitert, es werden Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen zur Implementierung von Pflegeoasen beschrieben.

## 2. Studienaufbau - Methodisches Vorgehen

Die Studie ist als longitudinale Vergleichsstudie mit Kontrollgruppe und einer Laufzeit von 23 Monaten (Februar 2010 bis Dezember 2011) konzipiert (Abbildung 1). Die vorliegende Evaluationsstudie ist die vierte dieser Art, die die Demenz Support Stuttgart seit 2006 zu verschiedenen Pflegeoasen durchgeführt hat.

Das Design der Studien verdichtet sich fortlaufend von einer deskriptiven, longitudinalen Pilotstudie mit Pre-Posttest-Design hin zur Vergleichsstudie mit Kontrollgruppe. Im Kern handelt es sich um ein Vergleichsstudiendesign überwiegend mit Kontrollgruppe. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird auf einen Mix aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden (Mixed Methods Design) zurückgegriffen, um dem umfassenden Forschungsgegenstand „Pflegeoase“ gerecht zu werden.

Studienaufbau Evaluation Eislingen	Feb 10	Mrz 10	Apr 10	Mai 10	Jun 10	Jul 10	Aug 10	Sep 10	Okt 10	Nov 10	Dez 10	Jan 11	Feb 11	Mrz 11	Apr 11	Mai 11	Jun 11	Jul 11	Aug 11	Sep 11	Okt 11	Nov 11	Dez 11	
Vollerhebung der gesamten Einrichtung																								
Identifizieren der Studienteilnehmerinnen																								
1. Erhebungsintervall - t0 BW vor Einzug Oase																								
2. Erhebungsintervall - t1 BW nach 5 Monaten in Oase																								
3. Erhebungsintervall - t2 BW nach 12 Monaten in Oase																								
Datenerhebung Mitarbeiterinnen - Angehörige																								
Datenauswertung fortlaufend																								
Erstellung Abschlussbericht																								
interne Präsentation der Ergebnisse																								

Abbildung 1: Studienablauf

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zu den zentralen Forschungsfragen, dem methodischen Vorgehen und der Datengrundlage, die in den vier Studien ermittelt wurde. Ausführlichere Informationen zu den Instrumenten sind bei der Ergebnisdarstellung erläutert.

Forschungsfragen	Methodisches Vorgehen	Datengrundlage
<b>Gesundheitsstatus</b> Diagnosen, Medikation, Ernährung, Mobilität, Schmerzen, Psychisches Wohlbefinden	<b>Standardisierte Fragebögen und Dokumentenanalyse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosen, demog. Daten</li> <li>• Medikation</li> <li>• MMST</li> <li>• Fast-GDS</li> <li>• Barthel</li> <li>• BMI</li> <li>• CMAI</li> <li>• NPI</li> <li>• BESD</li> </ul>	<b>54 Personen</b> 35 Pflegeoase 19 Kontrollgruppe  Datenerfassung je nach Instrument monatlich bis 3-monatlich
<b>Lebensqualität</b> bei Menschen mit schwerer Demenz	Systematische Verhaltensbeobachtung durch Pflegenden auf der Grundlage des standardisierten Fragebogens QUALID (Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale, Weiner et al. 2000)  standardisierte Erfassung der Interaktionshäufigkeit mittels Digi Raport - (Interaktionshäufigkeit, Tätigkeitsprofil der Pflegenden – Verteilung bewohnernaher und anderer Tätigkeiten)  Qualitative Interviews (problemzentriert) mit Mitarbeiterinnen (Gruppen- und Einzelinterviews)	<b>449 Fragebögen</b> 241 Pflegeoase 208 Kontrollgruppe  <b>8.925:03 h</b> unbereinigte Daten 6.195:46 h bereinigte Daten
<b>Subjektives Erleben</b> bei <b>Mitarbeiterinnen</b> und <b>Angehörigen</b>	Qualitative Interviews (problemzentriert) mit Mitarbeiterinnen und Angehörigen  Standardisierter Fragebogen für Angehörige (Satisfaction with Care at End-of Life in Dementia Scale, Volicer et al. 2001)	<b>100 Interviews</b> 34 Angehörige 64 Mitarbeiterinnen jeweils durchschnittliche Dauer 60 Minuten  <b>50 Fragebögen</b> 38 Pflegeoase 12 Kontrollgruppe
<b>Belastung</b> der Mitarbeiterinnen	Standardisierter Fragebogen Maslach Burnout Inventory MBI-D (adaptiert nach Büssing, Perrar 1992)	<b>114 Fragebögen</b> 60 Pflegeoasen 54 Kontrollgruppen
<b>Bauliche Umwelt</b>	Teilnehmende Beobachtung vor Ort – Erfassung mit technischen Instrumenten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lautstärke mit Schallpegelmesser</li> <li>• Raumklima mit Hygrometer</li> <li>• Lichtexposition mit Luxmeter</li> <li>• Räumliche Umwelt mittels Fotodokumentation</li> </ul>	Pro Evaluation mind. 6 -10 Messzeitpunkte

Tabelle 1: Überblick Methodisches Vorgehen und Datenumfang der Evaluationsstudien der DeSS

## 2.1 Forschungsziel

Ziel der Studien ist es, das Erleben und die Bewertung der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven (Angehörige, Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen) zu beschreiben und zu evaluieren, um forschungsbasierte Erkenntnisse zu dieser neuen Versorgungsform zu generieren. Ein weiteres Forschungsziel gilt dem Belastungserleben der Mitarbeiterinnen. Das Erkenntnisinteresse der Evaluationsstudien ist insgesamt daran ausgerichtet, forschungsbasierte Qualitätsempfehlungen für eine sorgsame Begleitung der Bewohnergruppen, die in den Pflegeoasen betreut werden, formulieren zu können.

Die leitenden Forschungsfragen lauten:

- Welche Auswirkungen haben die Konzepte auf die Lebensqualität/das Wohlbefinden der Bewohnerinnen?
- Wie erleben und bewerten Angehörige und Mitarbeiterinnen die Pflegeoase?
- Wie erleben die Pflegenden Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase und in der Kontrollgruppe (im herkömmlichen Wohnbereich)?
- Wie wird das bauliche Milieu von Angehörigen und Mitarbeiterinnen bewertet?
- Welche Qualitätskriterien können aus der Datenanalyse für Pflegeoasen abgeleitet werden?

## 2.2 Stichprobe

Geeignete Teilnehmerinnen für eine Studie sind die Menschen, die Erfahrungen mit einem Phänomen gesammelt haben, das in der Forschung untersucht wird (Holloway, Wheeler 1998). In dieser Studie setzt sich die Stichprobe demzufolge aus den verschiedenen Akteursgruppen der Pflegeoase zusammen: Bewohnerinnen, Angehörige und Mitarbeiterinnen, die im Zeitraum von Oktober 2010 bis September 2011 in der Pflegeoase und in der Kontrollgruppe lebten, ihre Angehörigen besuchten oder arbeiteten. Die Auswahl der Stichprobe stellt eine Gelegenheitsstichprobe dar (Morse, Field 1998; Polit, Hungler 1999).

Als Einschlusskriterien zur Teilnahme für die vorliegende Evaluationsstudie gilt die Zielgruppe Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth in Eisingen (Konzeption Pflegeoase Günzel et al. 2011)

- Menschen mit erheblich eingeschränkter Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit
- Personen, die eine Immobilität im Rahmen einer Demenzerkrankung im Endstadium oder einer vergleichbaren Hirnleistungsstörung aufweisen.
- Mini-Mental-State-Assessment muss 0 Punkte aufweisen.
- Es können nur Bewohner der Pflegestufe 3 einziehen.

- Ebenso können nur Bewohner einziehen, die bereits mindestens ein Jahr in der Einrichtung leben.

Für die Auswahl der Kontrollgruppe sind zwei Kriterien maßgebend: 1. Erfüllen die Personen der Kontrollgruppe die Kriterien, die für einen Einzug in die Pflegeoase festgelegt wurden? 2. Sind die Personen der Kontrollgruppe denjenigen der Oase in Bezug auf Alter, Pflegebedürftigkeit, physischem und psychischem Allgemeinbefinden vergleichbar?

## **2.3 Forschungsmethoden: Quantitative Datenerhebung**

### **2.3.1 Gesundheitsstatus und Lebensqualität**

Zur Beurteilung des körperlichen, kognitiven und psychischen Gesundheitsstatus und Wohlbefindens der Bewohnerinnen werden die in der Tabelle (S. 9) aufgeführten Instrumente eingesetzt. Mittels Analyse der Pflegedokumentation werden demographische Daten und Diagnosen ermittelt. Um sich der Lebensqualität der untersuchten Personengruppe anzunähern, kommt die Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID, Weiner et al. 2000) zum Einsatz.

### **2.3.2 Kontakthäufigkeit**

Soziale Teilhabe zu ermöglichen, ist ein wesentliches Ziel der Pflegeoasen. Vor diesem Hintergrund werden die Kontakthäufigkeit und das pflegerische Tätigkeitsprofil mittels digitaler Zeiterfassung erfasst. Es werden Handgeräte (Digi-Raport) verwendet, die üblicherweise zur Zeiterfassung im Handwerk eingesetzt werden. Die Kernfrage bei der Erhebung der Kontaktzeit und -häufigkeit richtet sich darauf, ob sich zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe Unterschiede ergeben. Des Weiteren ist in Eislingen die Interaktionsqualität mittels Dementia Care Mapping Version 7 (Bradford Dementia Group 1997) anhand der Personalen Detraktionen (Person ignorierende Interaktionsweisen) und Positiven Ereignisse (Person fördernde Interaktionsweisen) beobachtet worden.

### **2.3.3 Zufriedenheit der Angehörigen**

Für die standardisierte Befragung der Angehörigen zur Zufriedenheit mit der Pflege ist der Fragebogen „Satisfaction with Care at End-of-Life in Dementia Scale“ (Volicer et al. 2001) übersetzt und verwendet worden. Dieser Fragebogen zielt darauf ab, die Interventionen zu evaluieren, um die Pflege von Demenzerkrankten in der letzten Lebensphase zu verbessern. Der Fragebogen hat eine 10 Item-Skala und bietet vier Antwortmöglichkeiten („stimme gar

nicht zu“ bis „stimme voll zu“) an. Es können zwischen 10-40 Punkte erreicht werden, wobei der höhere Wert für die größere Zufriedenheit steht.

### 2.3.4 Belastung der Mitarbeiterinnen

Zur Ermittlung des Burnout-Syndroms wird die deutsche revidierte Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D nach Büssing und Perrar 1992) eingesetzt. Der Zugang zur aktuell deutschen Fassung ist durch die freundliche Unterstützung von Prof. Jürgen Glaser ermöglicht worden. Das MBI-D besteht aus 21 Items und ist in die drei Subskalen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „Persönliche Erfüllung“ gegliedert. In einer Rating-Skala aus 6 Punkten können die konkreten Fragen mit der Angabe wie oft das Gefühl auftritt auf dem Niveau von „nie“ zu „bis sehr oft“ beantwortet werden. Glaser et al. (2008) sowie Glaser (2009) haben umfangreiche Untersuchungen durchgeführt und bieten Interpretationsdaten zur Bewertung des Burnout-Syndroms, an die wir uns anlehnen. In diesem Rahmen werden Werte für die Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ von 3,5 bis 5,0 als kritisch beurteilt und Angaben von  $\geq 5,0$  weisen auf ein klinisches Burnout-Syndrom hin. Für die Subskala „Persönliche Erfüllung“ gelten Werte  $\leq 2,0$  als kritisch, da sie auf eine geringe persönliche Erfüllung hinweisen. Eine maximale Punktzahl von 6,0 wird als Indikator für eine hohe Arbeitszufriedenheit betrachtet.

### 2.3.5 Erfassung der Umweltfaktoren

Zur Beschreibung der Umweltfaktoren wurden Schallpegelmessungen, Messungen zum Raumklima und zur Lichtexposition durchgeführt. Um die Werte der Schallpegelmessung bewerten zu können, sind in der nachfolgenden Tabelle die Dezibelwerte mit unterschiedlichen Geräuschquellen dargestellt. Die Schmerzschwelle liegt zwischen 120 dB und 140 dB.

Geräuschquelle	Abstand	Dezibel
Presslufthammer, Diskothek	1 m / am Ohr	100 dB
Hauptverkehrsstraße	10 m	80 - 90 dB
Pkw	10 m	60 - 80 dB
Fernseher auf Zimmerlautstärke	1 m	ca. 60 dB
Sprechender Mensch (normale Unterhaltung)	1 m	40 - 60 dB
Sehr ruhiges Zimmer	am Ohr	20 - 30 dB
Blätterrauschen, ruhiges Atmen	am Ohr	10 dB

Tabelle 2: Geräuschquellen und Schallpegelwerte

Das Raumklima ergibt sich aus den Werten der Luftfeuchtigkeit und der Raumtemperatur. In einer gegenseitigen Dependenz entsteht ein Korridor, der das Wohlfühlklima abbildet.

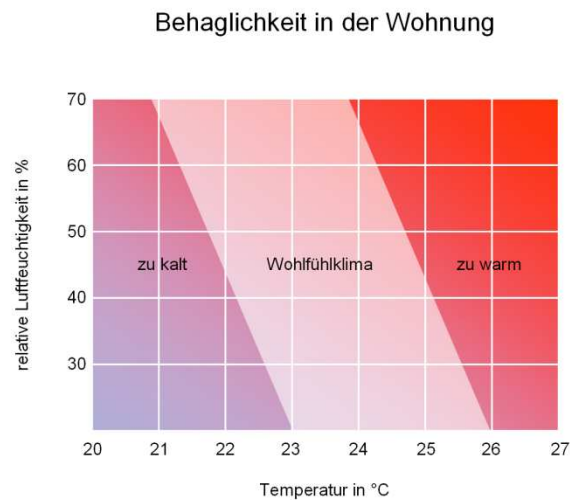


Abbildung 2: Wohlfühlklima als Verhältnis zwischen Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit

Eine Bewertung der Lichtexposition orientiert sich an der Empfehlung, die in bundesdeutschen Pflegeeinrichtungen für die Betreuung von Menschen mit Demenz formuliert ist. Es wird in allen öffentlichen und halböffentlichen Bereichen eine Beleuchtungsstärke von 500 lx empfohlen. Dieser Wert gibt eine Orientierung, wird jedoch der Komplexität des Themas Licht nicht gerecht. Ein Beleuchtungskonzept sollte folgende Aspekte berücksichtigen:

- Beleuchtungsstärke in Fluren, Wohn-, Aufenthalts- und Essensräumen (500 lx, gemessen in 0,85 m Höhe über dem Boden)
- Vermeidung von Blendungseffekten
- Vermeidung störender Reflexe durch Spiegelungen
- Berücksichtigung von Lichtfarbe und Farbwiedergabe
- indirekte Beleuchtung (schattige Bereiche vermeiden) in Kombination mit direkter Beleuchtung (Kontraste zur Orientierung)
- Vermeidung von Flimmererscheinungen
- Berücksichtigung von Wärmeabstrahlung
- hohe Lichtexposition durch Tageslicht (im Sommer bis 100.000 lx)

## 2.4 Forschungsmethoden: Qualitative Datenerhebung

In der Studie wird nach den Prinzipien des problemzentrierten Interviews (PZI) gearbeitet (Witzel 1982). Das Interviewverfahren wird ausgewählt, weil sich das PZI in der



Gesprächsführung insbesondere dafür eignet, das Erleben und die Realitätsdeutungen sowohl einzelner Menschen als auch von Fokusgruppen zu erfassen. Es werden Interviewleitfäden auf Basis der Pilotstudie (Evaluationsstudie Pflegeoase Seniorenzentrum Holle) verwendet und erweitert. Diese dienen in der Interviewführung dazu, das Gespräch zu strukturieren und wichtige Leitfragen zu stellen. Des Weiteren sind teilnehmende Beobachtungen durchgeführt worden, um einen Inneneinblick in das Forschungsfeld zu erlangen.

### **2.4.1 Teilnehmende Beobachtung**

Um sich dem Feld Pflegeoase und der Kontrollgruppe anzunähern und sich mit den Bewohnerinnen und den Mitarbeiterinnen vertraut zu machen, wurden regelmäßig teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Bei allen Bewohnerinnen war die verbale Kommunikationsfähigkeit derartig eingeschränkt, dass der Einsatz von Interviewverfahren bereits im Vorfeld ausgeschlossen wurde. In der vorliegenden Studie wurde der Fokus auf die Verhaltensweisen der Bewohnerinnen gerichtet. Gleichzeitig konnten aber auch Beobachtungen zum Tagesablauf im jeweiligen Setting dokumentiert werden. Die Beobachtungen wurden offen erhoben und in einem Beobachtungsprotokoll systematisch beschrieben.

Die teilnehmende Beobachtung beinhaltet sämtliche Techniken, die angemessen sind, um Informationen über Menschen und deren Verhalten in ihrem natürlichen Setting zu erlangen (Pearsall 1965). Das besondere Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung ist das Eintauchen der Forscherin ins Feld (Flick 1999). Die Beobachtungen werden in Feldnotizen festgehalten, die Eindrücke zum Umfeld und Meinungen zu den Beobachtungen widerspiegeln, um die Beobachtungen zu kontextualisieren – ebenso wie Postskripte nach Interviews. Dabei werden neben der Beobachtung alle unterschiedlichen Formen des Interviews sowie informelle Gespräche im Forschungsfeld wahrgenommen (Denzin 1989).

### **2.4.2 Das Problemzentrierte Interview**

Das Problemzentrierte Interview (PZI) kombiniert methodische Elemente des Interviews, der Fallanalyse, der biographischen Methode sowie der Gruppendiskussion (Witzel 1982). Es handelt sich dabei um die „Integration verschiedener Methoden, nicht um eine bloße Addition der Methoden...“ betont Witzel (1982). Das PZI verfolgt die Zielsetzung, individuelle und kollektive Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmuster gesellschaftlicher Realität erfassbar zu machen. Demnach fokussiert es gesellschaftlich relevante Probleme und gibt der befragten Person Raum zur Selbstreflexion. Dem Interviewer ermöglicht es, schrittweise ein adäquates Verständnis über die Problemsicht und Deutungen der Gesprächspartner zu entwickeln. Die Durchführung eines PZI wird durch die Instrumente Kurzfragebogen,

Leitfaden, Tonbandaufzeichnungen des Gesprächs und Postskriptum ermöglicht. Mit der Kontaktaufnahme wird das PZI eingeleitet.

Zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung hatten bereits mehrfach Kontakte zwischen Studienteilnehmerinnen und Forscherinnen stattgefunden (Informationsveranstaltung zur Studie, Einverständniserklärung). Diese haben den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Studienteilnehmern und den Forscherinnen unterstützt. Vor der Durchführung der Interviews wurde den Teilnehmerinnen die Anonymisierung der Daten nochmals zugesichert und die gewünschte Gesprächsform erklärt. Während des Interviews kombiniert die Forscherin Zuhören und Nachfragen, um den eigenen Erkenntnisfortschritt zu optimieren.

### **Interviewleitfaden**

Die Forschungsthemen sind in einem Leitfaden, der am Erfahrungshintergrund der Gesprächspartner ausgerichtet ist, ausgearbeitet. Der Leitfaden begleitet idealtypisch den Gesprächsprozess und dient als eine Art Hintergrundfolie. So können die Themenfelder des Leitfadens als Ergänzung zur Logik des Erzählstranges seitens der Interviewpartner abgetastet werden. Die Forscherinnen verfolgen damit das Ziel, fruchtbare Themenfelder in der Erzählung zu entdecken, deren Relevanz aus Sicht der Informantinnen herauszufinden und durch Nachfragen zu überprüfen (Witzel 1982; 2000). Folgende relevante Themenkomplexe kristallisieren sich für den Leitfaden des Erst- und Abschlussinterviews heraus:

- Erwartungen und Befürchtungen zur Pflegeoase
- Beschreibungen zum Prozessverlauf: Arbeitssituation in der Pflegeoase, Verhaltensweisen der Bewohnerinnen
- Bewertungen der Erfahrungen, Abgleich von Vorannahmen und praktischer Umsetzung

Die Interviews sind mit dem Einverständnis der Interviewpartnerinnen vollständig digital aufgezeichnet. Die Aufnahme dient der authentischen und präzisen Erfassung des Interviews. Die Forscherinnen sind durch den Einsatz eines Tonbandgerätes entlastet worden und konnten sich ganz auf das Gespräch sowie auf Beobachtungen situativer Bedingungen und nonverbaler Äußerungen konzentrieren (Witzel 1982; 2000). Die Tonbandaufzeichnungen werden vollständig transkribiert und sind die Grundlage für die Analyse und Interpretation.

Unmittelbar nach dem Interview werden Postskripte als Ergänzung zur Tonbandaufzeichnung angefertigt, um wichtige Gesprächsinhalte, Anmerkungen zu den situativen und nonverbalen Aspekten sowie zu Schwerpunktsetzungen der Interviewpartnerinnen festzuhalten. Zudem werden spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen notiert, die Anregungen für die Auswertung geben können (Witzel 1982; 2000).

## **2.5 Datenanalyse**

In den Studien werden sowohl qualitative als auch quantitative Datenerhebungsverfahren eingesetzt, um der Komplexität des Themas gerecht zu werden und die Perspektiven der drei Akteursgruppen (Bewohnerinnen, Angehörige, Mitarbeiterinnen) beschreiben zu können. Beschreibende statistische Verfahren dienen der quantitativen Datenanalyse, um Häufigkeiten und Summenwerte darzustellen. Interferenzstatistische Analysen werden in zukünftigen Studien geprüft.

Zur Analyse der qualitativen Daten wird ein qualitatives, inhaltsanalytisches Verfahren (Mayring 2003) gewählt, um dem Ziel der dichten Beschreibung und Bewertung der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven näher zu kommen. Grund für die Wahl dieses Verfahrens ist, dass diese Form der Datenanalyse es ermöglicht, das Datenmaterial interpretierend auszuwerten. Dies wird auch als wissenschaftlich kontrolliertes Fremdverstehen bezeichnet (Lamnek 1995). Zur Prüfung der Nachvollziehbarkeit der Kategorien werden die Kodierungen im Forscherteam der Demenz Support Stuttgart kritisch diskutiert. Die Software ATLAS.ti 6 wurde zur Datenverwaltung verwendet.

### 3. Beschreibung der Projekteinrichtung

Das Altenzentrum St. Elisabeth wurde 1969 in Betrieb genommen. Aktuell ist das Altenzentrum Wohnort für 154 Personen. Die Angebotsstruktur beinhaltet Tages- und Vollzeitpflege, Leistungen der Sozialstation und Beratungen über eine IAV-Stelle. Seit Mai 2010 ist eine Pflegeoase für sechs Menschen mit fortgeschrittener Demenz und starker Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit eröffnet.

2009 erfolgte ein Umbau des Altenhilfezentrums St. Elisabeth mit den Zielen den Krankenhauscharakter der Einrichtung in eine wohnliche Atmosphäre umzugestalten, den Wohnkomfort durch Nasszellen für jedes Zimmer auszubauen und den Vollwärmeschutz des gesamten Gebäudes zu verbessern. Die damit verbundenen Umbaukosten lagen bei ca. 4,5 Millionen Euro. Auf den einzelnen Platz umgelegt ergaben sich Kosten zwischen 40.000 und 45.000 €.



Abbildung 3: Außenansichten Altenzentrum St. Elisabeth

#### 3.1 Konzeptpunkte Pflegeoase

Das Konzept für die Pflegeoase wurde im Rahmen einer einrichtungsinternen Arbeitsgruppe erstellt und kontinuierlich angepasst (Günzel et al. 2011). Es war die Grundlage für die bauliche Gestaltung der Pflegeoase. Das Konzept gliedert sich in Eckpunkte, die nachfolgend ausgeführt werden: Bauliches Milieu, Betreuungsziele, Zielgruppe und Gruppengröße, Personalkonzept und -ausstattung.

##### 3.1.1 Bauliches Milieu

Die Pflegeoase ist für sechs Personen mit einer Grundfläche von insgesamt 135 m<sup>2</sup> konzipiert, was umgerechnet ein Platzangebot von ca. 22,5 m<sup>2</sup> pro Person entspricht. Der

Wohnraum umfasst eine Teeküche, Gemeinschaftsfläche, zwei Ausweichzimmer und einen Arbeitsplatz für die Mitarbeiterinnen. Die Funktionsräume umfassen ein Pflegebad (16,9 m<sup>2</sup>), ein Personal- und Gäste-WC und einen unreinen Arbeitsraum. Die gewölbte Decke (Sternenhimmel) im Aufenthaltsbereich ist mit einem spezifischen Beleuchtungssystem ausgestattet. Die Belichtung in der Pflegeoase wird durch große Fenster unterstützt, die für Bewohnerinnen den Blick vom Bett ins Freie ermöglichen. Mobile Trennwände bieten die Möglichkeit während der Pflege die Intimsphäre der Bewohner zu wahren. Ein direkter Zugang von der Pflegeoase in einen Freibereich besteht nicht.

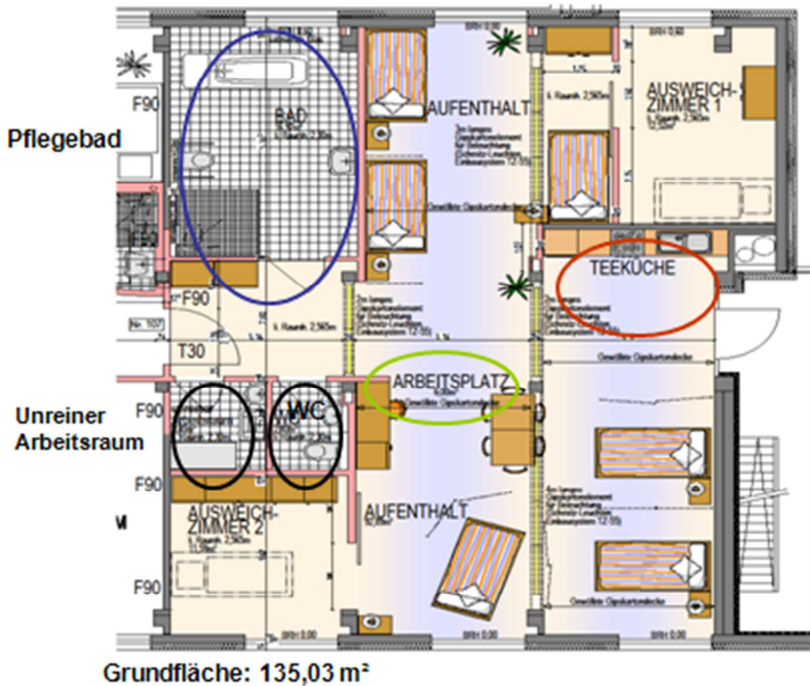


Abbildung 4: Grundriss

Die Pflegeoase ist ein Versorgungsangebot für Menschen mit erheblich eingeschränkter Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit und mit stark beeinträchtigter Bewegungsmöglichkeit. In der Pflegeoase arbeitet ein konstantes Kernteam, das durch Mitarbeiterinnen des Nachbarwohnbereichs unterstützt wird.



Abbildung 5: Beleuchtung Pflegeoase



Abbildung 6: Sitzecke Pflegeoase



Abbildung 7: Einblicke in die Pflegeoase



### 3.1.2 Betreuungsziele

Ein zentrales Betreuungsziel in der Pflegeoase ist die kontinuierliche Nähe für Menschen mit erheblich eingeschränkter Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit, mit starker Einschränkung der Mobilität und schwerer Demenz. Durch eine kontinuierliche Personalpräsenz von 12-14 h im Tagdienst soll eine bedürfnisorientierte Pflege gewährleistet und der Vereinsamung dieser Zielgruppe vorgebeugt werden. Konkrete Zielformulierungen aus der Konzeption lauten:

- Kontinuierliche menschliche Nähe wird gewährleistet
- Angehörige und Bewohner erleben die Oase als Raum menschlicher Nähe mit Privatheit und Rückzugsmöglichkeit
- Individuelle nonverbale Signale der Menschen in der Pflegeoase werden erkannt, dadurch werden die Bedürfnisse der dort lebenden Menschen erkannt und befriedigt.

### 3.1.3 Zielgruppe

Die Pflegeoase ist für sechs Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung oder einer vergleichbaren Hirnleistungsstörung eingerichtet. Der Personenkreis ist von starker Bewegungseinschränkung bis hin zur Ortsfixierung (überwiegender Bettlägerigkeit) betroffen. In der Konzeption ist die Zielgruppe wie folgt beschrieben:

- Menschen mit erheblich eingeschränkter Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit
- Personen, die eine Immobilität im Rahmen einer Demenzerkrankung im Endstadium oder einer vergleichbaren Hirnleistungsstörung aufweisen.
- Mini-Mental-State-Assessment muss 0 Punkte aufweisen.
- Es können nur Bewohner der Pflegestufe 3 einziehen.
- Ebenso können nur Bewohner einziehen, die bereits mindestens ein Jahr in der Einrichtung leben.

### 3.1.4 Personalkonzept und -ausstattung

Die Pflegeoase und der benachbarte gerontopsychiatrische Wohnbereich St. Michael bilden eine organisatorische Einheit. Im Januar 2011 arbeiten drei gerontopsychiatrisch weitergebildete Pflegefachpersonen auf dem Wohnbereich St. Michael, ein weiterer Mitarbeiter befindet sich gerade in der Weiterbildung.

Für die Pflegeoase hat sich ein festes Arbeiterteam (derzeit 5 Personen) gebildet. Die Präsenz in der Pflegeoase wird von 6.30 bis 20.00 Uhr gewährleistet. Der Ausbildungsstand ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Stellenplan Pflegeoase Eislingen Stand Juni 2011					
<b>Qualifikation</b>	Altenpflegerin	Pflegehelferin o. Ausbildung	Pflegehelferin o. Ausbildung	Pflegehelferin o. Ausbildung	Pflegehelferin o. Ausbildung
<b>Stellenumfang</b>	1,0	0,75	0,5	0,5	1,0
<b>Gesamtumfang</b>	<b>3,75 VZ</b>				

Tabelle 3: Stellenplan Pflegeoase Eislingen

Das Personalkonzept beschreibt als Ziel einen einheitlichen Wissensstand der Mitarbeiterinnen bezüglich des Umgangs mit Menschen mit Demenz. Dazu gehört die integrative Validation, Basale Stimulation und Kinästhetik als auch die Wirkung von Farben, Musik und Düften. Über einrichtungsinterne Fortbildungen werden alle Mitarbeiterinnen im Umgang mit Menschen mit Demenz während zwei Tage geschult. Diese Schulung findet zweimal jährlich statt. Eine Pflegefachperson der Pflegeoase hat einen Grundkurs zu „Basaler Stimulation“ und „Therapeutic Touch“ absolviert. Im Herbst 2011 fand eine intensive Schulung in Kinästhetik für fünf Mitarbeiterinnen (1 MA Pflegeoase) der Einrichtung statt.

In der Konzeption wird darauf hingewiesen, dass nicht jede Mitarbeiterin geeignet ist, um in der Pflegeoase zu arbeiten, daher werden folgende Fähigkeiten zur Arbeit in der Pflegeoase beschrieben:

*„Die Pflegepersonen der Oase müssen hellhörig für nonverbale Ausdrucksformen sein, um mit diesen Menschen kommunizieren zu können. Sie organisieren den Tagesablauf nach den Bedürfnissen der sechs Menschen in der Oase.“* (Günzel et al. 2011).

Formal können die Pflegemitarbeiter auch Helfer in der Pflege sein. In Absprache mit den betroffenen Wohnbereichsleitern und dem Pflegedienstleiter werden Mitarbeiter vorgeschlagen, die für die Arbeit in der Pflegeoase geeignet erscheinen. Daneben besteht auch die Möglichkeit für die Pflegemitarbeiter sich für diese Arbeit zu bewerben.

Als Kommunikationsplattform und Informationsaustausch findet einmal wöchentlich eine gemeinsame Teambesprechung mit dem Wohnbereich St. Michael und der Pflegeoase statt. Zusätzlich werden jährliche Mitarbeiterentwicklungsgespräche geführt. Die Übergabe zwischen Früh- und Spätdienst (13.00-13.30) findet am Bett der Bewohnerinnen statt.

### **3.2 Konzept Eckpunkte Kontrollgruppe**

Als Kontrollgruppe für die Bewohnerinnen der Pflegeoase wurden sechs Personen ausgewählt, die einen ähnlichen Gesundheitsstatus und Pflegebedarf aufweisen wie die Gruppe in der Pflegeoase.

#### **3.2.1 Bauliches Milieu**

Die Kontrollgruppe lebt in verschiedenen Wohnbereichen des Hauses. Die Wohnform kann als herkömmlich organisierte Wohneinheiten betrachtet werden. Die Bauweise ist als „Zweibund mit Einzel- und Doppelzimmern“ zu bezeichnen. Hier leben Menschen mit verschiedensten Beeinträchtigungen, Erkrankungen und Behinderungen unter einem Dach zusammen. Die Ziele der Betreuung orientieren sich an einer guten Lebensqualität für die zu betreuenden Menschen.

Da für die Pflegeoase kein gesonderter Versorgungsauftrag abgeschlossen wurde, ist die Personalausstattung im gesamten Haus auf Basis einer einheitlichen Grundlage, die sich an den Pflegestufen orientiert, konzipiert.





Abbildung 8: Grundriss Kontrollgruppe

### 3.2.2 Betreuungsziele im Pflegeleitbild

Die Dienstleistungen im Altenzentrum St. Elisabeth richten sich nach den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen. „Die pflegerische Zielsetzung besteht im Erhalten, Fördern oder Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Wohlbefinden. Grundlage jeden Handelns ist das christliche Selbstverständnis, durch das eine freundliche und menschliche Atmosphäre geschaffen werden soll, um einen vertrauensvollen Dialog durch persönliche Ansprache, Zuwendung, Verständnis und Wertschätzung zu ermöglichen. Dort wo es möglich ist, werden institutionelle Zwängen durchbrochen, um die Pflege individuell und bedürfnisorientiert zu gestalten“ (Schweizer 2008).

Die Pflege wird nach den Prinzipien der Beziehungspflege gestaltet, jede Bewohnerin hat eine Bezugspflegefachkraft, die primäre Ansprechpartnerin für Bewohnerin und Angehörige. Eine aktive Angehörigenarbeit ist ein wichtiges Anliegen im Altenzentrum St. Elisabeth. Die Angehörigen werden zum Beispiel mit einbezogen, um wichtige Informationen zur Biographie ihrer Familienmitglieder beizusteuern.

Ein weiteres Ziel gilt dem aktuellen Wissensstand der Mitarbeiterinnen, kontinuierliche Fortbildungen sorgen dafür, dass pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einfließen.

### 3.2.3 Aktivitäten im Altenzentrum St. Elisabeth

Die Angebote der sozialen Betreuung richten sich an alle Heimbewohnerinnen, um Alltag und Normalität in ihrem Zuhause leben zu können. Insbesondere die Einbindung in eine Gemeinschaft und die aktive Teilhabe stehen hier im Vordergrund. An sieben Tagen in der Woche wird ein breites Spektrum an Beschäftigungs- und Aktivierungsprogrammen in Gruppen und Einzelveranstaltungen angeboten:

- Erinnerungs- und Biographiearbeit
- Tiergestützte Angebote
- Bewegungsangebote (Gymnastik im Sitzen, Sturzprävention)
- Besuche im Zimmer bei „bettlägerigen“ Bewohnerinnen
- Singen
- Kreative Angebote (Basteln)

## 4. Studienergebnisse zur Lebenssituation der Bewohnerinnen

Im Kapitel 4 werden die Studienergebnisse beginnend mit der Ausgangssituation im Altenzentrum St. Elisabeth beschrieben. Im nächsten Schritt werden die Studienergebnisse der Pflegeoase und Kontrollgruppe konkretisiert.

### 4.1 Ausgangssituation im Altenzentrum St. Elisabeth

Die Beschreibungen zur Ausgangssituation im Altenzentrum St. Elisabeth beziehen sich auf den Stichtag 15. Februar 2010. Zu diesem Zeitpunkt leben im Altenzentrum St. Elisabeth 141 Bewohnerinnen. Es wird eine Vollerhebung durchgeführt, um den Bedarf einer Pflegeoase in einer Altenhilfeeinrichtung dieser Größe zu konkretisieren und die zukünftigen Bewohnerinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe zu identifizieren. Dies zielt insbesondere darauf ab, dass die Teilnehmerinnen beider Untersuchungsgruppen einen möglichst vergleichbaren Gesundheitsstatus aufweisen. Zur Erfassung aller Bewohnerinnen des Altenhilfezentrums St. Elisabeth ist ein Fragebogen entwickelt worden, der neben den demografischen Daten die Themenbereiche kognitive Fähigkeiten, Alltagskompetenz, Bewegungsfähigkeiten – Aufenthaltszeiten außerhalb des Bettes abfragt. Das Ausfüllen der Fragebögen und die zugrundeliegenden Bewertungen haben die Mitarbeiterinnen verantwortet.

**Geschlecht:** Von den 141 Personen, die im Altenhilfezentrum St. Elisabeth leben, sind 79,4 % (n=112) weiblich und 20,6 % (n=29) männlich. Das Durchschnittsalter beträgt 83,7 Jahre. Die Altersstufe der 85 – 89-jährigen bildet mit 23,4 % (n=33) den größten Anteil der Bewohnerinnen. Die Altersstufe der 90 und 94-jährigen ist mit 17 % (n=24) vertreten. Zu den über 95-jährigen zählen 12,1 % (n=17) der dort lebenden Menschen.

Der **Zeitpunkt des Heimeinzugs** ist ebenfalls erfasst worden. Hier zeigt sich, dass vor 2004 bereits 22,7 % der Personen eingezogen sind und damit länger als 6 Jahre im Altenzentrum St. Elisabeth leben. Die folgende Übersicht zeigt die Verweildauer bis Februar 2010.

Verweildauer bis Feb. 2010	Absolute Anzahl	Prozent
6 Jahre	32	22,7 %
5 Jahre	9	6,4 %
4 Jahre	11	7,8 %
3 Jahre	25	17,7 %
2 Jahre	23	16,3 %
1 Jahr	29	20,6 %
Monate	2	8,5 %

Tabelle 4: Zeitpunkt des Heimeinzugs

Die **Pflegestufen** verteilen sich zu 35,5 % (n=50) auf die Pflegestufe 1, zu 39,7 % (n=56) auf die Pflegestufe 2 und zur 19,9 % (n=28) auf die Pflegestufe 3. Der Pflegestufe 0 sind 2,8 % (n=4) zuzuordnen, ohne Pflegestufe sind 2,8 % (n=4).

Die **Wohnform** Einzel- und Doppelzimmer ist annähernd gleich verteilt. Im Einzelzimmer leben 53,2 % (n=75) der Bewohnerinnen und 46,8 % (n=66) leben in Doppelzimmern. Betrachtet man die Geschlechterteilung, wird deutlich, dass die Männer etwas häufiger in Einzelzimmern (65 %) leben als die Frauen (50 %).

**Kognitive Einschränkungen:** Insgesamt treten bei 75 Personen kognitive Einschränkungen auf, bei 30 dieser Personen ist eine Demenz diagnostiziert. Nach Einschätzungen der Mitarbeiterinnen wird deutlich, dass ca. die Hälfte der Bewohnerinnen kognitive Einschränkungen zeigen. So vergessen 53,2 % (n=75) aller Bewohnerinnen kurz zurückliegende Ereignisse. Nahezu ebenso viele 52,5 % (n=74) Bewohnerinnen haben zeitliche Orientierungsschwierigkeiten und 51,8 % (n=73) Orientierungsschwierigkeiten zur Situation. Störungen von Handlungsabläufen (Apraxie) sind bei 49,6 % der Heimbewohner zu beobachten. Örtliche Orientierungsschwierigkeiten haben 43,3 % (n=61) Bewohnerinnen und 34,8 % (n=49) Wahrnehmungsstörungen. Unter einer Sprachstörung (Aphasie) leiden 29,1 % (n=41) der Bewohnerinnen und Bewohner und Störungen des Erkennens (Agnosie) zeigen 28,4 % (n=40). Die Pflegekräfte geben an, dass 27 % (n=38) der Heimbewohnerinnen Orientierungsschwierigkeiten zur Person hätten und 12,8 % (n=18) apathisch wirken.

Aus ärztlicher Sicht liegt bei 30 Personen eine **diagnostizierte Demenz** vor. Auffallend ist der geringe Anteil von Facharzt Diagnosen bei nur 2 Personen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zur Geschlechts-, Alters- und Pflegestufenverteilung der Menschen mit Demenzdiagnose.

Demenzdiagnose	Total	Geschlecht		Alter in Jahren				Pflegestufe			
		weiblich	männlich	51-74	75-84	85-95	>95	0	1	2	3
Hausarzt diagnose	18	12	6	2	6	6	4	1	3	8	6
Facharzt diagnose	2		2		1	1			1	1	
Nicht zuzuordnen	10	8	2	2	3	3	2	1	4	7	

Tabelle 5: Hausarzt-Facharzt diagnose Demenz

Die konkreten Diagnosen weisen wenig Spezifität auf und zeigen ein Spektrum von Alterssenilität, Hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS) und Hirnatrophie bis hin zur Alzheimer Demenz auf.

Die **Sprachfähigkeit** ist bei 60,3 % (n=85) der Bewohnerinnen uneingeschränkt erhalten, 19,9 % (n=28) sind verbal mitteilbar, sie können jedoch von den Mitarbeiterinnen nicht verstanden werden. 13,5 % (n=19) der Personen vermitteln den Eindruck, dass sie obwohl

sie kaum oder nicht sprechen, alles verstehen. Als ein Aufnahmekriterium für die Pflegeoase werden starke Kommunikationseinschränkungen beschrieben, dies trifft auf insgesamt 19,4 % (n= 23) der Personen zu. Konkret verteilen sich die Sprachfähigkeiten wie folgt: 12,1 % (n=17) der Bewohnerinnen sprechen nicht mehr, bei 10,6 % (n=15) ist der aktive Wortschatz auf ca. 6 Worte vermindert, bei 7,8 % (n=11) auf 1 Wort reduziert.

Betrachtet man die Aussagen zur **Bewegungsfähigkeit**, die sich auf Bewegungseinschränkungen der (potentiellen) Oasenbewohnerinnen beziehen, so haben 52,5 % (n=74) der Bewohnerinnen Bewegungseinschränkungen in den Beinen. 39,7 % der Bewohnerinnen (n=56) können mit Hilfe zweier Mitarbeiterinnen fünf Schritte gehen. 21,3 % (n=30) der Bewohnerinnen haben Kontrakturen in den Beinen und 14,9 % (n=21) Spasmen. Bewegungseinschränkungen in den Armen haben 33,3 % (n=47), Kontrakturen 15,6 % (n=22) und Spasmen 12,8 % (n=18). Überwiegend unbeweglich im Bett bleiben 30,5 % (n=43) der Personen und einen erhöhten Muskeltonus haben 15,6 % (n=22) Menschen.

Betrachtet man die **Aufenthaltsdauer außerhalb des Bettes** wird deutlich, dass etwas weniger als die Hälfte 42,6 % (n=60) der gesamten Bewohnerinnen sich täglich mehr als 6 Stunden außerhalb des Bettes aufhalten können. Bei 16 Personen ist diese Zeit auf weniger als 1 Stunde am Tag begrenzt und 3 Bewohnerinnen können gar nicht mehr aufstehen.

Aufenthalt in Stunden außerhalb des Bettes	Geschlecht			Alter in Jahren				Pflegestufe			
	Total	weiblich	männlich	51-74	75-84	85-95	>95	0	1	2	3
nicht möglich	3	3				3	1				
weniger als 1 Stunde	16	13	3	3	4	8	1		3	4	9
1-2 Stunden	12	9	3	1	7	3	1		3	6	3
2-3 Stunden	9	6	3	1	3	4			2	5	2
3-4 Stunden	16	13	3	1	3	8	4		4	9	3
5- 6 Stunden	23	19	4	2	9	9	3	3	10	8	2
mehr als 6 Stunden	60	48	12	10	22	21	7	3	27	21	8
Keine Angabe	2				2						

Tabelle 6: Aufenthaltsdauer außerhalb des Bettes

Zusammenfassend betrachtet zeigt diese Vollerhebung, dass im Altenzentrum St. Elisabeth der Bedarf für eine Pflegeoase gegeben ist, wenn man eine Kombination der Einzugskriterien aus Bewegungs- und Kommunikationseinschränkung sowie hohem Pflegebedarf zu Grunde legt. Es sind ca. 10-15 Personen zu identifizieren, die für den Einzug in eine Pflegeoase geeignet sind.

## 4.2 Stichprobe Pflegeoase und Kontrollgruppe

Für die Studienteilnahme sind anhand der Einschlusskriterien (Aufnahmekriterien für die Pflegeoase) insgesamt 12 Personen (n=6 Pflegeoase, n=6 Kontrollgruppe) herausgefiltert worden. Im Eröffnungsmonat Mai 2010 ziehen alle Bewohnerinnen in die Pflegeoase ein. Das durchschnittliche Alter in der Pflegeoase beträgt 83,6 Jahre (81–94 Jahre) und in der der Kontrollgruppe beläuft sich das Durchschnittsalter auf 80,83 Jahre (55-94 Jahre). Eine Zusammenfassung zur Stichprobe gibt die nachfolgende Tabelle.

Stichproben- beschreibung	Oase	Kontrollgruppe
<b>Stichprobengröße</b>	n=6 (6 weiblich)	n=6 (5 weiblich, 1 männlich)
<b>Alter</b>	81-94 Jahre	55-94 Jahre
<b>Mittelwert</b>	87,3 Jahre	80,83 Jahre
<b>Median</b>	87 Jahre	82,5 Jahre
<b>Diagnosen</b>	5x Demenzdiagnose 1x Intracerebrale Blutung	4x Demenzdiagnose 1x Epilepsie u. Hirnatrophie 1x Appoplex u. Cerebrale Krampfanfälle
<b>Pflegestufen</b>	Stufe 3 (n=6)	Stufe 3 (n=4), Stufe 2 (n=2)
<b>FAST Stufe 7</b> sehr schwere kognitive Einbußen	n=6	n=6
<b>MMST</b>	0 Punkte	0 Punkte
<b>Barthel-Index</b>	0 P. (n=5), 5p (n=1)	0 P. (n=4), 5 P. (n=1), 30 P. (n=1)
<b>Mittelwert</b>	0,83	4,83
<b>Median</b>	0	0
<b>PEG Sonde</b>	2x PEG	3x PEG
<b>Harn- Stuhlinkontinenz</b>	n=6	n=6
<b>Wohndauer</b>	4-10 Jahre	1-12 Jahre
<b>Mittelwert</b>	6 Jahre	5,2 Jahre
<b>Median</b>	5,25 Jahre	4 Jahre

Tabelle 7: Übersicht zur Stichprobe

An der Studie sind 8 Angehörige beteiligt (Oase n=5, KG n=3). In der Pflegeoase sind es Töchter, Nichten und Söhne im Alter von 45 bis 70 Jahren. Die Besuchshäufigkeit reicht von täglich bis 1x monatlich. In der Kontrollgruppe sind die Angehörigen 40 bis 63 Jahre alt, auch hier sind die Besucher Töchter, Söhne und Betreuer, die die Bewohnerinnen einmal wöchentlich bis einmal monatlich besuchen. An der Studie nehmen insgesamt 25 Mitarbeiterinnen teil (n=5 Pflegeoase, n=20 Kontrollgruppe), die alle weiblich und im Alter von 25 bis 53 Jahre alt sind. Die durchschnittliche Berufserfahrung (1 Altenpflegerin, 4 Pflegehelferinnen) beträgt in der Pflegeoase 6,4 Jahre (1,5-18 Jahre), der Median liegt bei 3 Jahren. In der Kontrollgruppe (15 Pflegefachkräfte, 5 Hilfskräfte) reicht die Berufserfahrung von 1 bis 20 Jahren, der Durchschnittswert beträgt 11,34 Jahre, der Median 10 Jahre.

### 4.3 Physischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen

#### 4.3.1 Medizinischer Gesundheitsstatus

Die Bewohnerinnen der Pflegeoase sind mit Ausnahme einer Person (Intracerebrale Blutungen) alle an einer Demenz erkrankt. Des Weiteren treten Einschränkungen aufgrund von Herzerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates als auch Harn- und Stuhlinkontinenz auf. Zwei Personen sind mit einer PEG-Sonde versorgt, was durch Schluckstörungen bzw. Nahrungsverweigerung begründet wird.

Pflegeoase						
Name	BW1	BW2	BW3	BW4	BW5	BW6
Alter	86 Jahre	94 Jahre	92 Jahre	88 Jahre	86 Jahre	81 Jahre
Geschlecht	weiblich					
Einzug in Pflegeoase	Mai 2010					
Einzug in Einrichtung	Dez. 01	Okt .03	Sept. 05	Juni 07	Sept. 06	April 07
Diagnosen	Demenz, AV Block 3.Grades Herzschrittmacher, Niereninsuffizienz, Hypertonie, Nephrektomie rechts, Inkontinenz	Demenz, Harn- und Stuhlinkontinenz	Demenz, Herzinsuffizienz, Arthrose, Inkontinenz, Apoplex	Demenz, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Inkontinenz; Humerusfraktur re. 08	Demenz, Hypertonie, Harn- und Stuhlinkontinenz Osteoporose, Anämie, PEG (Nahrungsverweigerung bei hirnerg. Veränderung)	zweimalige Intracerebrale Blutung, Aphasie, Dysphagie, spastische Tetraparese li., HOPS, Harn- und Stuhlinkontinenz, Hypokalämie Hypertonie, PEG (Schluckstörung wg. ICB – passierte Kost ist möglich)
PEG Sonde	nein				ja	
Pflegestufe	Pflegestufe 3					

Tabelle 8 Medizinischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen der Pflegeoase

In der Kontrollgruppe sind vier Personen von demenziellen Veränderungen betroffen, die auf Alkoholabusus und Vaskuläre Demenz zurückzuführen sind. Ebenso wie in der Pflegeoase sind alle Personen multimorbide erkrankt, drei Personen werden mithilfe einer PEG-Sonde ernährt.

Kontrollgruppe						
Name	BW 1	BW 2	BW 3	BW 4	BW 5	BW 6
Alter	86 Jahre	93 Jahre	55 Jahre	78 Jahre	79 Jahre	94 Jahre
Geschlecht	weiblich	weiblich	männlich	weiblich	weiblich	weiblich
Einzug in Einrichtung Wohnbereich	St. Michael Feb. 07	St. Martin März 04	Wohnbungalow Feb. 07	Wohnbungalow Jan. 10	Wohnbungalow Juni 08	St. Klara Aug. 99
Diagnosen	Demenz, Koronare Herzerkrankung; Hypertonie, Diabetes Mellitus, Inkontinenz	Demenz, Harn- und Stuhlinkontinenz	Demenz, Apoplex, Zerebrale Krampfanfälle, Hirnatrophie, Hirnleistungsstörungen, Synkope, Hypertonie Hypokalämie	Demenz, Harn- und Stuhlinkontinenz, Dauerkatheter, starke Schluckstörungen, PEG	Schenkelhals, - Beckenring-, und Femurfraktur 08 Alkoholabusus, Epilepsie, Hirnatrophie, Sehstörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz, PEG seit 08	Vaskuläre Demenz, Apoplex, HOPS, Koronare Herzerkrankung, Z.n. Angina Pectoris, Schluckstörungen, PEG seit 08
PEG Sonde	nein			ja		
Pflegestufe	Pflegestufe 3	Pflegestufe 3	Pflegestufe 3	Pflegestufe 3	Pflegestufe 2	Pflegestufe 2

Tabelle 9 Medizinischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen der Kontrollgruppe



### 4.3.2 Medikation

Die medizinische Versorgung im Altenzentrum St. Elisabeth beruht auf dem Prinzip der freien Arztwahl. In der Regel ist täglich ein Hausarzt im Hause und die Visiten der Fachärzte finden in einem 3-Monatsrhythmus (zusätzlich anlassbezogen) statt. In diesem Rahmen werden die Medikamentenanordnungen bzw. Anpassungen geprüft. Die Bewohnerinnen der Pflegeoase erhalten durchschnittlich eine leicht geringere Anzahl an Medikamenten (Mittelwert  $t_0=5,0$ ;  $t_2=5,2$ ; Median  $t_0=5,0$ ;  $t_2=6,0$ ) als die Kontrollgruppe (Mittelwert  $t_0=5,5$ ;  $t_2=5,8$ ; Median  $t_0=7,0$ ;  $t_2=7,0$ ) (Abbildung 9). In der Pflegeoase und der Kontrollgruppe erhalten die Bewohnerinnen minimal 2 und maximal 7 Medikamente.

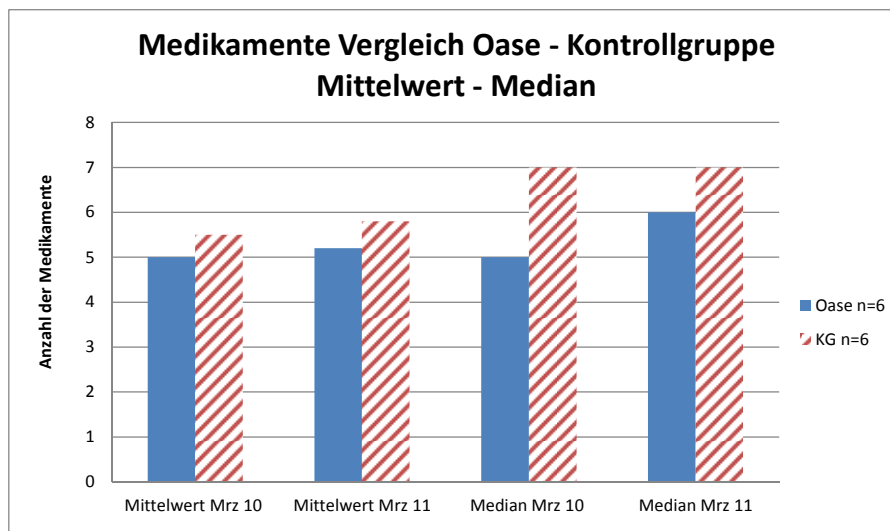


Abbildung 9: Medikation Vergleich Oase-Kontrollgruppe Mittelwert, Median

Schmerzmedikamente erhalten bei Studienbeginn drei Teilnehmerinnen der Pflegeoase und zwei Personen der Kontrollgruppe. In beiden Gruppen wird im Studienverlauf bei einer Person eine feste Schmerzmedikation angesetzt. Die regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka bleibt in beiden Untersuchungsgruppen unverändert (vier TN Oase, drei TN KG). Ein Überblick zur Medikation gibt die folgende Tabelle, die Psychopharmaka nach Substanzklassen differenziert auflistet. Zusammengefasst betrachtet sind die Unterschiede zwischen Oase und Kontrollgruppe äußerst marginal.

Anzahl Bewohner	Oase Mrz. 10	Oase Mrz11	KG Mrz.10	KG Mrz.11
<b>regelmäßige Einnahme von Analgetika</b>	3	4	2	3
<b>regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka</b>	4	4	3	3
<b>Psychopharmaka nach Substanzklassen</b>				
Neuroleptika	2	2	1	1
Antidepressiva	2	3	0	0
Benzodiazepine	2	2	0	0
nichtbenzodiazepine Hypnotika	1	1	1	1
Antikonvulsiva	0	0	1	1
Antidementiva	0	0	1	1

Tabelle 10: Psychopharmaka nach Substanzklassen

In der folgenden Grafik ist die gesamte Medikation bei Studienbeginn und Studienende visualisiert.

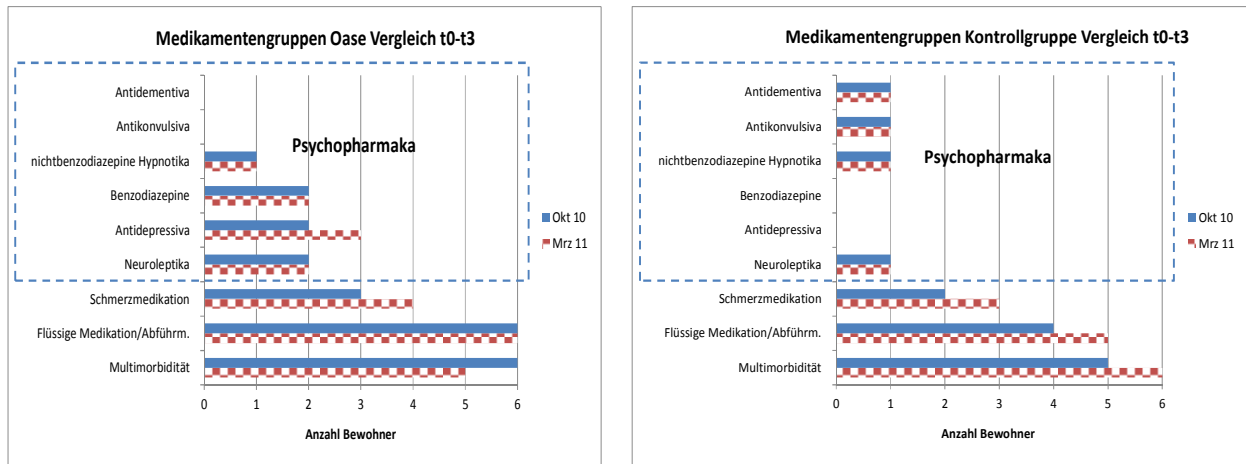


Abbildung 10: Medikamentengruppen Oase-Kontrollgruppe t0, t3

### 4.3.3 Schmerzen

**Beschreibung Instrument:** Die BESD ist die deutsche Übersetzung der Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD), die von Lane et al. (2003) entwickelt wurde. Die deutsche Version wurde vom Arbeitskreis Alter und Schmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) erarbeitet (Basler et al. 2006), um Schmerzen bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz zu erkennen. Fünf beobachtbare Verhaltensweisen geben Hinweise auf Schmerzen: „Atmung“, „negative Lautäußerungen“, „Gesichtsausdruck“, „Körpersprache“ und „Reaktion auf Trost“.

In jeder der fünf Kategorien können maximal 2 Punkte für Schmerzverhalten vergeben werden, so dass ein Gesamtpunktwert von 10 für maximales Schmerzverhalten erzielt werden kann. Ein Wert von 6 oder darüber in einer Mobilitätssituation wurde bislang von der DGSS als behandlungsbedürftig angesehen. Aktuelle Studien (Zwakhalen, van der Stehen, Najim 2012) sowie der aktualisierte Expertenstandard Schmerz (DNPQ 2011) geben sogar Punktwerte ab 2 als einen Indikator für Schmerzerleben an, das weitere Interventionen erforderlich macht.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden Daten an drei Messzeitpunkten, jeweils über 2 Tage im Früh- und Spätdienst erhoben. Die Beobachtung bezieht sich zum einen auf den Ruhezustand und zum anderen auf eine Bewegungssituation. Zum Messzeitpunkt t0 liegen lediglich Einschätzungen im Ruhezustand vor. In der Pflegeoase nehmen die durchschnittlichen Schmerzen mit jedem Messzeitpunkt zu (Punktwerte von 2,5 - 3,6 - 4,8).

In der Kontrollgruppe ist insgesamt ein geringerer Punktwert in der Schmerzerfassung zu verzeichnen (Punktwerte von 2,3 - 1,3 - 2,2) (Abbildung 11). In beiden Gruppen zeigt sich, dass die erlebten Schmerzen in Bewegung höher sind als in Ruhe. Bisher wurde ein Punktwert ab 6 als behandlungsbedürftig angesehen, die aktuell empfohlene Schmerzgrenze liegt bei 2 Punkten. Demnach sind zu allen Zeitpunkten Schmerzen auch im Ruhezustand bei den Bewohnerinnen beider Untersuchungsgruppen vorhanden (außer zu t2 Kontrollgruppe).

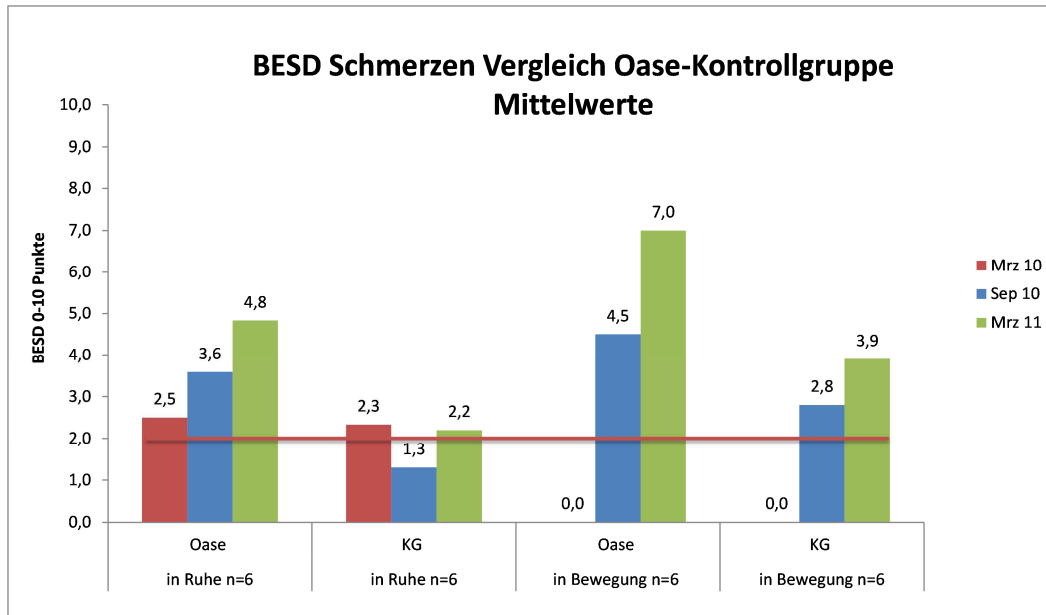


Abbildung 11: BESD Schmerzen Pflegeoase-Kontrollgruppe

Ein differenzierteres Bild zeigt die Auswertung der Einzelfallverläufe. Im März 2011 fällt der Unterschied zwischen Bewegung und Ruhezustand in der Pflegeoase besonders auf, da bei vier von sechs Personen, die Schmerzen sogar über einem Punktwert von 6 ansteigen. Während die Schmerzen in der Kontrollgruppe bei keiner Person diese Marke erreicht (Abbildung 12).

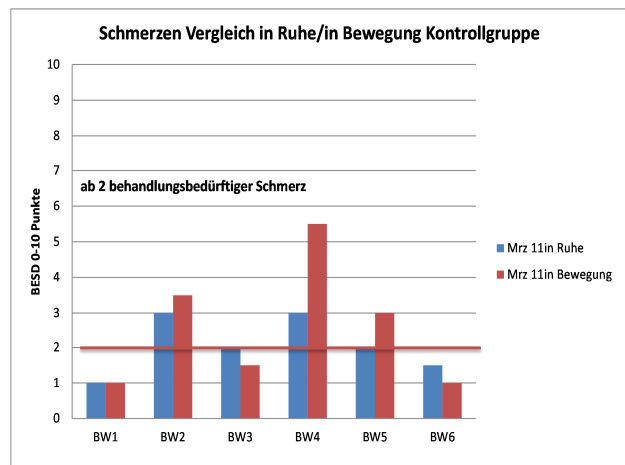
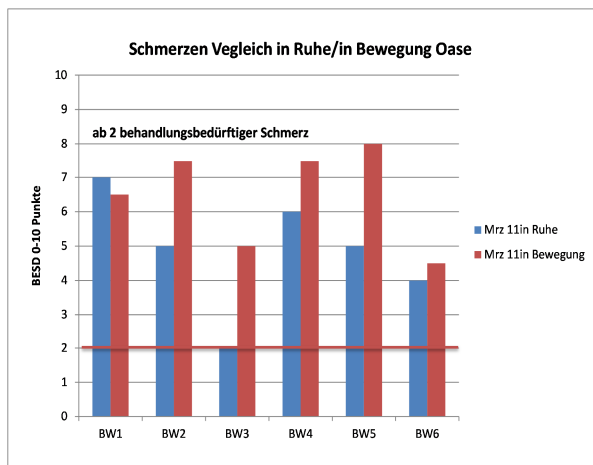


Abbildung 12: Schmerzen Vergleich zwischen Ruhezustand/ Bewegung Pflegeoase und Kontrollgruppe  
 Betrachtet man zudem die Schmerzbehandlung im Einzelfall, dann wird deutlich, dass in der Pflegeoase Anpassungen in der Dauer- und Bedarfsmedikation zu empfehlen sind, um ein adäquates Schmerzmanagement sicherstellen zu können.

Anzahl der Schmerzmedikamente	BW 1	BW2	BW 3	BW 4	BW 5	BW 6
Dauermedikation Oase	0	2	1	0	2	2
Bedarfsmedikation verordnet Oase	ja	ja	ja	nein	ja	nein
Dauermedikation KG	1	0	0	2	0	1
Bedarfsmedikation verordnet KG	nein	nein	ja	nein	nein	ja

Tabelle 11: Medikamentöse Schmerztherapie

**Zusammenfassung:** Die Schmerzen werden in der Pflegeoase insgesamt höher eingeschätzt als in der Kontrollgruppe. Es fällt auf, dass die Schmerzen zum zweiten Erfassungszeitpunkt deutlich ansteigen. Dies kann auch mit der kontinuierlichen Präsenz der Pflegenden zusammenhängen, die durch die vielen Kontakte ein besseres Verständnis der Mimik der Bewohnerinnen und eine detaillierte Wahrnehmungsfähigkeit entwickeln. Aus den Beobachtungen zum Schmerzerleben sollten folgerichtige Interventionen seitens der Pflegenden und des ärztlichen Dienstes eingeleitet werden. An dieser Stelle ist ein deutlicher Weiterentwicklungsbedarf zu erkennen. Als Empfehlung wird aus der Schmerzerfassung abgeleitet, dass insbesondere **vor** der Mobilisation bzw. Bewegung die Bedarfsmedikation zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden sollte. Hier leistet eine adäquate Schmerztherapie einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität der Bewohnerinnen. Des Weiteren ist die Zusammenarbeit mit den Ärzten zu stärken, um für jede Person eine adäquate medikamentöse Einstellung zu erzielen.

### 4.3.4 Ernährungszustand – Body-Mass-Index

Der Ernährungszustand wird anhand monatlicher Gewichtskontrollen überprüft. Für die Berechnung und Darstellung wird der Body-Mass-Index verwendet. Insgesamt liegen Daten aus einem Zeitraum von 17 Monaten vor, über 7 Monate zeigt der Gewichtsverlauf die Situation vor Einzug in die Pflegeoase.

Wie Abbildung 13 veranschaulicht sind kaum Unterschiede im Mittelwertverlauf der Pflegeoase und Kontrollgruppe festzustellen, dies gilt ebenso für die Medianwerte. In Bezug auf die Spannweite der Daten sind geringe Unterschiede zu erkennen. Die BMI-Werte zeigen für die Pflegeoase eine größere Varianz von 20,20 kg/m<sup>2</sup> bis 30,90 kg/m<sup>2</sup> wohingegen die Spannweite in der Kontrollgruppe enger gefasst ist und Werte von 20,70 kg/m<sup>2</sup> bis 26,60 kg/m<sup>2</sup> umfasst.

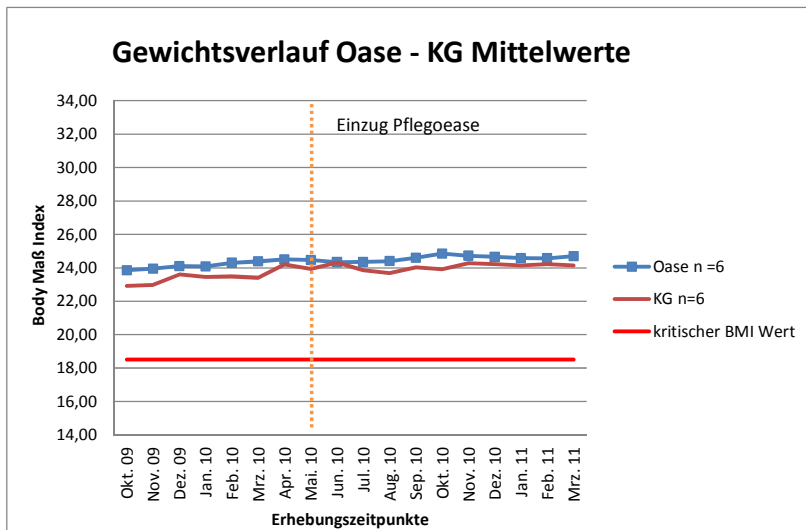


Abbildung 13: Gewichtsverlauf Vergleich Pflegeoase – Kontrollgruppe

Bei Betrachtung der Einzelfallverläufe zeigt sich folgendes Bild (Abbildung 14).

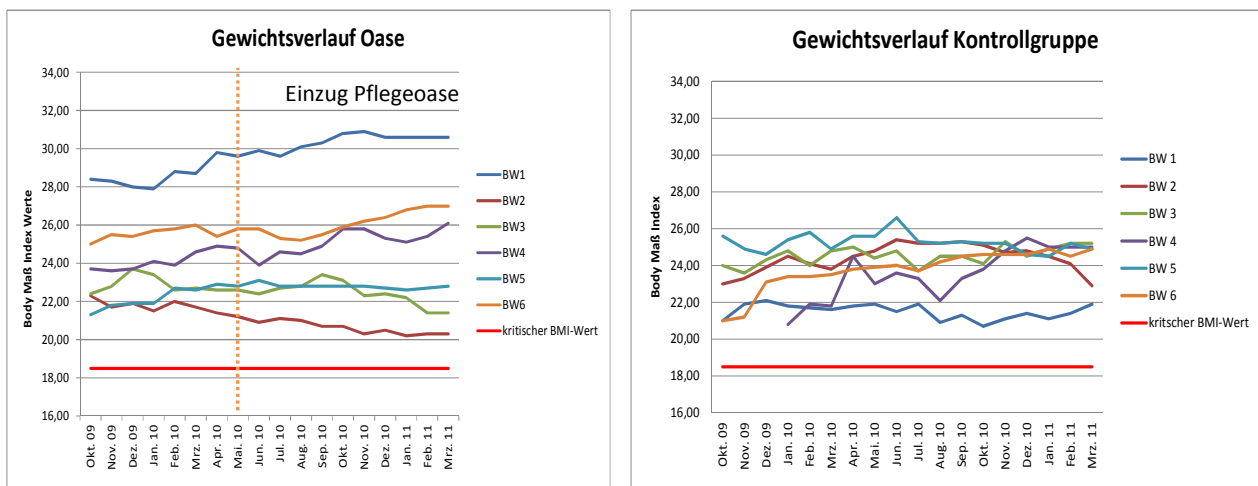


Abbildung 14: Gewichts-Einzelfallverläufe Pflegeoase - Kontrollgruppe

Bei drei Personen der Pflegeoase ist seit Einzug eine leichte Gewichtszunahme zu erkennen (davon eine BW mit PEG), eine Bewohnerin (mit PEG) stagniert mit dem Gewichtsverlauf und zwei Personen haben an Gewicht abgenommen. Ein Vergleich des Ausgangsgewichts sechs Monate vor Aufnahme in die Pflegeoase und zum Abschlusszeitpunkt der Evaluation verdeutlicht, dass vier Personen geringfügig an Gewicht zugenommen haben (zwei BW mit PEG) und zwei abgenommen haben. Auch in der Kontrollgruppe nehmen vier Bewohnerinnen im Evaluationszeitraum an Gewicht zu (davon zwei BW mit PEG). Bei zwei Personen reduziert sich das Gewicht geringfügig. Betrachtet man die Personen mit PEG separat spiegelt sich das heterogene Bild im Gewichtsverlauf wider. Zusammenfassend lässt sich aus den Daten kein eindeutiger Trend ableiten.

**Zusammenfassung:** Der Gewichtsverlauf anhand der BMI-Werte zeigt kaum einen Unterschied zwischen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe. Positiv ist hervorzuheben, dass in beiden Gruppen keine Person unter die kritische BMI-Marke von  $<18,5 \text{ kg/m}^2$  liegt, die laut Weltgesundheitsorganisation weltweit als Grenzwert für Unterernährung bzw. Mangelernährung angegeben wird (WHO in Pirlich et al. 2003). Andere Autoren sehen das Risiko einer Mangelernährung bereits bei Werten von  $18,6\text{-}23,9 \text{ kg/m}^2$  BMI (vgl. DNQP 2009). Würde man diesen Wert als Maßstab zu Grunde legen, befänden sich zum Ende der Studie in jeder Gruppe zwei Personen im Risikobereich für Mangelernährung und vier Personen würden oberhalb der Risikowerte liegen.

Ein besonders wichtiger Einflussfaktor für die Ernährungssituation stellt das nahe Umfeld – konkret das Pflegeteam dar. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase haben im Verlauf der Studie immer wieder ein Augenmerk auf die Vielfalt und die Zubereitung der Speisen gerichtet. Analysiert man zudem noch die Daten der digitalen Zeiterfassungen, wird deutlich, dass die Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase 41-42 % ihrer bewohnernahen Zeit mit Unterstützung beim Essen verbringen.

Da die Ernährung bei Menschen mit schwerer Demenz eine besondere Herausforderung im Alltag darstellt, sind die Ergebnisse durchaus als zufriedenstellend zu bewerten. Allerdings ist keine Untersuchungsgruppe der anderen in punkto Gewichtsentwicklung gegenüber im Vorteil.

### 4.3.5 Schlafverhalten

Im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg ist das Schlafverhalten (Schlafdauer, Schlafperioden und Circadianer Rhythmus) als weiterer Einflussfaktor auf die Lebensqualität untersucht worden. Die Untersuchung des Schlafverhaltens in der Pflegeoase stellt dabei nur einen Teilauftrag der Studie „Evaluation des Schlafverhaltens in einer Pflegeoase im Vergleich zum Doppel- und Einzelzimmer – Evaluationsmodul im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie in der Pflegeoase Altenzentrum St. Elisabeth, Eisingen“ (Berner, Kuhn, Rutenkröger 2011) dar<sup>1</sup>. An dieser Stelle wird eine kurze Auswahl der Ergebnisse beschrieben. Ausführliche Informationen zum Einzel-Doppelzimmervergleich und zur detaillierten Einzelfallanalyse einer Bewohnerin der Pflegeoase sind im oben genannten Abschlussbericht zu finden.

**Beschreibung Instrument:** Zur Erhebung der Schlafdauer, der Schlafperioden und des circadianen Schlaf-Wachrhythmus ist das Vivagogerät eingesetzt worden. Es ist ein in Finnland entwickeltes Messgerät, das durch SOPHIA Consulting & Concept GmbH (Bamberg) auf dem deutschen Markt vertrieben wird. Vivago© ist ein Armband, optisch einer Uhr vergleichbar, das Makro- und Mikrobewegungen aufzeichnet. Im Zimmer befindet sich eine Basisstation, die über den Telefonanschluss mit der SOPHIA Consulting & Concept GmbH verbunden ist. Die Bewegungsdaten werden automatisch über die Basisstation übertragen. Die Auswertung der erfassten, digitalisierten Daten spiegelt den 24-Stunden-Rhythmus der Bewohnerin wieder. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf das Schlafverhalten, die Schlafperioden und den Schlafrhythmus, sowie die Bewegungsaktivität am Tag und in der Nacht erkennen. Die Häufigkeit und die Stärke der Bewegungen haben Einfluss auf das Ergebnis. Auf einer Skala von 1-100 werden jede Minute Werte erhoben. Dabei steht der Wert 100 für die größte messbare Aktivität.

**Ergebnisse:** Für die Pflegeoase liegt eine bereinigte Datengrundlage von 198 Tagen und in der Kontrollgruppe von 148 Tagen vor. In beiden Gruppen ist ein ausgeprägtes Maß an Ruhe- bzw. Schlaf zu erkennen im Umfang von ca. 18 bis 21 Stunden. Im Mittelwert sind für die Pflegeoase Ruhewerte von  $t_0=21,37$ ,  $t_1=20,46$ ;  $t_2=21,47$  Stunden erfasst. Für die Kontrollgruppe liegen die Mittelwerte zwischen  $t_0=20,51$ ,  $t_1=19,65$   $t_2=18,23$  Stunden (Abbildung 15 nächste Seite).

---

<sup>1</sup> [http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation\\_Schlafverhalten\\_01062012.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation_Schlafverhalten_01062012.pdf)

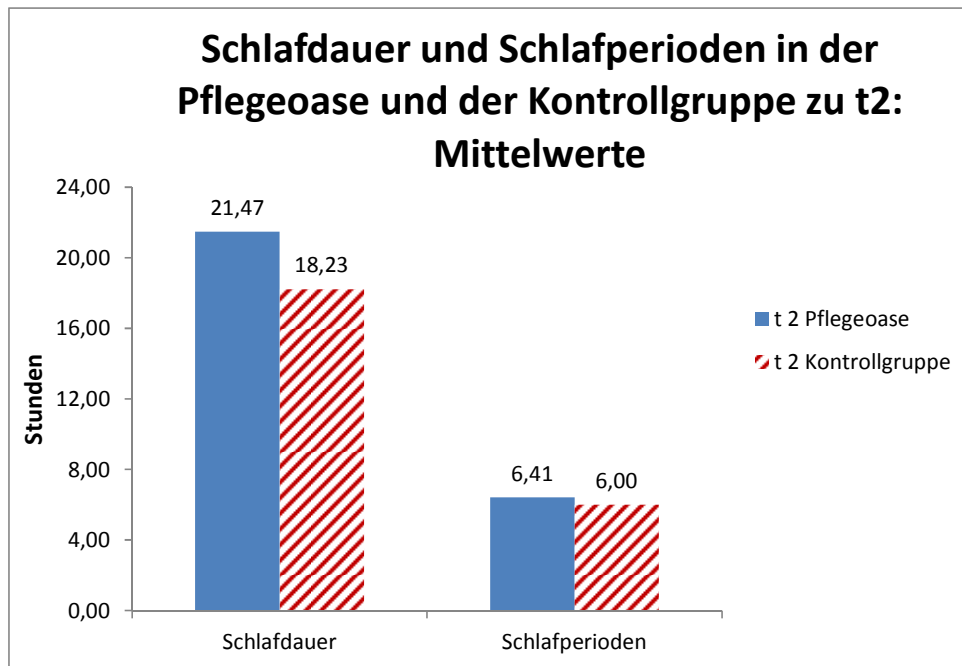


Abbildung 15: Übersicht Schlafdauer und Schlafperioden Pflegeoase und Kontrollgruppe t2

Einschränkend muss hier berücksichtigt werden, dass das Vivago Gerät Bewegungsimpulse verarbeitet. Diese sind bei den Bewohnerinnen der Pflegeoase durch die starken Bewegungseinschränkungen unterdimensioniert. Zum Abgleich dieser Daten ist parallel eine Erhebung der Schlafdauer von den Mitarbeiterinnen mittels Schlafprotokoll durchgeführt worden (Abbildung 16). Auch diese Daten zeigen eine umfangreiche Schlafdauer von bis zu 16,24 Stunden in der Pflegeoase.

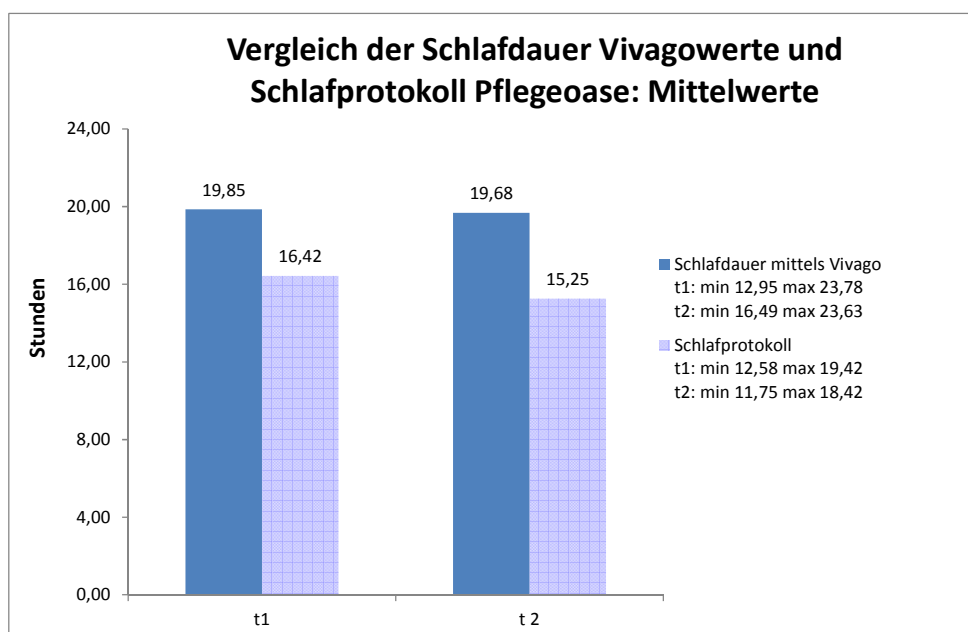


Abbildung 16: Vergleich Schlafdauer Vivago und Schlafprotokoll der Mitarbeiterinnen



**Zusammenfassung:** Im Vergleich beider Untersuchungsgruppen zeigt sich, dass die Bewohnerinnen der Pflegeoase kontinuierlich ein wenig länger schlafen als die Bewohnerinnen der Kontrollgruppe. Insgesamt ist festzustellen, dass sich die Schlafdauer und die Schlafperioden der Personen in der Pflegeoase und der Kontrollgruppe unwesentlich voneinander unterscheiden. Bezüglich der Schlafperioden zeigt sich im zeitlichen Vergleich ein uneinheitliches Bild.

### **Circadianer Rhythmus**

Der Circadiane Rhythmus<sup>2</sup> ist ein biologischer Rhythmus mit einer Periode von etwa 24 Stunden (aus dem Lateinischen circa = ungefähr, dies = Tag). Durch den circadianen Rhythmus werden Schlafen und Wachen, Appetit, Stimmung und Körpertemperatur beeinflusst. Der circadiane Rhythmus der einzelnen Zellen ist genetisch vorgegeben. Aus dem Zusammenspiel der einzelnen Zellen und Organe ergeben sich die nach außen hin sichtbaren oder messbaren circadianen Rhythmen für den gesamten Organismus (Wojtysiak, Lang 2010). Die „innere Uhr“ des Menschen ist in den Zellen des Nucleus suprachiasmaticus lokalisiert. Dies ist ein Kerngebiet im Gehirn, genauer im ventralen Hypothalamus (Bombois et al. 2010).

Bei einem „guten“ oder „deutlichen“ circadianen Rhythmus, ist die Nachtaktivität minimal und die Tagesaktivität ausgeprägt. Der circadiane Rhythmus geht gegen den Wert null. Bei einem „schlechten“ oder „schwachen“ circadianen Rhythmus ist die Nacht- und Tagesaktivität ähnlich und der Wert ist nahe oder größer 1. Ab einem Wert größer 1 kommt es zu einer Umkehrung der Wach- und Schlafperioden, die Person ist nachts häufiger wach als tagsüber (Paavilainen et al. 2005).

**Zusammenfassung:** Betrachtet man die circadianen Werte der Pflegeoase und der Kontrollgruppe, so fällt auf, dass sich die Mittelwerte und Mediane zu allen Erhebungszeitpunkten im Bereich des „Verschwinden des Tag-Nacht-Rhythmus“ (Werte zwischen 0,5 und 1) befinden. In der Pflegeoase variieren die Mittelwerte der Erhebungszeiträume von 0,89 (zum Zeitraum t0 und t2) und 0,96 (zum Zeitraum t1). Es ist also im Mittelwert beinahe eine komplette Phasenverschiebung (welche bei Werten >1 eintritt) erreicht. Diese Aussage wird in der Pflegeoase von den Medianen gestützt. Betrachtet man die Gesamtverläufe des circadianen Rhythmus der einzelnen Bewohnerinnen, so verzeichnen drei Bewohnerinnen der Pflegeoase eine leichte

---

<sup>2</sup> **Circadianer Rhythmus**

Wir schreiben „circadian“ mit „c“, statt „zirkadian“, wie es im Duden steht, da dies der üblichen, in der deutschsprachigen Literatur, verwendeten Schreibweise entspricht.

Verbesserung ihres circadianen Rhythmus, während bei den drei anderen eine Verschlechterung zu konstatieren ist. Bei den Kontrollgruppenbewohnerinnen zeigt sich ein ähnliches Bild: Zwei Bewohnerinnen zeigen eine leichte Verbesserung ihres circadianen Rhythmus, zwei weitere eine Verschlechterung und bei zwei Bewohnerinnen zeichnet sich keine nennenswerte Veränderung ab. Gute circadiane Rhythmen sind in der Pflegeoase selten und nur an vereinzelt Tagen zu beobachten. In der Kontrollgruppe zeigen sich geringfügig bessere Werte. So variieren die Mittelwerte von 0,72 (t2), über 0,76 (t1) bis 0,79 (t0). Insgesamt betrachtet weisen die Daten der Pflegeoase und Kontrollgruppe auf ein „Verschwinden des Tag-Nacht-Rhythmus“ hin.

## **4.4 Kognitiver Gesundheitsstatus**

Der kognitive Gesundheitsstatus ist mit den zwei Instrumenten Mini Mental Status Test und der Reisbergskala FAST-GDS ermittelt worden.

### **4.4.1 Mini Mental Status Test**

Alle Personen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe sind im Mini Mental Test mit 0 Punkte einzuschätzen, in der Praxis bedeutet dies, dass der Test nicht durchführbar ist, weil die Fähigkeiten der Bewohnerinnen es nicht zulassen.

### **4.4.2 FAST-GDS**

Um einen weiteren Aussagewert zum kognitiven Status zu erhalten, wird die FAST/GDS – Skala eingesetzt. Die kognitiven Einbußen werden in 7 Schweregraden erfasst und in ein frühes, mittleres und spätes Demenzstadium unterteilt. Die Beschreibungen zum späteren Demenzstadium (FAST-Stufe 7) sind in der folgenden Tabelle ausgeführt. Insgesamt sind die Unterschiede der beiden Gruppen zu Studienbeginn als gering zu bewerten. Alle Personen sind der FAST-Stufe 6-7 zuzuordnen. Ein sichtbarer Unterschied besteht in den sprachlichen Fähigkeiten, die Kontrollgruppe hat mehr sprachliche Fähigkeiten als die Personen der Pflegeoase. Im Verlauf der Studie treten sowohl in der Pflegeoase als auch in der Kontrollgruppe keine nennenswerten Veränderungen bezüglich der kognitiven Einbußen ein.

FAST-Stufe 7: sehr schwere kognitive Einbußen			Pflegeoase Anzahl BW	Kontrollgruppe Anzahl BW
	<b>a.</b>	aktiver Wortschatz auf ca. 6 Worte vermindert	3	0
	<b>b.</b>	verständlicher Wortschatz auf 1 Wort vermindert	2	4
	<b>c.</b>	Verlust der Gehfähigkeit	5	4
	<b>d.</b>	Verlust der Fähigkeit, zu sitzen	3	4
	<b>e.</b>	Verlust der Fähigkeit, zu lächeln	3	3
	<b>f.</b>	Verlust Fähigkeit Kopf zu heben, Stupor und Koma	3	3

Tabelle 12: Detailbeschreibung der FAST-GDS Stufen 7

## 4.5 Alltagskompetenz

**Beschreibung Instrument:** Mit dem Barthel-Index wird die Alltagskompetenz der Bewohnerinnen erfasst. Die Punktwerte von über 80 bis 100 bedeuten eine hohe Alltagskompetenz, von 80-60 Punkten wird Unterstützung benötigt und Werte unter 60 Punkten sind ein Zeichen für schwere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit (Ivemeyer, Zerfaß 2002).

**Ergebnisse:** An drei Zeitpunkten wurde der Barthel-Index in der Studie erhoben. In der Pflegeoase und in der Kontrollgruppe ist zu erkennen, dass alle Bewohnerinnen stark in der Alltagskompetenz eingeschränkt und somit schwer hilfs- und pflegebedürftig sind. In der Oase ist keine Veränderung im Studienverlauf zu erkennen, in der Kontrollgruppe sind Verschlechterungen im Bereich Bewegung zu vermerken. Bei einer Person hat sich die Fähigkeit selbständig zu gehen dahingehend verändert, dass sie einen Rollator als Hilfsmittel einsetzen muss. Die Unterschiede sind damit als gering zu betrachten und anhand von Punktwerten in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Merkmal Barthel Index	Oase			KG		
	t0	t1	t2	t0	t1	t2
<b>Mittelwert</b>	4,2	4,2	4,2	8,3	5,8	5,8
<b>Median</b>	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
<b>Min-Max</b>	0-5	0-5	0-5	0-30	0-15	0-15

Tabelle 13: Barthel Index Vergleich Oase – Kontrollgruppe

**Zusammenfassung:** Insgesamt zeigt die Datengrundlage zum kognitiven Gesundheitsstatus und zur Alltagskompetenz, dass die Situation beider Untersuchungsgruppen vergleichbar ist. Sehr schwere kognitive Einbußen und schwere Einschränkungen in der Alltagskompetenz sind zu erkennen. Die Kontrollgruppe verfügt vereinzelt, insbesondere zu Beginn der Studie über mehr Kompetenzen im Bereich Mobilität und Sprache. Dies ändert sich im Verlauf der Studie.

## 4.6 Psychischer Gesundheitsstatus

Depressionen, Schlafstörungen, Angst oder Agitiertheit werden als nichtkognitive Symptome bezeichnet. Welchen Einfluss die Umwelt auf diese Symptome, besonders im Hinblick auf herausfordernde Verhaltensweisen haben kann, ist vielfach untersucht worden. Über die emotionale Befindlichkeit von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz ist jedoch wenig bekannt. Für die Einschätzung des psychischen Gesundheitsstatus sind drei Instrumente eingesetzt worden, die sich in ihren Ergebnissen ergänzen. Zur Einschätzung der Lebensqualität ist der Fragebogen „Quality of Life in Late-Stage Dementia“ (QUALID) verwendet worden (Weiner et al. 2000). Das Neuropsychiatrische Inventar (Cummings et al. 1994; 1997; Wood et al. 2000; Kaufer et al. 2000) und die Cohen-Mansfield-Skala (Cohen-Mansfield 1996) dienen der strukturierten Erfassung negativer Gefühlszustände und herausfordernder Verhaltensweisen.

### 4.6.1 Lebensqualität für Menschen mit schwerer Demenz (QUALID)

**Beschreibung Instrument:** Die Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID) ist zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz entwickelt worden (Weiner et al. 2000). Sie besteht aus 11 Fragekomplexen mit jeweils 5 Antwortmöglichkeiten. Die Bezugspflegerpersonen beobachten sowohl die verbalen als auch nonverbalen Mitteilungen der Personen kontinuierlich und deuten diese auf Grundlage des Instruments. Für die Auswertung wird ein Summenindex (11-55) dargestellt, der ungewichtet über alle Einzelitems berechnet wird. Der Summenindex von 11 stellt dabei den Wert für höchste Lebensqualität dar, während ein Summenindex von 55 Ausdruck einer sehr schlechten Lebensqualität ist. Die QUALID-Skala wurde uns freundlicherweise von Prof. Pieper von der Universität Bamberg zur Verfügung gestellt. Das Instrument kam bereits im Rahmen von einigen Medikamentenstudien zum Einsatz. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich um ein sensitives Instrument handelt, das sowohl Veränderungen im Verhalten als auch Effekte der Medikamentenbehandlung erfassen kann (Martin-Cook et al. 2005).

**Ergebnisse:** Insgesamt liegen Daten aus 348 Beobachtungen mit der QUALID vor, d. h. es konnten 29 Beobachtungen pro Bewohnerin (n=6 Oase, n=6 KG) durchgeführt werden. Die Daten beruhen überwiegend auf Einschätzungen der Bezugsmitarbeiterinnen. Die Durchführung bei t1 und t2 ist während der Früh- und Spätschicht jeweils über eine Woche erfolgt. Zum Zeitpunkt t0 liegen Daten einer einmaligen Erfassung vor.

Die Daten zeigen zu allen drei Zeitpunkten bessere Werte in der Kontrollgruppe als in der Pflegeoase, d. h. die Lebensqualität wird in der Kontrollgruppe positiver als in der Oase bewertet (Abbildung 17). Im Verlauf zeigt sich eine tendenzielle Verbesserung der Lebensqualität in der Pflegeoase, Summenindex von t0 zu t2 24,5 - 23,5 - 23,0. Die Summenwerte in der Kontrollgruppe sind zu allen drei Messzeitpunkten stabil bei 20,5 Punkten.

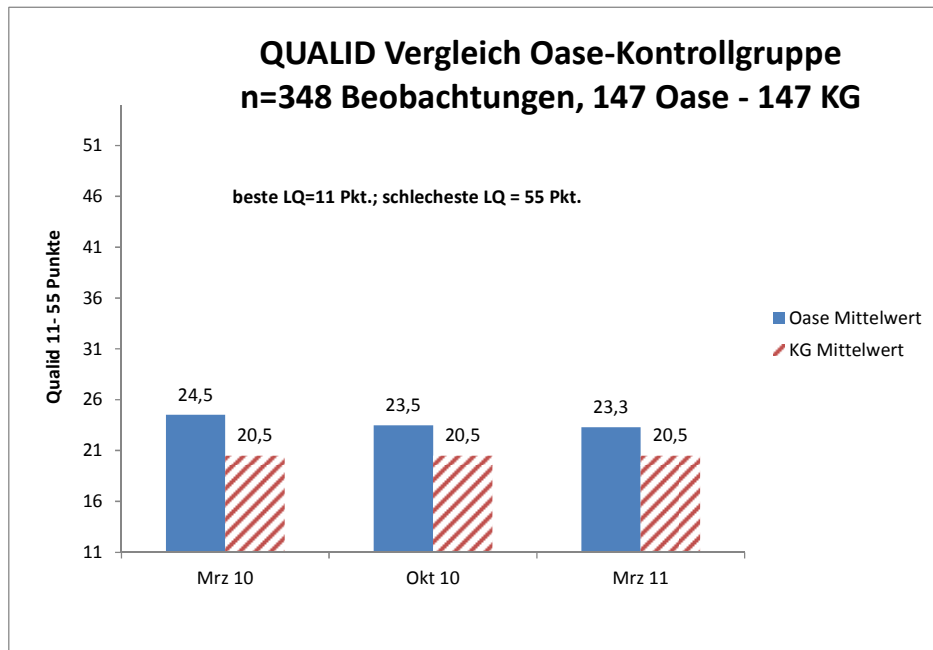


Abbildung 17: QUALID Vergleich Oase-Kontrollgruppe

Im Einzelfallverlauf wird deutlich, dass die Einschätzungen zu jeder Person recht heterogen sind (Abbildung 18). Die Spanne der Punktwerte reicht in der Pflegeoase zu Beginn der Studie von 17,0 bis 29,0 Punkten und zum Ende der Studie von 19,9 bis 25,7 Punkte. Für die Kontrollgruppe gilt eine Spanne von 15,0 bis 28,0 Punkten zu Beginn der Studie und zum Ende von 12,5 bis 29,1 Punkten.

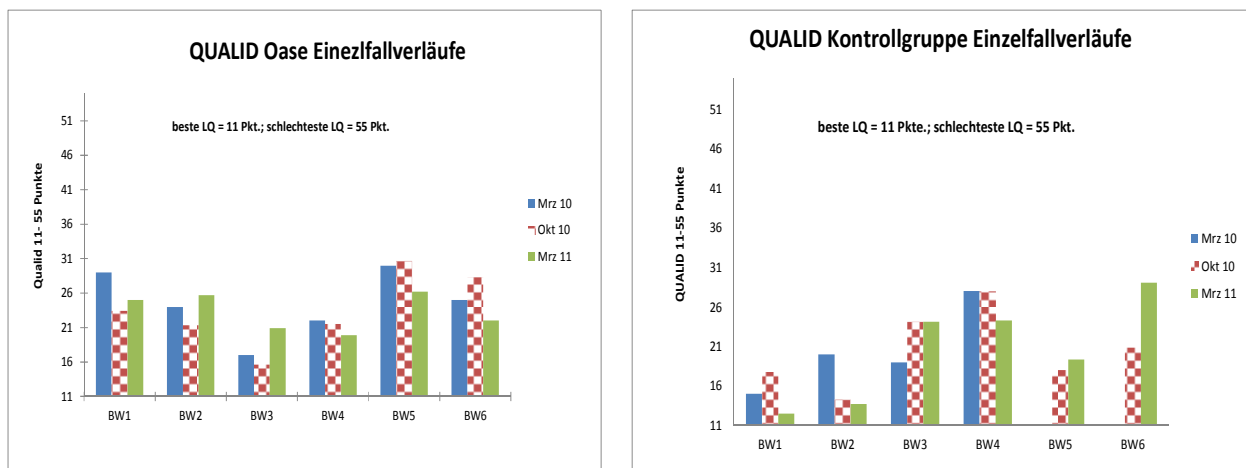


Abbildung 18: QUALID Einzelfallverläufe Oase - Kontrollgruppe

**Zusammenfassung:** Es stellt sich die Frage wie die Daten zu interpretieren sind. Dazu erfolgt zunächst ein Blick in die Studie von Brandenburg et al. (2011). Hier wird beschrieben, wenn zwei Pflegende dieselbe Person mit dem QUALID beobachten unterschiedliche Ergebnisse erzeugt werden können, was als beobachterabhängige Ergebnisse bezeichnet wird. Insbesondere die Items „Hat Freude am Essen“ und „Hat Freude an Berührungen“ wurden in der genannten Untersuchung unterschiedlich von den Beobachtern bewertet. Diese Tendenz zeigt sich auch in den vorliegenden Daten. Als Probe ist in der Kontrollgruppe beim zweiten Erhebungslauf über eine Woche die Einschätzung von jeweils zwei Pflegenden pro Schicht vorgenommen worden. Daraus sind deutliche Abweichungen von bis zu 10 Punkten in der Bewertung sichtbar geworden. Insgesamt zeigt sich in der Anwendung der QUALID ein deutlicher Weiterentwicklungsbedarf des Instruments für die beschriebene Zielgruppe. Nach der vorliegenden Datenlage zur QUALID-Skala wird die Lebensqualität in beiden Gruppen als gut eingeschätzt. Insgesamt wird sie in der Kontrollgruppe besser bewertet als in der Pflegeoase.

#### 4.6.2 Nicht-kognitive Symptome - Neuropsychiatrische Symptome

**Beschreibung des Instruments:** Das Neuropsychiatrische Inventar (NPI) (Cummings et al. 1994; 1997; Wood et al 1999, Kaufer et al. 2000) ist ein Instrument zur Erfassung 12 nicht-kognitiver Symptome bei Menschen mit Demenz: Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Erregung/Aggression, Depression/Dysphorie, Angst, Euphorie/Hochstimmung, Apathie/Gleichgültigkeit, Enthemmung, Reizbarkeit/Labilität, abweichendes motorisches Verhalten, Verhalten in der Nacht (Schlafstörungen) und Veränderungen des Appetit- und Essverhaltens. Das NPI-Instrument überprüft die Symptome auf ihr Vorhandensein, die Häufigkeit ihres Auftretens, der Stärke und deren Auswirkung auf das Arbeits- und Belastungsempfinden der Pflegenden. Für jedes Symptom kann ein Bereichswert berechnet werden, indem der jeweilige Wert der Häufigkeit (1=selten bis 4=sehr häufig) mit dem dazugehörigen Wert der Schwere (1=leicht bis 3=stark) multipliziert wird, das heißt der Bereichswert kann 1 bis 12 Punkte betragen. Folglich bedeutet dies, je höher der Bereichswert ausfällt, desto häufiger und schwerer stellt sich das Symptom dar. Werden die Bereichswerte der Items 1 bis 12 addiert, erhält man den NPI-Gesamtscore (12-144 Punkte). Das Belastungserleben der Pflegenden wird auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 5 Punkten (sehr starke Belastung) bewertet.

**Ergebnisse:** In dieser Studie liegt ein Datensatz von 36 NPI-Bögen (18 Oase, 18 KG) vor, die über einen Zeitraum von 12 Monaten (t0 Mrz. 2010; t1 Sep. 2010, t3 Mrz. 2011) erfasst wurden. Im Durchschnitt treten in der Pflegeoase mehr Symptome pro Bewohnerin auf als in der Kontrollgruppe (Tabelle 14). In der Pflegeoase nimmt die durchschnittliche Anzahl der Symptome pro Person im Verlauf der Studie ab (von 3,17 auf 1,83), wohingegen die Anzahl in der Kontrollgruppe im Mittelwert leicht ansteigt (1,67 auf 2,33). Die Analyse der Mediane bestätigt diesen Trend und untermauert, dass in der Kontrollgruppe die Veränderungen recht gering sind und ein stabiler Wert von 2 Symptomen pro Person zu erkennen ist. In beiden Gruppen ist nicht von einer linearen Entwicklung zu sprechen. Vielmehr fällt zunächst nach dem Einzug in die Pflegeoase eine Zunahme der Symptome auf, die möglicherweise mit der dichteren Beobachtungsmöglichkeit der Pflegenden zusammenhängen kann.

NPI Anzahl Symptome pro BW	Oase			Kontrollgruppe		
	t0	t1	t2	t0	t1	t2
<b>Mittelwert</b>	3,17	3,50	1,83	1,67	2,33	2,33
<b>Median</b>	3,50	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00
<b>Min-Max</b>	1-5	2-7	1-2	0-2	2-5	2-5

Tabelle 14: Vergleich Anzahl NPI-Symptome pro BW Oase – Kontrollgruppe

Bei Betrachtung der Einzelfälle wird sichtbar, dass die Spanne der vorkommenden Symptome über den gesamten Studienverlauf in der Oase mit 1 bis 7 Symptomen etwas

breiter ist als mit 0 bis 5 Symptomen in der Kontrollgruppe. Insbesondere die Mediananalyse zeigt, dass in der Kontrollgruppe überwiegend 2 Symptome pro Bewohnerin auftreten, während in der Pflegeoase sich ein deutlich heterogeneres Bild zeigt (Abbildung 19).

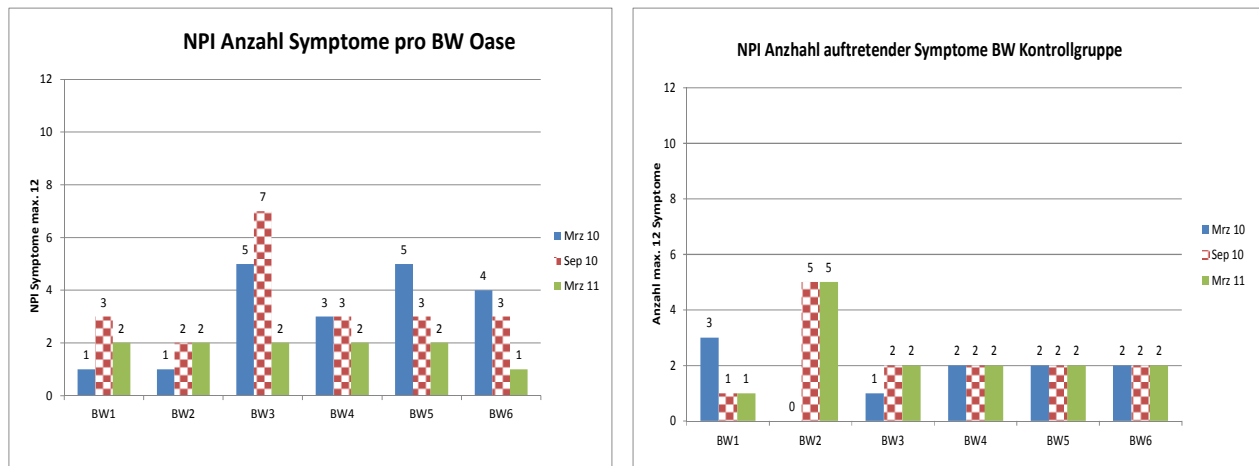


Abbildung 19: NPI Symptome Anzahl pro BW Oase - KG

In der Gesamtbetrachtung tritt der ermittelte Gesamtscore für beide Gruppen im unteren Bereich auf. Von möglichen 144 Punkten werden in keiner Gruppe mehr als 34 Punkte erreicht (Abbildung 20). Insgesamt bestätigt sich hier das Bild, dass die Häufigkeit des Auftretens zunächst in der Pflegeoase höher ist als in der Kontrollgruppe. Dies ändert sich allerdings zum letzten Erhebungszeitpunkt. Hier fällt der durchschnittliche Wert auf 2,83 für die Pflegeoase gegenüber von 8,17 Punkten für die Kontrollgruppe ab.

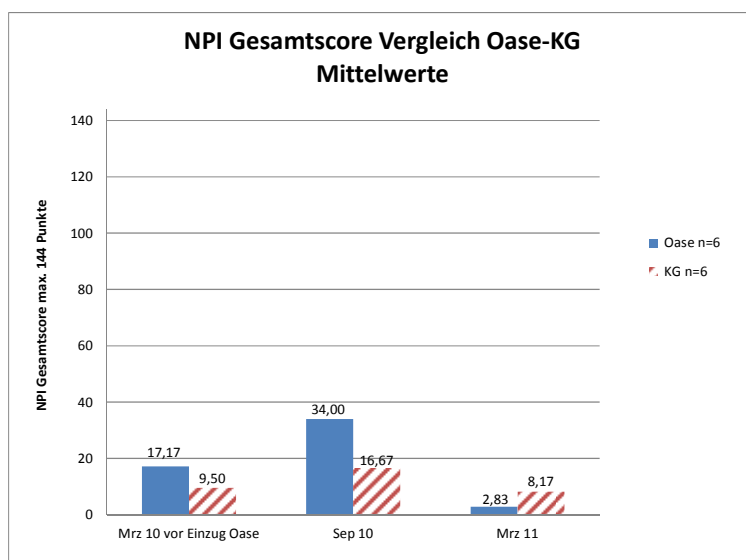


Abbildung 20: Vergleich NPI Gesamtscore Oase - Kontrollgruppe: Mittelwerte



Analysiert man die Symptome im Einzelnen wird deutlich, dass insbesondere Apathie, Angst und Erregtheit/Aggression in beiden Gruppen häufig vorkommen (Abbildung 21).

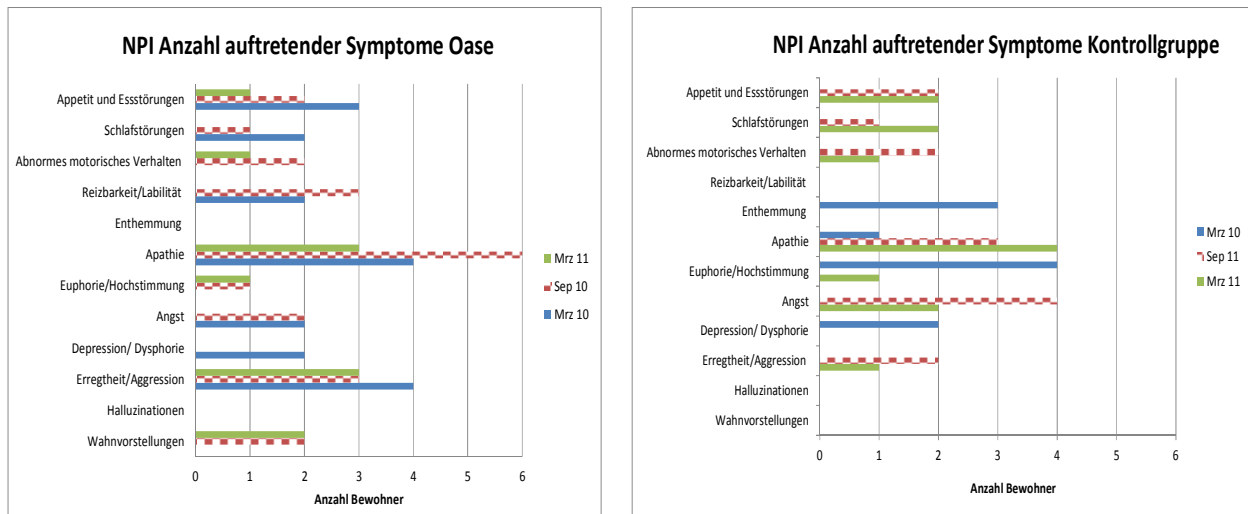


Abbildung 21: NPI Anzahl auftretender Symptome Oase und Belastung für BW Oase

Zur Dimension Apathie (Abbildung 22) fällt auf, dass die Bereichswerte in der Pflegeoase in der Gesamtbetrachtung abnehmen, während sie in der Kontrollgruppe recht stabil bleiben. In der Ausgangssituation vor Einzug in die Pflegeoase (t0) ist der Mittelwert der Kontrollgruppe mit 4,50 deutlich höher als der in der Pflegeoase (2,33). Nach 4 Monaten zu t1 steigt der Mittelwert in der Pflegeoase auf 7,83 von möglichen 12 Punkten an während der Wert für die Kontrollgruppe mit 5,00 sichtbar niedriger ausfällt. Zum Studienende bei t2 zeigt sich ein anderes Bild, hier ist eine deutliche Reduktion in der Pflegeoase eingetreten. Der mittlere Bereichswert liegt bei 0,33 im Vergleich zu 4,00 in der Kontrollgruppe. Insgesamt betrachtet ist in der Pflegeoase eine sichtbare Abnahme von Apathie eingetreten während in der Kontrollgruppe diese Dimension kaum Veränderungen zeigt.

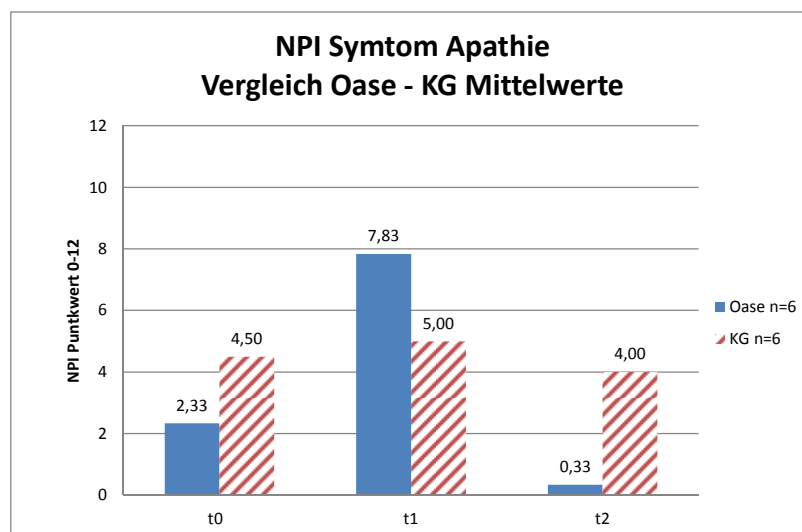


Abbildung 22: NPI Apathie Vergleich Oase –KG Mittelwerte

Bei der Dimension Angst (Abbildung 23) wird sichtbar, dass die Mittelwerte im gesamten Studienverlauf in der Pflegeoase geringer ausfallen als in der Kontrollgruppe. Die Mittelwerte nehmen in der Pflegeoase zu jedem Erfassungszeitpunkt ab (von 2,50 auf 1,50) und liegen bei Studienende bei null. Auch in der Kontrollgruppe ist eine deutliche Abnahme zu verzeichnen. Der mittlere Punktwert steigt zunächst von 3,33 auf 4,17 an und reduziert sich bei t2 auf 0,33. Insgesamt betrachtet findet in beiden Untersuchungsgruppen eine sichtbare Reduktion der Dimension Angst statt.

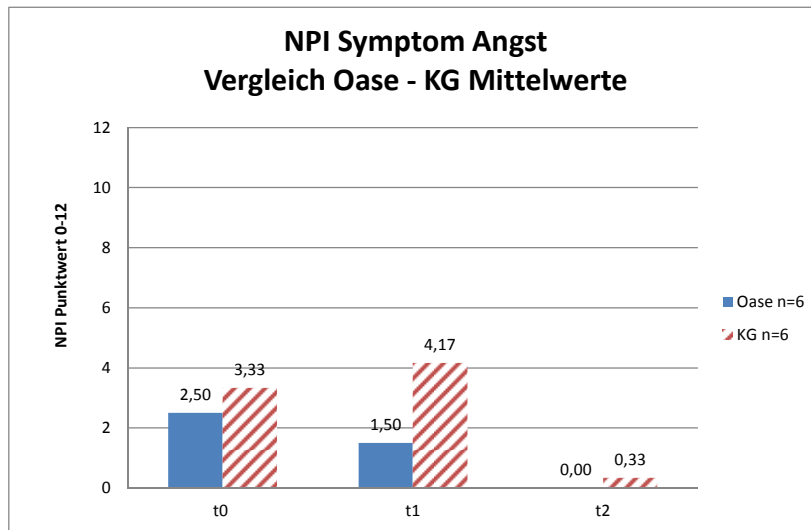


Abbildung 23: NPI Angst Vergleich Oase – KG Mittelwerte

Die nächste Abbildung (24) zeigt die Entwicklung des Symptoms Erregtheit/Aggression. Die Mittelwerte steigen in der Pflegeoase zunächst von 3,33 (t0) auf 4,17 (t1) an und sinken zum Studienende auf einen Wert von 0,67. Insgesamt liegen die Mittelwerte der Kontrollgruppe unter denen der Pflegeoase (1,5 – 2,0-0,17) und lassen ebenfalls eine deutliche Abnahme des Symptoms Erregtheit/Aggression in beiden Untersuchungsgruppen erkennen.

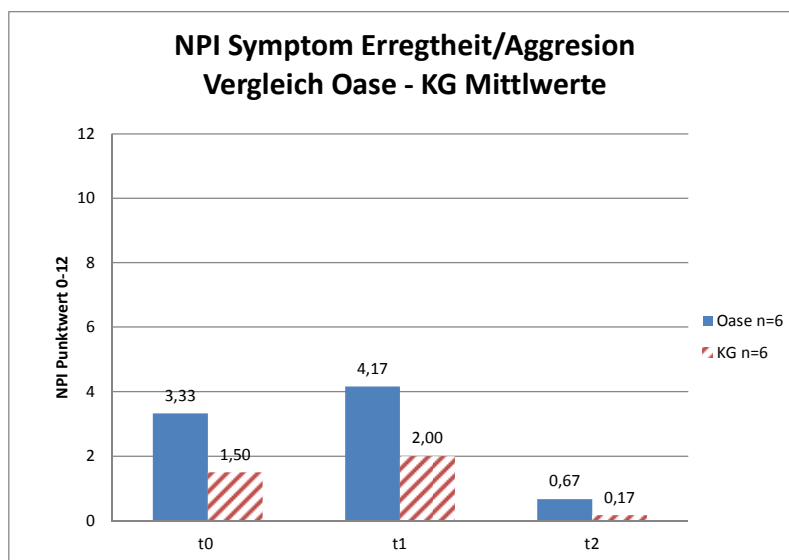


Abbildung 24: NPI Aggression Vergleich Oase – KG Mittelwerte

**Zusammenfassung:** In der Gesamtbetrachtung ist in beiden Gruppen eine Abnahme der neuropsychiatrischen Symptome erkennbar. Insgesamt kann nicht von einer linearen Entwicklung gesprochen werden, sondern von t0 zu t1 kommt es nicht selten zur Zunahme der Symptomatik. Dieses Phänomen konnten wir bereits in vorangegangenen Evaluationsstudien beobachten (Rutenkröger, Kuhn 2008a). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch diese Art von Begleitstudie eine Beeinflussung der Pflegenden in der Hinsicht stattfindet, dass ihre Wahrnehmungsfähigkeit sensibler wird bzw. geschärft wird – was wahrscheinlich auch einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptommhäufigkeit hat.

Bei den drei Dimensionen Apathie, Angst und Aggression/Erregtheit wird deutlich, dass insgesamt eine Abnahme der Symptome eingetreten ist. Gerade bei Menschen mit schwerer Demenz kann Apathie und Angst als Folge von Kontaktarmut auftreten. Um der sozialen Vereinsamung entgegen zu wirken, ist in der Pflegeoase eine dauerhafte und kontinuierliche Präsenz der Pflegenden notwendig, um so auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen unmittelbar reagieren zu können und Gefühle von Apathie, Angst/Verlassenheit und Erregtheit zu minimieren. In beiden Untersuchungsgruppen tritt eine Abnahme der beschriebenen Symptome ein, in der Pflegeoase fällt die Reduktion in der Tendenz deutlicher aus.

#### **4.6.3 Herausfordernde Verhaltensweisen – CMAI**

**Beschreibung Instrument:** Die Cohen-Mansfield-Skala (CMAI Cohen-Mansfield 1996, modifizierte Fassung von Baden-Württemberg<sup>3</sup>) dient zur Beurteilung herausfordernder Verhaltensweisen. Die modifizierte CMAI-Skala enthält 25 Items/Verhaltensweisen, die die Häufigkeit des Auftretens für die zurückliegende Woche beurteilt (von 1 = nie, 2 = weniger als 1 x pro Woche, 3 = 1-2 x pro Woche, 4 = mehrmals pro Woche, 5 = 1-2 x täglich, 6 = mehrmals täglich, 7 = mehrmals in der Stunde). Die Einschätzungen haben die Bezugspflegenden innerhalb von 12 Monaten an drei Messzeitpunkten vorgenommen. Für die Auswertung gilt die Bezeichnung „Symptom schwer ausgeprägt“ dann, wenn ein Symptom mehrmals pro Woche bis mehrmals in der Stunde (Stufe 4-7 nach CMAI) auftritt.

**Ergebnisse:** Die Datengrundlage zur Bewertung des herausfordernden Verhaltens umfassen 33 CMAI-Bögen (18 Oase; 15 KG). Im Durchschnitt treten in der Pflegeoase mehr herausfordernde Verhaltensweisen pro Person auf als in der Kontrollgruppe. Insgesamt reduziert sich die Anzahl der herausfordernden Verhaltensweisen in beiden Gruppen. In der

---

<sup>3</sup> Anlage 1 gemäß § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg

Pflegeoase steigt die durchschnittliche Anzahl zunächst von 1,67 auf 2,17 Verhaltensweisen pro Bewohnerin an und fällt am Studienende auf null (Tabelle 15). Diese Tendenz ähnelt sehr dem Datenverlauf bei der Erfassung der nicht-kognitiven Symptome (NPI). In der Kontrollgruppe verringert sich der Mittelwert zunächst von 1,17 auf 0,00. Zum Studienende liegt er etwas höher bei 0,33. Die Medianwerte bestätigen die beschriebene Tendenz.

CMAI Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen pro BW						
	Oase			Kontrollgruppe		
	t0	t1	t2	t0	t1	t2
<b>Mittelwert</b>	1,67	2,17	0,00	1,17	0,00	0,33
<b>Median</b>	1,00	1,50	0,00	0,50	0,00	0,00
<b>Spannweite (min-max)</b>	0-7	0-8	0	0-5	0	0-1

Tabelle 15: CMAI Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen pro BW - Mittelwert, Median

Von den 25 herausfordernden Verhaltensweisen der CMAI treten in der Pflegeoase maximal 8 und in der Kontrollgruppe 7 auf. Diese Maximalwerte sind zum Zeitpunkt t2 ermittelt worden (Abbildung 25). Im gesamten Studienverlauf lässt sich eine Abnahme konstatieren, wobei zunächst eine Zunahme der herausfordernden Verhaltensweisen von t0 zu t1 (Oase von 7 auf 8, KG von 5 auf 7) zu erkennen ist. Zum letzten Messzeitpunkt t2 im März 2011 ist eine deutlicher Rückgang der herausfordernden Verhaltensweisen von t1 zu t2 (Oase von 8 auf 0, KG von 7 auf 2) zu vermerken. Als schwer ausgeprägte Symptome werden Verhaltensweisen gerechnet, die mehrmals pro Woche bis mehrmals in der Stunde auftreten. Der Verlauf der schwer ausgeprägten Symptome ähnelt der dargestellten Tendenz der Zunahme von t0 zu t1 (Oase von 2 auf 5, KH von 3 auf 6), Abnahme von t1 zu t2 (Oase von 5 auf 0, KG von 6 auf 1).

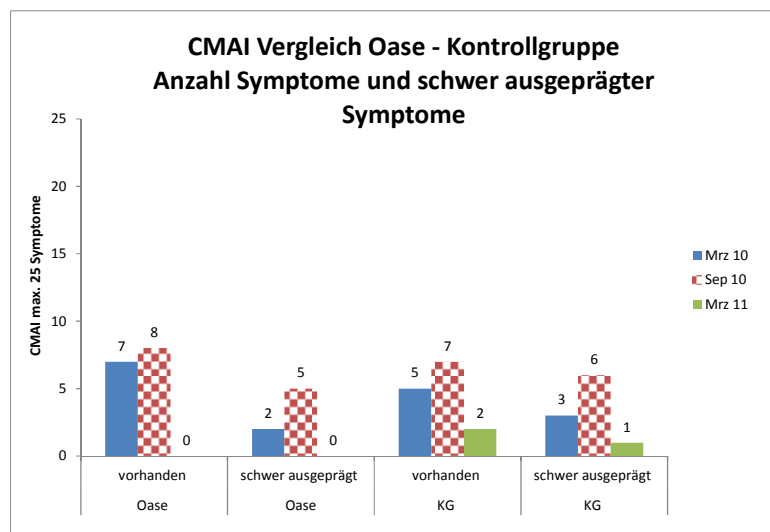


Abbildung 25: CMAI Vergleich Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen Oase-KG

Welche herausfordernden Verhaltensweisen im Einzelnen in der Oase und in der Kontrollgruppe auftreten, visualisieren die folgenden Grafiken:

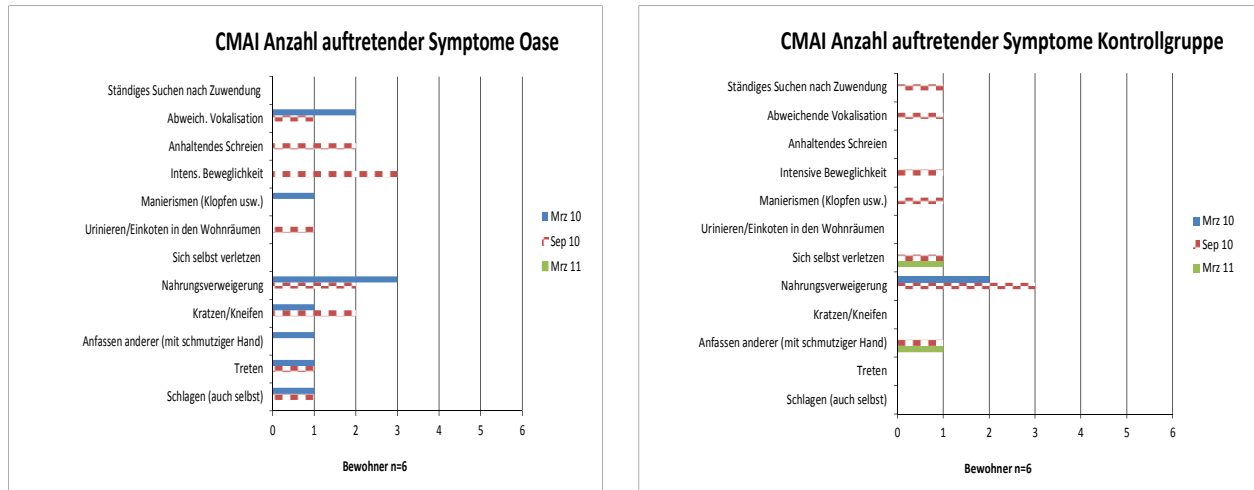


Abbildung 26: Herausfordernde Verhaltensweisen CMAI Pflegeoase – Kontrollgruppe

Im März 2010 (t0 vor Einzug Oase) kommen 7 der 25 herausfordernden Verhaltensweisen der CMAI-Skala in der Oasengruppe vor. Nahrungsverweigerung tritt bei drei Personen auf, gefolgt von Abweichender Vokalisation bei zwei Bewohnerinnen. Bei t1 nehmen beide Verhaltensweisen ab (von 3 auf 2, von 2 auf 1). Die anderen 5 herausfordernden Verhaltensweisen wie Manierismen, Kratzen/Kneifen anderer, Anfassen anderer mit schmutzigen Händen, treten und schlagen (auch sich selbst), treten alle in der Häufigkeit von 1 bei nur einer Person auf. Bei t1 steigt die Anzahl der herausfordernden Verhaltensweisen von 7 auf 8 an, anhaltendes Schreien ist bei 2 Personen zu erkennen und Urinieren/Einkoten in Wohnräumen tritt bei einer Person auf. Nach einem Jahr beim letzten Messzeitpunkt t2 haben sich die herausfordernden Verhaltensweisen in der Oase auf null reduziert.

In der Kontrollgruppe tritt Nahrungsverweigerung als alleinige herausfordernde Verhaltensweise bei 2 Personen im März 2010 auf. Nach 6 Monaten (t1) nimmt die Häufigkeit von 2 auf 3 Personen zu. Insgesamt steigt die Anzahl der herausfordernden Verhaltensweisen von 0 auf 7. Es kommen vor: ständiges Suchen nach Zuwendung, Abweichende Vokalisation, Intensive Beweglichkeit, Manierismen, sich selbst verletzen, anfassen anderer mit schmutziger Hand, jeweils in einer Häufigkeit von 1. Zum Messzeitpunkt t2 haben sich die herausfordernden Verhaltensweisen von 7 auf 2 reduziert, ausschließlich Nahrungsverweigerung und abweichende Vokalisation sind selten (1x) zu beobachten.

**Zusammenfassung:** In der Gesamtbewertung stellt sich die maximale Anzahl der auftretenden Verhaltensweisen mit 7 bis 8 als relativ gering heraus, wenn man von möglichen 25 herausfordernden Verhaltensweisen der CMAI Skala ausgeht. In beiden Untersuchungsgruppen ist eine Abnahme der herausfordernden Verhaltensweisen im

Studienverlauf zu verzeichnen. Zum Studienende hat sich die durchschnittliche Anzahl Richtung null reduziert (Oase 0,00; KG 0,33). Nahrungsverweigerung zeichnet sich als besondere Herausforderung sowohl in der Pflegeoase (davon keine Person mit PEG) als auch in der Kontrollgruppe (davon eine Person mit PEG) ab, was sich auch in den nachfolgenden Daten der digitalen Zeiterfassung bestätigt.

## 4.7 Mobilität: Bewegungsradius

Der Bewegungsradius der Bewohnerinnen ist an zwei Zeitpunkten (t0 und t2) mit einem Abstand von 7 Monaten erhoben worden. Er ist in vier Aufenthaltsorte untergliedert: Aufenthalt im Zimmer/Bett, im Wohnbereich, außerhalb des Wohnbereichs im Haus, außerhalb des Hauses. In der folgenden Abbildung (27) wird der Aufenthaltsort Zimmer/Bett visualisiert. Es zeigt sich, dass zu t0 drei Personen der zukünftigen Oasengruppe ihr Zimmer verlassen und drei in ihrem Zimmer bleiben. In der Kontrollgruppe ist es geringfügig anders, dort verlassen zwei Personen ihr Zimmer und vier nicht mehr. Nach Einzug in die Pflegeoase zeigt sich hinsichtlich dieses Punktes keine Veränderung in der Oase. Von den sechs Bewohnerinnen verlassen drei die Pflegeoase und eine Person verlässt sie gar nicht mehr. Eine deutliche Veränderung ist in punkto Mobilität eingetreten, vier Personen verlassen ihr Bett täglich. Diese positive Entwicklung hinsichtlich Mobilitätsförderung spiegelt sich auch in den Daten zur Digitalen Zeiterfassung wider (siehe Punkt 4.7). In der Kontrollgruppe verlässt eine Person ihr Bett täglich, drei Bewohnerinnen verlassen ihr Bett 2-3 mal wöchentlich und zwei Personen verlassen ihr Bett gar nicht mehr.

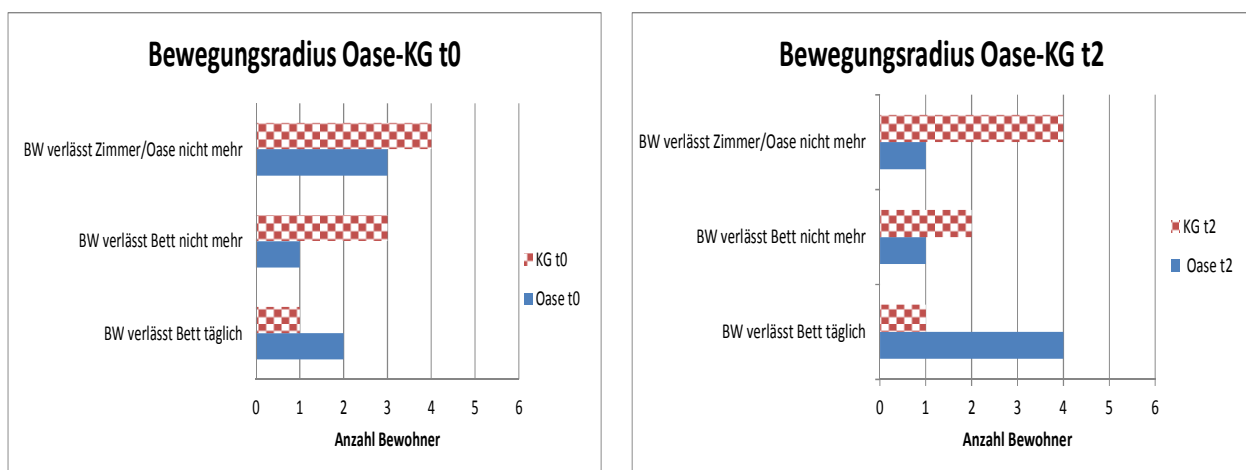


Abbildung 27: Bewegungsradius Vergleich Oase-KG t0-t2

Richtet man den Blick auf die **Aufenthaltsorte außerhalb der Pflegeoase** zeigt sich folgendes Bild: Eine Person hält sich zum Erhebungszeitpunkt t0 täglich und eine Person seltener als einmal monatlich **im Wohnbereich** auf. Drei Personen **verlassen den Wohnbereich** und halten sich innerhalb des Hauses auf. Gestaffelt nach Häufigkeit zeigt

sich, dass sich jeweils eine Person 2-3 wöchentlich, 1x monatlich und seltener als 1x monatlich außerhalb des Wohnbereichs aufhält. Eine Person verlässt das Haus. Nach sieben Monaten verlässt nur noch eine Person den Wohnbereich (1x monatlich) und niemand hält sich außerhalb des Hauses auf. Für die Kontrollgruppe gilt: Eine Person hält sich bei t1 regelmäßig außerhalb des Wohnbereichs auf, dies ändert sich auch nicht zu t2 und eine weitere Bewohnerin verlässt den Wohnbereich zu t0 1x monatlich und zu t2 nicht mehr. Das Verlassen des Hauses nimmt von einer auf zwei Personen von t0 auf t2 zu (seltener als 1x monatlich).

**Zusammenfassung:** Der Bewegungsradius hat sich insbesondere in der Pflegeoase im Studienverlauf deutlich gesteigert, was an der vermehrten Mobilisation der Bewohnerinnen liegt. Insgesamt betrachtet zeigt der Bewegungsradius der beiden Untersuchungsgruppen Entwicklungspotential, insbesondere die Aufenthaltsorte außerhalb des Wohnbereichs/ bzw. außerhalb der Pflegeoase können ausgeweitet werden. Wünschenswert ist ebenfalls, dass das Haus gelegentlich verlassen wird.

## 4.8 Digitale Zeiterfassung, Häufigkeit und Qualität der Interaktionen

**Beschreibung Instrument:** Für die Erfassung der Kontaktzeiten sind Handgeräte (Digi-Raport) verwendet worden, die üblicherweise zur Zeiterfassung im Handwerk eingesetzt werden. Die Geräte eignen sich zum Einsatz im Forschungsfeld, weil die Ausstattung und die Auswertungsmöglichkeiten den gestellten Anforderungen weitgehend entsprechen. Die Kernfrage bei der Erhebung der Kontaktzeit und -häufigkeit richtet sich darauf, ob sich zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe Unterschiede ergeben.

Die Vorgaben für die Erfassung der bewohnernahen Kontakte sind für die Mitarbeiterinnen so definiert, dass ein Gerät dann auf bewohnernah umgeschaltet wird, wenn die Pflegenden in direkten Kontakt mit den Bewohnerinnen treten. Dabei ist es unwichtig, ob der Kontakt in Verbindung mit einer pflegerischen Handlung, einem therapeutischen Angebot, einer kurzen Zuwendung oder einem Gespräch entsteht. Die Vor- und Nachbereitung von pflegerischen Handlungen ist als „andere Tätigkeit“ definiert. Des Weiteren sind Dienstübergaben, Pausen, Besprechungen, Dokumentationen, Arzt- oder Angehörigengespräche etc. ebenfalls der Kategorie „andere Tätigkeit“ zuzuordnen. Die Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase und Kontrollgruppe tragen ein Erfassungsgerät mit sich, welches sie bei allen Bewohnerkontakten bedienen. Das Gerät ist zu Beginn der Dienstzeit ein- und bei Dienstende ausgeschaltet worden. Bei den ersten beiden Datenerfassungen ist eine andere Variante gewählt worden, bei der sich die Geräte jeweils bei den Bewohnerinnen der Pflegeoase am Bett befanden. Dies hat sich als wenig bedienungsfreundlich und damit als fehlerhaft herausgestellt.

**Ergebnisse:** Insgesamt sind 1.755 Stunden im Rahmen der digitalen Zeiterfassung erhoben worden. Davon verteilen sich 955 Stunden auf das Team der Pflegeoase und 700 Stunden auf die Kontrollgruppe. An drei Erhebungszeitpunkten ist über einen Zeitraum von jeweils einer Woche die Datenerfassung durchgeführt worden. Zur Validierung der Daten erfolgten parallele Erhebungen durch die Forscherinnen (58 Stunden Oase, 42 Stunden Kontrollgruppe). Nach Plausibilitätsprüfung konnten insgesamt 920:28 Stunden für die Datenanalyse verwendet werden.

Insgesamt zeigt sich nach der obigen Klärung eine große Übereinstimmung (90-95 %) in der Datenerfassung der Mitarbeiterteams und der Forscherinnen. Vor diesem Hintergrund wird in den Grafiken die Datengrundlage der Forscherinnen dargestellt, da mit diesem Datenmaterial umfangreiche Analysemöglichkeiten verbunden sind.



### 4.8.1 Verteilung bewohnernahe und bewohnerferner Tätigkeiten

In der Pflegeoase liegen die bewohnernahe Tätigkeiten mit einem Umfang von 73 % etwas höher als die Werte in der Kontrollgruppe mit 62 %. Dementsprechend verteilen sich die bewohnerfernen Tätigkeiten in der Pflegeoase auf 27 % und in der Kontrollgruppe auf 38 %. Da kein gesonderter Versorgungsvertrag für die Pflegeoase abgeschlossen wurde, ist die Personalausstattung in beiden Wohnformen vergleichbar. Der entscheidende Unterschied zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe liegt in der Organisationsform. In der Oase sind kürzere Wege und eine effizientere Arbeitsorganisation möglich, so dass direkte Kontakte mit den Bewohnerinnen einfacher zu realisieren sind.

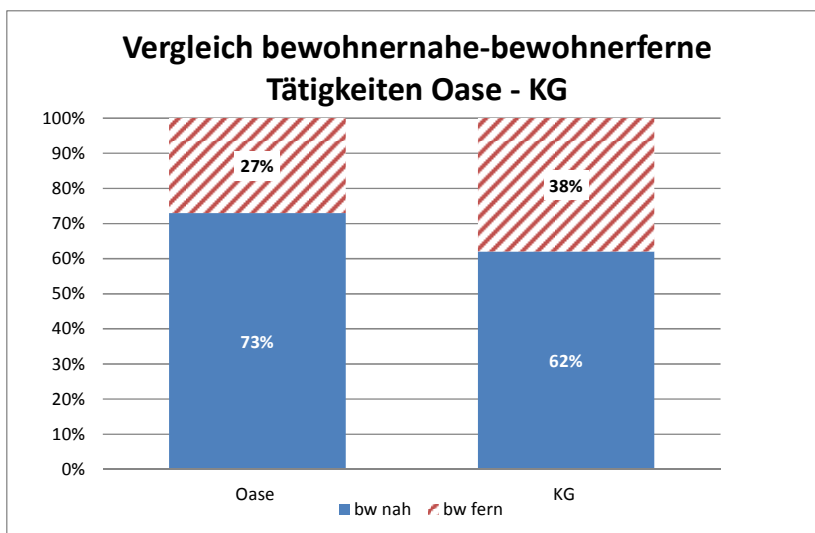


Abbildung 28: Vergleich bewohnernahe und bewohnerferne Tätigkeiten Oase – KG

### 4.8.2 Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten

In der Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten wird deutlich, dass der Hauptanteil aller pflegerischen Tätigkeiten in der Pflegeoase in der Unterstützung beim Essen (42 %) und in der Kontrollgruppe bei der Körperpflege (61 %) besteht (Abbildung 29). Den geringsten Anteil nimmt in der Pflegeoase im August 2010 die Mobilisation (5 %) und in der Kontrollgruppe die psychische Unterstützung (1 %) der Bewohnerinnen in Anspruch. Insgesamt ist zwischen den Untersuchungsgruppen zu diesem Zeitpunkt (nach drei Monaten Betriebslaufzeit der Pflegeoase) ein deutlicher Unterschied zu erkennen. In der Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten zeigt sich dieser mit 20 % sowohl bei der Unterstützung beim Essen (Oase 42 %, KG 22 %) als auch in der Körperpflege (Oase 40 %, KG 62 %).

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Kodierungen in der Kontrollgruppe ab der Zimmertüre einsetzen. Die Forscherinnen haben die Bewohnerzimmer nicht betreten und es

kann durchaus eine Kombination der Tätigkeiten durchgeführt worden sein, die eine Verschiebung zugunsten des hohen Anteils der Körperpflege erklären lassen.

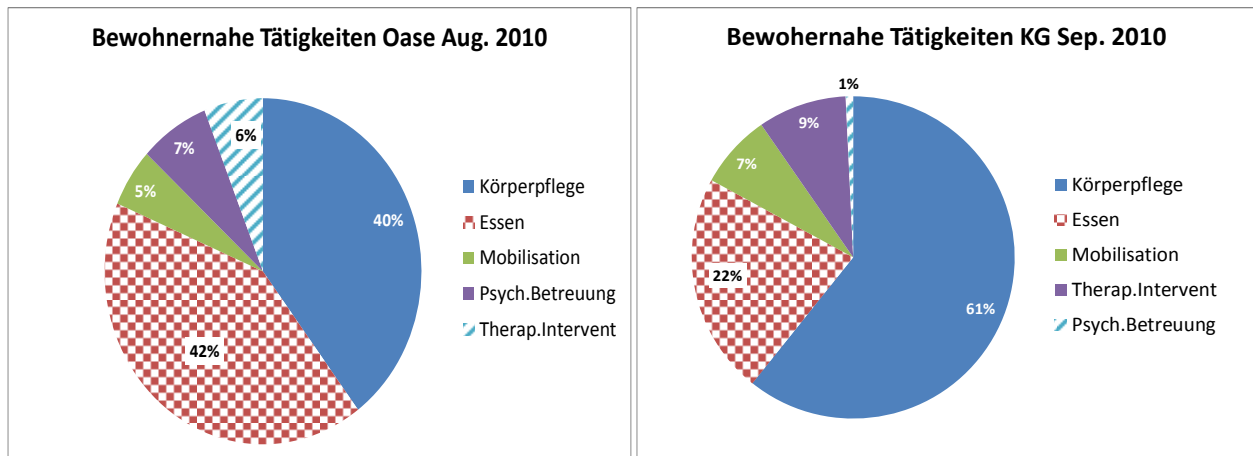


Abbildung 29: Verteilung bewohnernahe Tätigkeiten Oase - KG

Abbildung 30 zeigt die Verteilung der bewohnernahe Tätigkeiten in der Pflegeoase nach 3 und nach 9 Monaten Betriebslaufzeit. Hier fällt eine deutliche Verschiebung der Mobilisation ins Auge, die eng in Verbindung mit Entwicklungsprozessen in der Konzeptentwicklung steht. Der Anteil der Mobilisation steigt von 5 auf 18 % an. Auch in den Interviews bestätigen die Mitarbeiterinnen diese Beobachtung. Sie berichten von einer Veränderung der inneren Bilder der Pflegeoase: *Vom „Ruheraum“ hin zum „bewegt(er)en Lebensraum“* (Weitere Ausführungen sind im Interviewteil Unterpunkt Organisationsentwicklung zu finden). Erfreulich ist auch, dass sich die Therapeutischen Interventionen von 7 auf 12 % erhöhen. Der Hauptanteil der bewohnernahe Tätigkeiten liegt unverändert in der Unterstützung beim Essen (41 %).

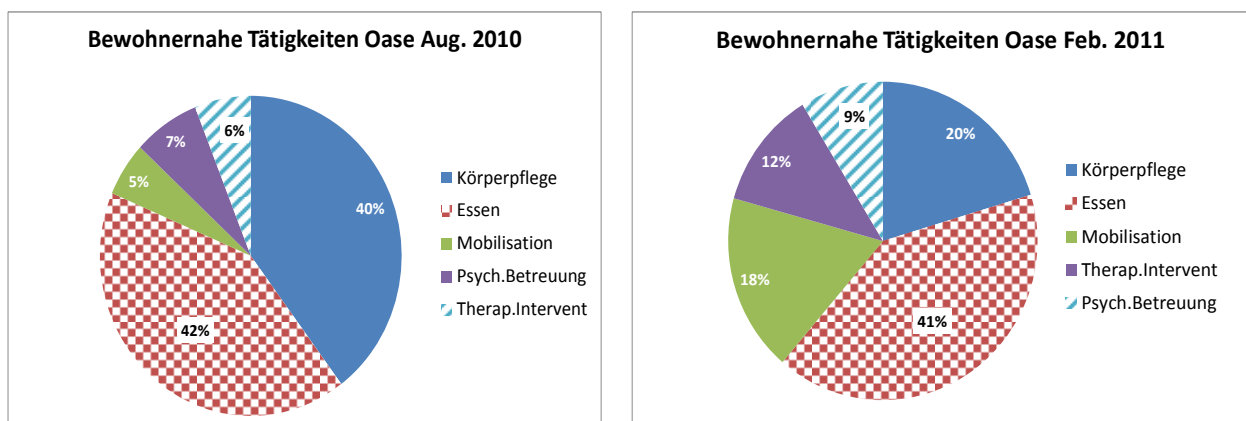


Abbildung 30: Verteilung bewohnernahe Tätigkeiten Oase Aug. 2010 u. Feb. 2011

### 4.8.3 Interaktionshäufigkeit

Besonders deutlich wird der Unterschied in der Häufigkeit der Interaktionen. Mit 26 Kontakten pro Bewohnerin am Tag erhalten die Menschen in der Pflegeoase mehr als doppelt so viele Kontakte wie in der Kontrollgruppe (12 Kontakte pro Person am Tag). Mit diesem Ergebnis wird ein zentrales Ziel der Pflegeoase bestätigt, der Vereinsamung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz entgegen zu wirken. Durch die Arbeitsorganisationsform der Pflegeoase steht die Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen im Zentrum während in herkömmlichen Wohnformen eher eine Ablauforientierung allein schon wegen der Gruppengröße zu finden ist.

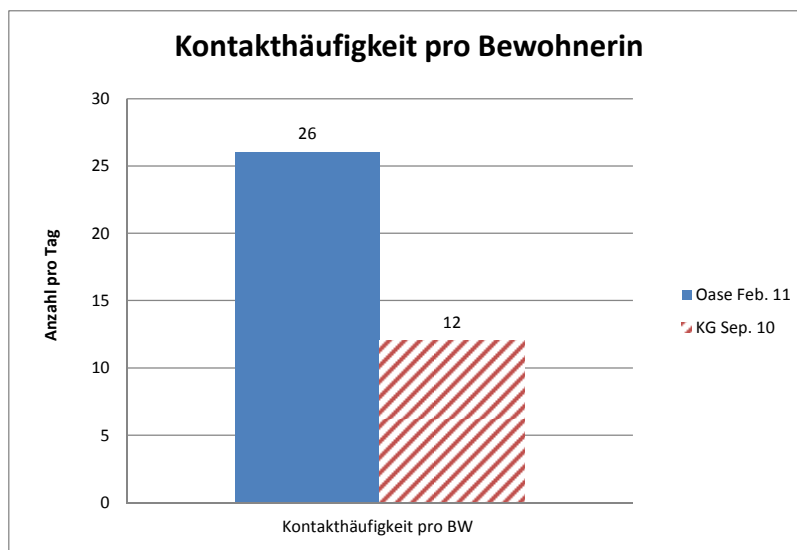


Abbildung 31: Interaktionshäufigkeit Oase-KG

### 4.8.4 Interaktionsqualität

**Beschreibung Instrument:** Die Qualität der Interaktionen ist für die Bewohnerinnen von besonderer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund ist in der vorliegenden Studie das Methodenrepertoire erweitert worden. In den vorangegangenen Studien ist die Qualität der Interaktionen unstrukturiert während der Digitalen Zeiterfassungen von den Forscherinnen beobachtet worden. In dieser Studie ist mit Hilfe des Dementia Care Mapping (DCM 7) (Bradford Dementia Group 1997) die Interaktionsqualität über Personale Detraktionen und Positive Ereignisse zwischen Pflegenden und Bewohnern strukturiert erfasst worden. Die Grundannahmen des DCM sind der Personzentrierte Ansatz nach Kitwood (2000), worin die Sozialpsychologie (soziale Milieu) einen wichtigen Einflussfaktor auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz darstellt. Anders ausgedrückt das „**Wie**“ der Interaktionen steht im Vordergrund. DCM beschreibt Person-ignorierendes Verhalten in Form von Personalen Detraktionen und Person-förderndes Verhalten als Positive Ereignisse.

**Ergebnisse:** Es zeigt sich, dass in der Pflegeoase die 1:1 Interaktionen zugewandt und auf Augenhöhe, d. h. empathisch und mit Echtheit, Wertschätzung und Anerkennung gestaltet werden. Häufig sind die Bewohnerinnen entspannter bzw. beruhigter nach den Kontakten. Auf die Emotionen der Bewohnerinnen gehen die Mitarbeiterinnen auf eine sensible Art und Weise ein (Validieren). Das Wohlbefinden der Bewohnerinnen wird über vielfältige sensorische Angebote wie Hand- und Gesichtsmassagen, Singen oder Materialien ertasten/fühlen (Timalation) gestärkt. Diese Interaktionsweisen werden nach DCM-Perspektive als Person fördernde Interaktionen – Positive Ereignisse verstanden, die alle das zentrale psychologische Bedürfnis nach Bindung nähren.

Personale Detraktionen, die das Person sein ignorieren, geschehen insbesondere in Form von zu schnellem Handeln, d. h. die Bewohnerinnen können nicht in ihrem Tempo agieren, die Pflegenden überholen sie mit ihrem Tempo. Als weiterer Punkt konnte auch „Entmächtigen“ beobachtet werden, wenn Fähigkeiten von Bewohnerinnen nicht entsprechend ihren Möglichkeiten genutzt werden. Diese Situationen entstehen insbesondere bei der Mobilisation. Insbesondere eine Person ignorierende Verhaltensweise fällt ins Auge, das „Infantilisieren“. Bewohnerinnen werden mit „Schätzle“ angeredet. Dies erfolgt nicht gezielt bei Einzelnen, wo das Einverständnis der Angehörigen vorliegt, sondern wird für die gesamte Gruppe verwendet. Diese Verhaltensweisen signalisieren Reflexions- und Weiterbildungsbedarf.

<b>Positive Ereignisse Person förderliches Verhalten</b>	<b>Personale Detraktionen Person ignorierendes Verhalten</b>
<b>Halten – Wertschätzung – Anerkennung</b> Kontakte auf Augenhöhe, die Sicherheit, Schutz und Geborgenheit vermitteln, die Person individuell wahrnehmen und anerkennen	<b>Überholen – zu schnelles Tempo</b> Informationen oder Wahlmöglichkeiten in einer Geschwindigkeit, die für die Person zu schnell ist, Dinge zu schnell tun, als es für die Person zuträglich ist
<b>Timalation</b> Wohlbefinden fördern über sensorische Stimulation	<b>Entmächtigen</b> Einer Person nicht ermöglichen die eigenen Fähigkeiten zu nutzen, die sie hat
<b>Validieren</b> Die subjektive Wirklichkeit der Person anerkennen, sensibel sein für ihre Empfindungen; Emotionen haben Vorrang vor Tätigkeiten	<b>Infantilisieren</b> Eine Person sehr gönnerhaft, überfürsorglich behandeln – wie ein kleines Kind behandeln.

Tabelle 16: Person förderliche und Person ignorierende Verhaltensweisen – nach DCM 7

**Zusammenfassung:** Insgesamt weisen die Ergebnisse der digitalen Zeiterfassung auf deutliche Unterschiede in der Kontakthäufigkeit und in der Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe hin. In der Pflegeoase erfahren die Bewohnerinnen über den Tag mehr als doppelt so viele Kontakte (26) wie die Personen der Kontrollgruppe (12). Betrachtet man die bewohnernahen Tätigkeiten im Einzelnen, fallen auch hier Unterschiede zwischen den Gruppen auf. In der Pflegeoase macht die

Unterstützung beim Essen mit 41-42 % den Hauptanteil der bewohnernahen Arbeit aus (Kontrollgruppe 22 %). Zusammenfassend kann der Tagesablauf und die Arbeitsorganisation der Pflegeoase als bedürfnisorientiert bezeichnet werden, hingegen findet in der Kontrollgruppe Ablauforientierung statt. Insgesamt ist ein deutlicher Entwicklungsprozess in der Pflegeoase zu verzeichnen, der zusammengefasst als Prozess „vom Ruheraum hin zum bewegten Lebensraum“ beschrieben werden kann. Damit verbunden ist eine deutliche Zunahme der Bewegung und Mobilisation in der Pflegeoase von 5 auf 18 %.

## 5. Studienergebnisse zum Subjektiven Erleben der Angehörigen

In diesem Kapitel werden die Interviewaussagen der Angehörigen der Pflegeoase ausgewertet. Die Angehörigen beschreiben die Präsenz der Mitarbeiterinnen und die Zeit, die ihren Angehörigen zuteilwird, als wichtiges Qualitätsmerkmal der Pflegeoase. Ein weiteres Qualitätskriterium aus Sicht der Angehörigen ist die direkte und unmittelbare Wahrnehmung der Bedürfnisse der Bewohnerinnen. Die starke Bindung der Pflegenden zu den Bewohnerinnen wird als zentral für das von den Angehörigen empfundene Gefühl der Entlastung beschrieben.

### 5.1 Präsenz der Mitarbeiterinnen – Zeit haben

Die Räumlichkeit der Pflegeoase und die Präsenz der Mitarbeiterinnen ermöglicht ein kontinuierliches „im Blick haben“ der Bewohnerinnen. Wie im Kapitel 4.8 Digitale Zeiterfassung, Häufigkeit und Qualität der Interaktionen erläutert, ist für die Pflegeoase kein gesonderter Versorgungsvertrag abgeschlossen worden. Es besteht somit in beiden Wohnformen ein vergleichbarer Stellenschlüssel. In der Wohnform Pflegeoase sind jedoch die Wege kürzer und eine effiziente Arbeitsorganisation möglich. Daraus resultieren häufige Kontaktaufnahmen zu den Bewohnerinnen, die auch von den Angehörigen, insbesondere im Vergleich mit den herkömmlichen Wohnbereichen wahrgenommen werden:

*„Ja, dass sich einfach mehr um sie gekümmert wird ... Die (Pflegenden, Anm. d. Vfs.) **laufen öfters vorbei und streicheln sie mal oder sprechen mit ihr**. Und das war im anderen (Wohnbereich, Anm. d. Vfs.) nicht so viel.“ (I 12)*

Diese „vermehrte Zeit“ wird als ein herausragendes Qualitätskriterium der Pflegeoase angesehen. Auch hier wird wieder der Vergleich mit dem herkömmlichen Wohnbereich vorgenommen:

*„Die (Pflegenden in den herkömmlichen Wohnbereichen, Anm. d. Vfs.) **vorher waren auch immer alle toll, bloß haben die die Zeit nicht gehabt**.“ (I 15)*

*„Die (Pflegenden in den herkömmlichen Wohnbereichen, Anm. d. Vfs.) waren immer freundlich, nett und haben auch immer geguckt ... **bloß hat denen die Zeit gefehlt**.“ (I 15)*

### 5.2 Direkte Wahrnehmung der Bedürfnisse

Die in der Pflegeoase praktizierte Bedürfnisorientierung und Unmittelbarkeit ist ein weiteres, vorrangiges Qualitätskriterium aus Sicht der Angehörigen. Dies wird vor allem bei der

Nahrungsaufnahme der Bewohnerinnen deutlich. In der Pflegeoase wird den Bewohnerinnen individuell Zeit zur Nahrungsaufnahme eingeräumt:

*„Wenn meine Tante zwei Stunden zum Essen braucht, dann gucken die halt zwei Stunden danach.“ (I 15)*

Diese ausgeprägte Bedürfnisorientierung wurde von den Angehörigen in den vorherigen herkömmlichen Wohnbereichen so nicht erlebt:

*„Da (in den herkömmlichen Wohnbereichen, Anm. d. Vfs.) hat man halt den Kuchen reingestellt, bis man mittags gekommen ist, ist der immer noch da gestanden. Da hat niemand danach geguckt, ob sie jetzt aufgegessen hat.“ (I 15)*

Auch die Atmosphäre in der Pflegeoase wird als sehr angenehm beschrieben:

*„Ja das ist ein Unterschied zum normalen (Wohnbereich, Anm. d. Vfs.). Meine Kusine war schon öfters da, die findet es auch toll ... **das ist eine wirklich angenehme Atmosphäre.**“ (I 12)*

Nach Auffassung der Angehörigen bedeutet der Umzug in die Pflegeoase einen Anstieg der Lebensqualität der Pflegeoasensbewohnerinnen:

*Also ich denke, die Lebensqualität ist da oben (in der Pflegeoase, Anm. d. Vfs.) gestiegen, muss ich sagen ... „ (I 15)*

### 5.3 Entlastung

Die Angehörigen beschreiben eine starke Bindung der Pflegenden zu den Bewohnerinnen der Pflegeoase:

*„Ich meine, die sind den ganzen Tag um meine Tante rum, tagtäglich, mehr wie ich und die haben ... ein Vertrauensverhältnis aufgebaut... „ (I 15)*

Der Umgang mit den Bewohnerinnen wird als liebevoll und zugewandt beschrieben. Die Angehörigen erleben die Pflegeoase als einen positiven Lebensraum und eine Bereicherung für ihre Familien. Dabei wird die starke Bindung der Mitarbeiterinnen zu den Bewohnerinnen als zentral für das von den Angehörigen empfundene Gefühl der Entlastung beschrieben. Dies ist für Angehörige, die viele anderweitige Verpflichtungen haben besonders wichtig:

*„Ja, es passiert immer irgendwas. Meine Mutter hat jetzt vor zwei Jahren Krebs gehabt. Dann ist mein Vater plötzlich ins Krankenhaus gekommen. Dann sind wir halt mit meiner behinderten Schwester dagestanden. Ich meine, dass die Vorrang haben ist für mich eine Selbstverständlichkeit, **weil ich weiß, dass meine Tante hier gut aufgehoben ist, dass es ihr gut geht.**“ (I 15)*

Die Angehörigen haben Vertrauen in die Fach- und Sozialkompetenz der Mitarbeiterinnen und schätzen diese als hoch ein:

*„Also ich meine natürlich auch, dass die was von ihrem Job verstehen.“ (I 15)*

*„Aber vor allem denke, ich brauchen sie auch unheimlich viel Geduld.“ (I 15)*

Die Fach- und Sozialkompetenz der Mitarbeiterinnen ist dabei Voraussetzung und wichtige Rahmenbedingung für die beschriebenen Qualitätsmerkmale („Zeit haben“, „direkte Wahrnehmung der Bedürfnisse“, „starke Bindung“).

### Zusammenfassung:

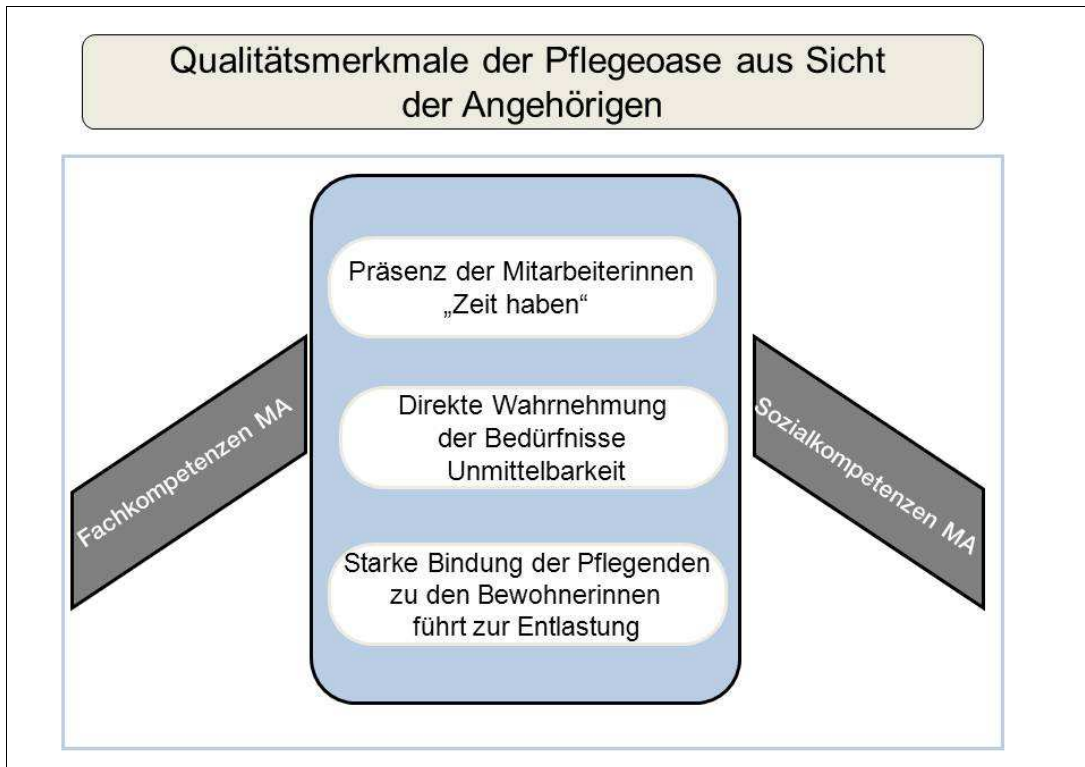


Abbildung 32: Qualitätsmerkmale der Pflegeoase aus Sicht der Angehörigen

Die Präsenz der Mitarbeiterinnen, die Räumlichkeit der Pflegeoase (vor allem die kurzen Wege) verbunden mit einer effizienten Arbeitsorganisation führen zu häufigen bewohnernahen Kontakten. Dies wird von den Angehörigen sehr stark wahrgenommen und als Vorteil der Pflegeoase im Vergleich mit den herkömmlichen Wohnbereichen gewertet. Aus diesen Kontakten resultiert eine unmittelbare, direkte Wahrnehmung der Bedürfnisse. Die Angehörigen erleben die Pflegeoase als einen atmosphärisch positiven Ort und beschreiben eine starke Bindung der Pflegenden zur den Bewohnerinnen. Diese Bindung wird als zentral für das von den Angehörigen empfundene Gefühl der Entlastung beschrieben. Als notwendige Rahmenbedingungen werden die Sozial- und Fachkompetenz der Mitarbeiterinnen beschrieben.

## 5.4 Zufriedenheitsbefragungen

**Beschreibung Instrument:** Für die standardisierte Befragung der Angehörigen zur Zufriedenheit mit der Pflege ist der Fragebogen „Satisfaction with Care at End-of-Life in



Dementia Scale“ (Volicer, Hurley, Blasi 2001) übersetzt und verwendet worden. Dieser Fragebogen zielt darauf ab, die Interventionen zu evaluieren, um die Pflege von Demenzerkrankten in der letzten Lebensphase zu verbessern. Der Fragebogen hat eine 10 Item-Skala und bietet vier Antwortmöglichkeiten („stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“) an. Es können zwischen 10-40 Punkte erreicht werden, wobei der höhere Wert für die größere Zufriedenheit steht.

**Ergebnisse:**

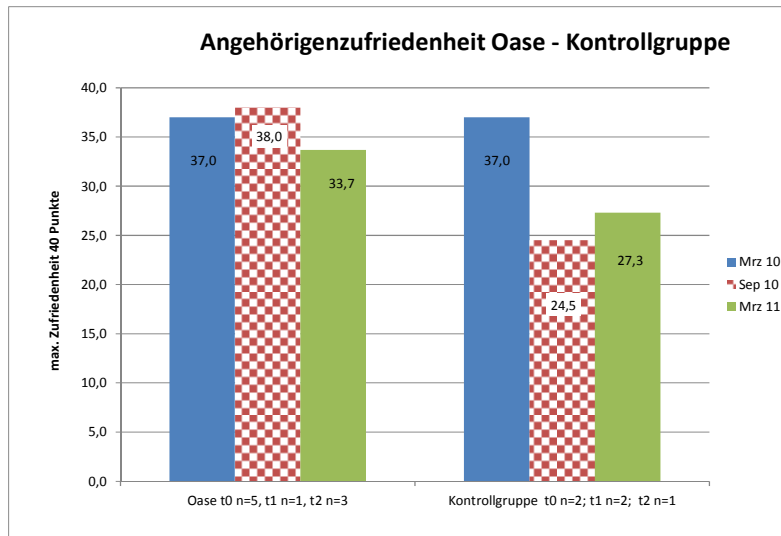


Abbildung 33: Zufriedenheitsbeurteilung Angehörige

Insgesamt liegen 14 Fragebögen vor (9 Pflegeoase, 5 Kontrollgruppe). Die Angehörigen der Pflegeoase bewerten ihre Zufriedenheit in der Tendenz positiver als die der Kontrollgruppe. Von 40 möglichen Punkten für vollste Zufriedenheit erreichen beide Gruppen vor Einzug in die Pflegeoase im Durchschnitt 37 Punkte. Zu t2 steigt die Zufriedenheit in der Oasengruppe um einen Punkt auf 38 Punkte an, während sie in der Kontrollgruppe auf 24,5 abfällt. Zum Abschluss der Studie betragen die Durchschnittswerte 33,7 Punkte in der Pflegeoase und 27,3 Punkte in der Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse sind auf Grund der kleinen Teilnehmerzahl zu den jeweiligen Datenerhebungszeitpunkten unter Vorbehalt zu betrachten und können nur als Tendenz verstanden werden. Mehr Aussagefähigkeit haben daher die in Kapitel 5.1 bis 5.3 erläuterten Interviewaussagen der Angehörigen der Pflegeoase, die die Zufriedenheit der Angehörigen bestätigen.

## 6. Studienergebnisse zum Subjektiven Erleben der Mitarbeiterinnen

In diesem Kapitel werden die Interviewaussagen der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase zu ihrem subjektiven Erleben ausgewertet. In den Interviews wird ein (für Pflegeoasen) typisches Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung beschrieben. Die Präsenz- und Bedürfnisorientierung sowie der in der Pflegeoase mögliche Gestaltungsfreiraum und die Entscheidungsautonomie, tragen wesentlich zur Sinnhaftigkeit und damit zur Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase bei. Die Mitarbeiterinnen finden Sinn in ihrer Arbeit und erfahren einen Rückhalt im Team. Auf der anderen Seite wird das Arbeiten in der Pflegeoase auch als belastend beschrieben. So werden die geringen kollegialen Austauschmöglichkeiten negativ bewertet. Die Mitarbeiterinnen beschreiben ferner Stresssituationen aufgrund der körperlich anstrengenden Pflege. Um das Belastungserleben der Mitarbeiterinnen zu beschreiben, wird die Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson 1981) eingesetzt.

### 6.1 Arbeitszufriedenheit

#### 6.1.1 Präsenz und Bedürfnisorientierung

Die kontinuierliche Präsenz der Pflegenden (im Tagdienst) stellt ein zentrales Qualitätsmerkmal und einen wichtigen Aspekt der Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase dar. Die Mitarbeiterinnen können direkt auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen eingehen, empfinden ihre Arbeit als sinnhaft und haben das Gefühl, dass sie wesentlich zu einer besseren Lebensqualität und Menschenwürde ihrer Bewohnerinnen beitragen:

*„Weil wir da sind. Wir sind immer präsent, das ist das Gute und man merkt ... wir kennen die Bewohner inzwischen ...“ (I 9)*

*„Ja, gerade dass man bei einem Menschen auf seine Bedürfnisse (eingehen kann, Anm. d. Vfs.)... Wünsche können sie ja nicht mehr äußern ... dass diese Pflege so stattfinden kann ... dass es menschenwürdiger ist.“ (I 17).*

Diese bedürfnisorientierte Pflege betrifft alle Aktivitäten des täglichen Lebens und orientiert sich an dem individuellen Rhythmus der Bewohnerinnen. So werden Mahlzeiten, Körperpflege etc. auf den individuellen Rhythmus der Bewohnerinnen abgestimmt. Durch die Reaktion der Bewohnerinnen z. B. durch ein Lächeln, erfahren die Mitarbeiterinnen Bestätigung:

*„Aber so, dass unbedingt alle gewaschen werden, das ist nicht unser Ziel ... also ich habe sie einmal bis um halb zehn schlafen gelassen. Und dann irgendwann war sie wach und dann hat sie so gut gegessen ... die Frau ist ausgeruht, sie ist von sich selber wach geworden und hat den Mund aufgemacht, das war wirklich so und da hat sie gelächelt und das ist schon was.“ (I 7)*

Aufgrund der kontinuierlichen Präsenz kann unmittelbar auch auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen reagiert werden:

*„Wir arbeiten intensiver da (in der Oase, Anm. d. Vfs.) und das ist ja ein großer Vorteil für die Bewohner, ich denke mal ... also wir riechen sofort, wenn was los ist, d. h. wir handeln gleich. ... Das ist ein enormer Vorteil ...“ (I 7)*

Die Pflegenden in der Oase werden regelmäßig durch eine Betreuungskraft nach § 87 b SGB XI unterstützt. Diese ist viermal wöchentlich für drei Stunden in der Pflegeoase präsent:

*„Ich versuche sie irgendwie aus ihrer Reserve zu locken ... rauszufinden, ob eine Reaktion kommt ... Sie aus ihrer Lethargie zu holen. Irgendwie - vielleicht doch noch eine Erinnerung zu wecken.“ (I 17)*

### 6.1.2 Gestaltungsfreiraum – Entscheidungsautonomie – Sinn finden

Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase können autonom und situativ entscheiden, welche Tätigkeit sie wann durchführen. Sie richten ihren Arbeitsablauf nach den Bedürfnissen der Bewohnerinnen. Dieser Gestaltungsfreiraum wird als ein wesentliches Qualitätsmerkmal der eigenen Arbeit beschrieben:

*„Dieses individuelle Arbeiten, ich kann entscheiden wie ich meine Zeit aufteile, wenn ich meine Schicht beginne, ... sehe ich wer heute mehr Zuwendung braucht... dann kann ich mir diese Zeit für den Bewohner nehmen. Und ja, **diesen Entscheidungsraum zu haben, das ist eigentlich das Wesentliche an der Arbeit für mich.**“ (I 17)*

Durch die Arbeit in der Pflegeoase entsteht die Möglichkeit einer intensiven und engmaschigen Krankenwahrnehmung, die es den Pflegenden ermöglicht, feinste Nuancen im Verhalten der Bewohnerinnen zu erkennen und ungeahnte Ressourcen zu Tage zu fördern. Die Mitarbeiterinnen erleben sich als selbstwirksam, da sie die Lebensqualität der Bewohnerinnen positiv beeinflussen können:

*„Was mich interessiert an Menschen, dementen Menschen ... diese Ressourcen rauszufinden. Wie sie reagieren ... **und diese Reaktion freut mich, wenn sie bloß ihre Augen aufgemacht haben, „Guten Morgen“ gesagt haben ... „Ach, ich habe was erreicht.“** Das sind solche Kleinigkeiten ... dass sie sich auch freuen dich zu sehen ... und ich weiß genau ... sie wissen genau wer kommt ... sie können uns auch ganz gut an der Stimme unterscheiden.“ (I 7)*

Durch die kontinuierliche Präsenz am Tage entsteht eine „familiäre Bindung“ und eine persönliche Beziehung zu den Bewohnerinnen, die als Bereicherung für die Bewohnerinnen und die eigene Arbeit erlebt wird. Die familiäre Atmosphäre wirkt sich zudem positiv auf das Betriebsklima aus:

*„Also ich muss sagen, ich fühle mich, seit ich dabei bin wirklich sehr wohl. Das ist eine ziemlich familiäre Atmosphäre. So empfinde ich es. Also es ist ein ... für mich ganz tolles Betriebsklima. Ich habe Zeit für meine Bewohner und das empfinde ich als ganz arg toll ... **Ich denke es findet in der Oase ein Tagesablauf statt, der eher familiär, wirklich familiär ist. Und das tut mir gut und ich glaube das tut auch den Bewohnern gut.** Also es ist nicht so: Ich komm für eine halbe Stunde und ich verschwinde dann wieder. ... **Also ich habe nicht das Gefühl, dass da irgendwie ein Kontaktabbruch stattfindet, sondern der bleibt irgendwie für mich erhalten. Also das empfinde ich als ganz arg toll.** Einfach diese ganze Atmosphäre macht mir das Arbeiten leichter, sehr viel leichter.“ (I 17)*

Durch ihre kontinuierliche Präsenz in der Oase sind die Mitarbeiterinnen in ständigem und engem Kontakt mit den Angehörigen. Sie erfahren von Seiten der Angehörigen Wertschätzung und Dankbarkeit, was erheblich zu der Arbeitszufriedenheit und Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit beiträgt:

*„Das ist ja auch das, was uns vielleicht ... oder unsere Arbeit auszeichnet, ausmacht. Dass wir versuchen alles Mögliche zu geben und tun, weil wir auch schon die Gewohnheiten der Angehörigen kennen und voll darauf eingehen. Und das finden die auch schön.“ (I 9)*

Die Mitarbeiterinnen beschreiben einen Rückhalt und eine große Loyalität im Team:

*„Wir unterstützen uns gegenseitig. ... es geht nie einer nach Hause ... und sagt: „So, ich habe jetzt Schluss“ und weiß ganz genau der andere hat noch das und das zu erledigen, was er nicht alleine bewältigen kann ... und das finde ich sehr, sehr gut.“ (I 9)*

In einer solchen Aussage liegt aber auch ein gewisses Gefahrenpotential, da aus einer übergroßen Loyalität schnell eine Arbeitsbelastung resultieren kann. Durch das große Verantwortungsgefühl, das auf der einen Seite sehr positiv ist, kann der Blick für die eigenen Belastungsgrenzen verloren gehen. Mangelnde Selbstpflegekompetenzen können die Folge sein. Im nachfolgenden Kapitel werden die Arbeitsbelastungen der Mitarbeiterinnen erläutert.

## 6.2 Arbeitsbelastung

Die erläuterten positiven Faktoren stehen organisationsbezogenen Belastungsformen wie „allein sein“, „Stresserleben“ oder „Unausweichbarkeit“ gegenüber.

### 6.2.1 Alleinsein – geringe Austauschmöglichkeit

Die Arbeit in der Pflegeoase liegt fast ausschließlich in Händen einer Pflegekraft. Lediglich während der Überlappungszeit und durch die Unterstützung der Betreuungskraft nach § 87 b SGB XI besteht regelmäßiger Kontakt zu Kolleginnen. Die Mitarbeiterinnen erleben das körperliche Arbeiten als belastend und Kräfte zehrend. Das nachfolgende Zitat stammt aus der Zeit, in dem der „Demenzbereich“ (St. Michael – der Wohnbereich, dem die Pflegeoase organisatorisch zugeordnet ist) wegen Umbaumaßnahmen auf einem anderen Stockwerk untergebracht war. Dadurch bestand eine innere Hemmschwelle, Hilfe zu holen, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

*„Diese Belastung – das ist eine sehr kreative Arbeit, aber das verbraucht enorm viel Kraft, du bist alleine ... Du kannst Hilfe holen, logisch, aber das erste was du tust ist natürlich: Alleine probieren.“ (I 7)*

Der Umzug des Demenzbereiches auf das Stockwerk der Pflegeoase wird von den Pflegenden mit großer Erleichterung aufgenommen, da die körperliche Belastung aufgrund der häufig alleine durchgeführten Schwerpflege negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit hatte. Nach dem Umzug können die Mitarbeiterinnen spontan und niederschwellig durch einen Telefonanruf Hilfe erhalten:

*„Wir sind seit letzten Freitag zusammen (mit dem Demenzbereich, Anm. d. Vfs.). Wir dürfen jetzt mal Hilfe holen. Ich denke mal die letzte Zeit, diese drei Monate – ich glaube wir sind alle zufrieden gewesen und glücklich, aber das sind körperliche Belastungen, das ist ganz einfach dieser Stress. **Ich glaube es gab manchmal auch Tage, ... an denen ich nicht zufrieden war.** Also das ist meine Meinung.“(I 9)*

Die Mitarbeiterinnen vermissen einen kontinuierlicheren fachlichen Austausch, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht:

*„ ... ich habe eigentlich niemand auf den ich zurückgreifen könnte und sagen: „Wie könnte ich jetzt irgendwas machen?“ Also ich ... bin auch über jeden Ratschlag ... dankbar ... **ich habe was meine Arbeit betrifft nicht den kompetenten Ansprechpartner ... sagen wir mal Fachpersonal.**“ (I 17)*

## 6.2.2 Stresserleben und Unausweichbarkeit

Als Folge des Alleinearbeitens entstehen von den Mitarbeiterinnen negativ bewertete Stresssituationen, die Auswirkungen auf das körperliche Befinden haben:

*„Einfach dieser Stress, das sind diese Arbeiten, die du alleine machen musst und Verspannungen im ganzen Körper ...“ (I 9).*

Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase fühlen sich zeitweise überfordert und von den Kolleginnen außerhalb der Pflegeoase nicht hinreichend wertgeschätzt, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

*„Das wird nicht angesehen und es wird gemeint: „Ach was, bei euch da oben, ach da ist doch ruhig, da ist doch gut.“ Aber das ist ... **ein innerer Stress, weil wir strukturieren unseren Tag .... du musst pflegen, du musst Essen geben ... und das sieht nicht jeder an.**“ (I 9)*

Die dauerhafte Präsenz der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase im Tagdienst sowie die Unausweichbarkeit verbunden mit langen Dienstintervallen, können dazu führen, dass die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase den eigenen Ansprüchen in Stresssituationen nicht mehr gerecht werden können. Dies wird von einer Mitarbeiterin als belastend beschrieben:

*„Wenn ich so zehn Tage am Stück arbeiten muss, bin ich abends **so was von erschöpft ... Zärtlich umdrehen ... schaffst du dann irgendwie nicht. Manchmal passiert es schon, dass du (eine Bewohnerin Anm. d. Vfs.) extrem schnell umdrehst und dann „Huch“ ... dann kommt das schlechte Gewissen ... Und die guckt dir gleich in die Augen und ... dann sagst du: „Entschuldigung, ich wollte nicht“, aber wenn du so richtig angespannt und müde bist ...“ (I 9)***

Die alleinige Verantwortung der Pflegenden für die Pflegeoase hat zudem Einfluss auf das Einhalten von Pausen, die eine Unterbrechung der kontinuierlichen Präsenz bedeuten würden. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase berichten davon, dass sie meist keine Pause einhalten, sondern meist durcharbeiten:

*„Ich würde gerne mal Pause haben, aber die Arbeit bleibt liegen ...“ (I 14)*

## Zusammenfassung



Abbildung 34: Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Mitarbeiterinnen

Wie eingangs erwähnt beschreiben die Mitarbeiterinnen ein Spannungsfeld zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung. Durch die kontinuierliche Präsenz einer Pflegekraft im Tagdienst besteht die Möglichkeit, auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohnerinnen einzugehen. Dies stellt einen wichtigen Aspekt der Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase dar. Durch das Alleinarbeiten besteht die Möglichkeit der autonomen und situativen Gestaltung des Tagesablaufes. Dieser Gestaltungsfreiraum ist ein weiterer wichtiger Punkt für die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen. Die Mitarbeiterinnen erleben sich als selbstwirksam, ihre Tätigkeit als sinnhaft und die Lebensqualität der Bewohnerinnen verbessernd. Die Mitarbeiterinnen berichten von einem Rückhalt und einer großen Loyalität im Team. Die zunächst positive Loyalität und das große Verantwortungsgefühl bergen jedoch die Gefahr, dass sie Ursache einer Arbeitsbelastung werden können. Der Blick für die eigenen Belastungsgrenzen kann verloren gehen, mangelnde Selbstpflegekompetenzen sind die Folge. Die Mitarbeiterinnen beschreiben die geringen kollegialen und fachlichen Austauschmöglichkeiten als belastend. Sie erleben Stresssituationen aufgrund der körperlich anstrengenden Pflege (insbesondere zu der Zeit als die Möglichkeit Hilfe zu erhalten noch nicht hinreichend organisiert war). Der Arbeitsbelastung zuzuordnen sind ferner Organisationsentwicklungsprozesse wie die Konzeptentwicklung im laufenden Betrieb und die Integration der Pflegeoase in den

organisatorisch zugeordneten Gesamtwohnbereich sowie Personalentwicklungsprozesse. Diese werden im nachfolgenden Kapitel „Organisationsentwicklung“ erläutert.

### 6.3 Organisationsentwicklung

In dem nachfolgenden Kapitel ist ein Konzeptentwicklungsprozess beschrieben, in dem sich die Pflegeoase von einem Ruheraum hin zu einem bewegten Lebensraum entwickelt. Des Weiteren wird der Prozess der Integration der Pflegeoase in den organisatorisch zugeordneten Gesamtwohnbereich beschrieben.

#### 6.3.1 Konzeptentwicklung vom Ruheraum zum bewegten Lebensraum

In den Interviews berichten die Mitarbeiterinnen davon, dass das Konzept der Pflegeoase in ihren Augen nicht so gelebt wird, wie sie es geplant hatten und wie es sich richtig „anfühlen“ würde:

*„Ich habe persönlich so ein Gefühl, dass das Projekt und das Ganze was wir uns vorgenommen haben, dass es irgendwie nicht läuft, dass es einfach lebt, atmet.“ (I 9).*

Sie beschreiben die Pflegeoase (noch) im Oktober 2010 als einen Lebensraum, der sich durch eine besondere Ruhe auszeichnet. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase interpretieren das Konzept der Pflegeoase als Ruheraum und übertragen dies auch beispielsweise auf die Häufigkeit der Mobilisation:

*„Unser Konzept (Anm. d. Vfs.) ist ja etwas Besonderes, es ist ein Ruheraum.“ (I 9)*

Aufgrund der Interviewaussagen und einer eintägigen teilnehmenden Beobachtung im Rahmen der Zeiterfassung (siehe Kapitel 4.7) wird eine Weiterentwicklung des Konzeptes, unter aktiver Einbeziehung der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, von Seiten der Forscherinnen angeregt. Die Pflegenden der Oase treffen sich einmal im Quartal zur Konzeptentwicklung unter der Moderation und Begleitung des Qualitätsmanagementbeauftragten und der Pflegedienstleitung.

Diese aktive Einbeziehung der Mitarbeiterinnen in die Konzeptarbeit wird von den Beteiligten positiv bewertet. Im folgenden Zitat antwortet die Pflegedienstleitung auf die Frage: „Was würden Sie nach Ihrem jetzigen Erfahrungsstand anders machen?“:

*„Also mit Sicherheit eine engmaschigere Begleitung unsererseits, die Mitarbeiter auch mehr dazu holen ... zur Konzeptentwicklung, das hat uns wirklich sehr weitergeholfen, denke ich. Das ist mal das was mir spontan einfällt.“ (I 20)*

Auch die Pflegenden erleben die Weiterentwicklung des Konzeptes als konstruktiv und beschreiben positive Auswirkungen auf ihre tägliche Arbeit:

*„Wir haben eine Besprechung gehabt, eine Teambesprechung mit unserem Projektleiter, mit der Wohnbereichsleiterin von St. Michael. Und da haben wir festgestellt, dass ... es nicht so*



*läuft ... und ab da haben wir uns umorganisiert. ... Aber jetzt bin ich sehr zufrieden. Das läuft richtig gut, so wie ich mir die Arbeit in der Oase eigentlich auch vorstelle.“ (I 17)*

Mit der Konzeptentwicklung wird die schon vorher im Pflegeverständnis der Mitarbeiterinnen verankerte Bedürfnisorientierung weiterentwickelt. Es werden (unter anderem) ganz konkrete Umstrukturierungsmaßnahmen - vor allem in Bezug auf das Essen und die Mobilisation getroffen:

*„Ja die Essenszeiten, das haben wir jetzt auch ein bisschen umorganisiert. Dass wir uns auch mehr auf die Bewohner einstellen ... (Die Bewohnerin, Anm. d. Vfs.) hat vermehrt Appetit morgens, dann bekommt sie zunächst das Essen verabreicht und später wird dann Körperpflege durchgeführt. Also dieser ganze Ablauf, der hat sich zum Positiven verändert. Also in meinen Augen jetzt. Wir arbeiten jetzt bewusster bewohnerorientiert.“ (I 17).*

Auf die Frage: „Was hat sich denn konkret verändert?“ beschreibt eine Mitarbeiterin der Pflegeoase die vermehrte Mobilisation mit Hilfe einer Kollegin (einer Betreuungskraft nach § 87 b SGB XI):

*„Mobilisation. Wir, mobilisieren die Leute jetzt öfter, das hat sich verbessert. Und ja, dann mit Frau Rieger<sup>4</sup> zusammen diese ... Zuwendung, diese gemeinsame Arbeit.“ (I 17)*

Von Seiten der Führungsebene wird die Weiterentwicklung des Konzeptes als strategische Aufgabe betrachtet:

*„Also mittlerweile, denke ich sind wir auf einem sehr guten Stand, nachdem wir sicherlich Probleme hatten. Was wir besprochen haben und daraufhin auch mehrere Treffen mit den Mitarbeitern hatten aus der Pflegeoase, um genau auf das Konzept einzugehen ... um das weiter auszuarbeiten. Ich denke wir sind mittlerweile eigentlich auf einem guten Niveau. Das ist sicherlich weiterhin ausbaufähig ... ich würde mal zufriedenstellend sagen und mit Ausblick auf ein wenig mehr.“ (I 20)*

Es werden konkrete Veränderungen vor allem im Hinblick auf die Mobilisation und die Förderung einer „Tischgemeinschaft“ in der Pflegeoase beschrieben:

*„Also ein ganz großer Punkt ist die Mobilisation. Es wird ... sehr viel mehr mobilisiert, auch öfters am Tag mobilisiert, zu den Mahlzeiten mobilisiert. Es werden die Betten verschoben ... Das ist es wirklich eine 180-Grad-Wende.“ (I 20)*

*„Was für mich einfach auch schön ist, ist so die Tischgemeinschaft. Wenn man jetzt mal wieder hoch kommt, dann sitzen doch drei Leute, vier Leute gleichzeitig am Tisch und essen.“ (I 20)*

Die vermehrte Mobilisation zeigt nach kurzer Zeit Wirkung in Bezug auf eine verbesserte Beweglichkeit und ein Abbau von Verspannungen:

*„Was sich von der Bewohnerseite einfach verändert hat, dass einige nicht mehr so verspannt sind, dass sie bei Mobilisation deutlich besser mithelfen, weil sie es einfach gewohnter sind, mit eingebunden sind, das hat sich wohl auch rauskristallisiert.“ (I 20)*

---

<sup>4</sup> Alle Namen im Bericht sind anonymisiert

### 6.3.2 Integration der Pflegeoase und Personalentwicklung

Während der Mitarbeitergespräche zum Erhebungszeitraum im Oktober 2010 berichten die Mitarbeiterinnen von Problemen mit der „Demenzstation“, dem Wohnbereich, mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt, dem die Pflegeoase organisatorisch zugeordnet ist. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase fühlen sich nicht ausreichend anerkannt und alleine gelassen. Vor allem die Organisation von Hilfeleistungen ist nicht hinreichend geklärt, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

*„Das ist einfach traurig, ... seit Mai haben wir also geöffnet. Am Anfang: ... ‚Ja, ihr kriegt alles, es kommt Hilfe, alles kein Problem.‘ Und dann wurde der Kuchen Stück für Stück kürzer, kürzer, kürzer. Und jetzt ist nichts da. Jetzt wir sind komplett alleine. Und wenn du mal sagst: ‚Kommt jemand zur Hilfe?‘ ‚Wir kommen selber mit der Zeit nicht klar!‘“ (I 9)*

Auch während dieser schwierigen Zeit wird die Sinnhaftigkeit der Pflegeoase nicht in Frage gestellt:

*„Es ist für uns alles sehr neu und wir versuchen uns zu organisieren ... Dass das ein sehr gutes Projekt ist, das sehr viel Sinn abgibt, ist gar keine Frage, so denken wir alle.... Wir geben uns Mühe. Nur haben wir manchmal das Gefühl, dass es vielleicht noch an der Aufklärung fehlt...“ (I 9)*

Auch die Führungsebene erkennt den Bedarf der Klärung der Stellung der Pflegeoase im Gesamtwohnbereich:

*„Was jetzt noch so ein bisschen offen ist, was nicht richtig geklärt ist ... ist die Stellung der Pflegeoase innerhalb vom Gesamtwohnbereich.“ (I 8)*

Eine gelingende Integration der Pflegeoase in den Gesamtwohnbereich und die Organisation der Hilfeleistungen ist auch ein Anliegen der Führungsebene. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Konzeptes wird nun die Möglichkeit für die Pflegeoase geschaffen, jederzeit niederschwellig Hilfe zu erhalten:

*„Was sich auch noch sehr verändert hat ist einfach die Kooperation mit dem Wohnbereich St. Michael, die Integration in den Bereich. Man hat in diesen Treffen einfach klar gemacht, dass die Wohnbereichsleitungen immer da sind für Hilfe ... Sie brauchen nur noch anrufen, dann ist jemand da. Dass es da einfach klappt, das ist auch ein großer Punkt gewesen, der mir sehr wichtig war, dass die sich da wirklich dazugehörig fühlen mittlerweile.“ (I 20)*

Im Oktober 2010 erfolgen personelle Veränderungen im Bereich der Leitung des Gesamtwohnbereiches. Die bisherige Wohnbereichsleitung arbeitet fortan als Pflegefachkraft ohne Leitungsaufgaben in ihrem bisherigen Team weiter. Wohnbereichsleitung wird ihre stellvertretende Stationsleitung. Der Führungswechsel wird von Mitarbeiterinnen- und Führungsseite positiv bewertet:

*„Jetzt haben wir... eine andere Wohnbereichsleiterin. Es hat sich im positiven Sinn entwickelt, dass wir eigentlich, ja, autonom geworden sind ... Auf jeden Fall dürfen wir Hilfe holen.“ (I 14)*

Die Mitarbeiterinnen fühlen sich von der neuen Bereichsleitung verstanden und akzeptiert, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

*"Du kannst auch Wünsche äußern, du kannst Vorschläge machen ... du fühlst dich auch verstanden." (I 14)*

Während der Erhebungszeiträume von März 2010 bis März 2011 arbeitet eine Pflegefachkraft zu 100 % in der Pflegeoase. Sie verantwortet die pflegerische Arbeit und ist für die administrativen Tätigkeiten verantwortlich. Die eigentliche Leitung der Pflegeoase obliegt jedoch der Gesamtleitung von St. Michael:

*„Also eine eigenständige Leitung an sich nicht. Was wir mit der Frau Seiter haben ist eben eine verantwortliche Fachkraft, die Bezugspflege mit durchführt und plant, einfach die kompletten Planungen macht und weitergibt.“ (I 20)*

Die Situation mit der verantwortlichen Fachkraft, die zu 100 % in der Pflegeoase arbeitet, ändert sich nach Abschluss der Datenerfassung, da diese die Pflegeoase verlässt. Ersetzt wird sie durch den stundenweisen Einsatz der Wohnbereichsleitung des Gesamtwohnbereiches St. Michael. Diese arbeitet durchschnittlich 6,5 Stunden in der Woche in der direkten Pflege in der Oase. Darüber hinaus ist sie bei der Übergabe, Behandlungspflege und Arztvisite in der Pflegeoase im Schnitt zwei Stunden täglich anwesend.

### Zusammenfassung

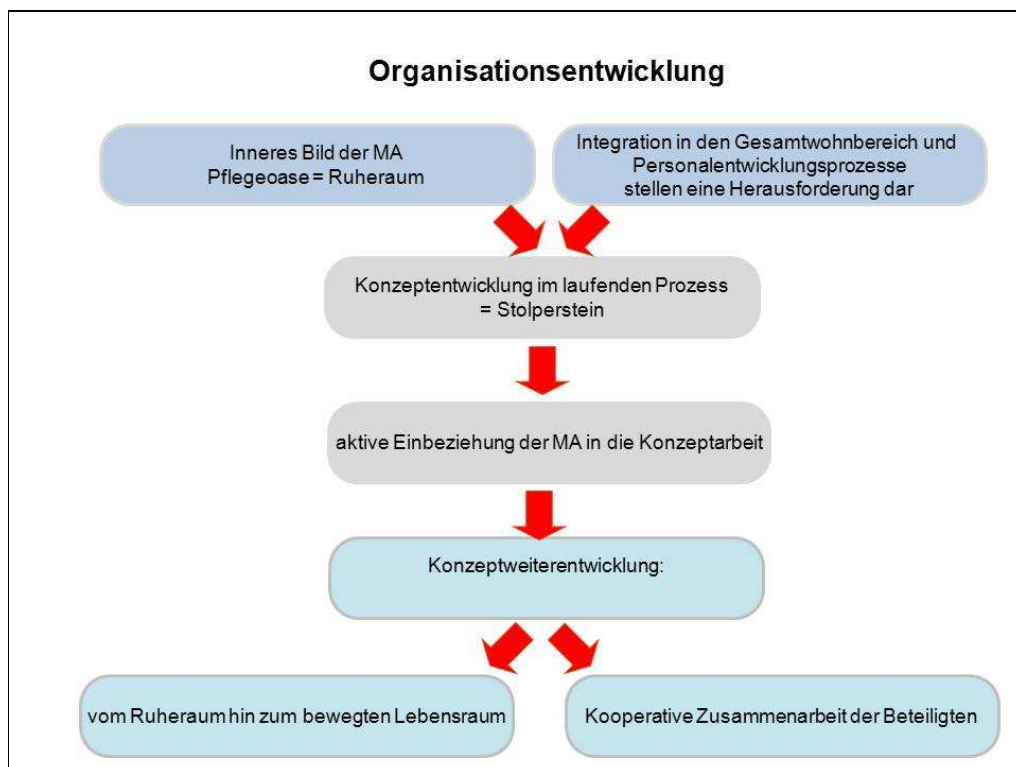


Abbildung 35: Organisationsentwicklung in der Pflegeoase

Die Mitarbeiterinnen verstehen die Pflegeoase zu Beginn der Evaluation als einen „Ruheraum“. Sie berichten in den Interviews, dass sie das Gefühl haben, dass das Konzept

der Pflegeoase nicht adäquat umgesetzt ist. Dieses Erleben wird durch eine teilnehmende Beobachtung der Forscherinnen der Demenz Support gestützt. Die Mitarbeiterinnen berichten weiter von organisatorischen und zwischenmenschlichen Herausforderungen bei der Eingliederung der Pflegeoase in den organisatorisch zugeordneten Gesamtwohnbereich und von Veränderungen der Personalsituation. Es zeigt sich eine von den Mitarbeiterinnen (wage) beschriebene Diskrepanz zwischen dem erstellten Konzept und dem gelebten Alltag in der Pflegeoase. In der Analyse zeigt sich, dass keine hinreichende Einbeziehung der Mitarbeiterinnen in die Konzeptarbeit stattgefunden hatte. Es kann konstatiert werden, dass sich die Konzeptentwicklung im laufenden Betrieb als Stolperstein herausgestellt hat. Aufgrund dieser Gegebenheiten wird eine Weiterentwicklung des Konzeptes unter aktiver Teilnahme der Pflegenden in der Pflegeoase angeregt. Dadurch wird ein Prozess angestoßen, der einen Wandel von einem Ruheraum hin zu einem bewegten (bewegteren) Lebensraum zu Folge hat. Dies zeigt sich insbesondere durch eine deutlich vermehrte Mobilisation der Bewohnerinnen. Im Rahmen der Konzeptentwicklung gelingt es, diese Zuständigkeiten zur Zufriedenheit der Beteiligten zu klären.

#### **6.4 Burnout-Befragungen**

**Beschreibung Instrument:** Die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ist im Pflegebereich eine herausfordernde Aufgabe und wird in der Literatur mit vielfältigen Belastungsfaktoren verbunden. In der Burnout-Forschung kann sich in diesem Bereich insbesondere das Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson 1981) als hilfreiches Einschätzungsinstrument etablieren. Büssing und Perrar nehmen 1992 eine Adaption der englischen Originalversion vor. Im Jahr 1992 wird die erste deutsche Fassung bezüglich der Itemkennwerte, Faktorenstrukturen, Zuverlässigkeit, internen Konsistenz sowie der Gültigkeit des Konstrukts überprüft und überarbeitet. Im Rahmen der Burnout-Forschung wurde diese Fassung fortlaufend aktualisiert und auch für Berufsbereiche außerhalb des Gesundheitswesens MBI-GS-D© weiter entwickelt (Glaser 2009, Originalversion: Schaufeli et al. 1996; dtsh. Übersetzung Büssing, Glaser 1998). Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Professor Glaser (Technischen Universität München) wird der Zugang zur autorisierten deutschen Fassung ermöglicht, weswegen diese adaptierte MDI-D-Skala© in der vorliegenden Studie zur Burnout-Einschätzung eingesetzt wird.

Der verwendete MBI-D© ist in drei Subskalen „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „Persönliche Erfüllung“ untergliedert und besteht aus 21 Items. Anhand einer sechsstufigen Antwortskala können Aussagen zur Häufigkeit arbeitsbezogener Gefühle getroffen werden. Beispiel Item 1: „Ich befürchte, dass mich diese Arbeit gefühlsmäßig

verhärtet“ mit den sechs Antwortmöglichkeiten: 1 = nie, 2 = sehr selten, 3 = eher selten, 4 = manchmal, 5 = eher oft und 6 = sehr oft. Die Dimension „Emotionale Erschöpfung“ ist mit den Items 5, 7, 10, 11, 14, 18, 19, 20, 21 kodiert, „Depersonalisation“ sind die Items 1, 6, 9, 15, 17 zugeordnet und „Persönliche Erfüllung“ ist mit den Items 2, 3, 4, 8, 12, 13, 16 verbunden.

Mit „Emotionale Erschöpfung“ werden Gefühle wie „ausgelaugt sein“ assoziiert, was durch eine Überbeanspruchung im Kontakt mit anderen Menschen entsteht. Die Dimension „Depersonalisation“ bezieht sich auf negative, abgestumpfte oder zynische Reaktionen auf Klienten bzw. Bewohner. „Persönliche Erfüllung“ wird mit Aussagen über die Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und Kompetenz für eine erfolgreiche Ausführung der Arbeit assoziiert (Maslach, Jackson 1981, Glaser 2009). Diese Dimension wird mit 1 = sehr geringe persönliche Erfüllung bis 6 = sehr hohe persönliche Erfüllung bewertet.

Zur Interpretation der Burnout-Werte liegen in der Literatur unterschiedliche Angaben vor. Im Rahmen der Veröffentlichung von Glaser und Büssing 1998 werden Mittelwerte von  $> 4,0$  für die Komponente „Emotionale Erschöpfung“ als ein Hinweis für das Burnout-Stadium I angesehen und Mittelwerte von  $> 4,0$  bei der „Depersonalisation“ als Anzeichen für das Stadium II verstanden. Die aktuellsten Informationen auf der Basis umfangreicher Datensätze liefert Glaser (2009) und Glaser, Lampert und Weigl (2008) für die Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“. Sie gehen bei Werten von 3,5–5,0 von kritischen Hinweisen auf ein Burnout-Risiko aus und bewerten Daten von  $\geq 5,0$  als „klinisches Burnout“. Im Bereich „Persönliche Erfüllung“ weisen Werte von  $\leq 2,0$  nach ihrer Einschätzung auf geringe persönliche Erfüllung hin. Die zuletzt beschriebenen Auswertungsempfehlungen werden für die Interpretation der vorliegenden Studie zugrunde gelegt.

**Ergebnisse:** Insgesamt liegen 56 MBI-Fragebögen aus beiden Untersuchungsgruppen (17 Pflegeoase; 39 Kontrollgruppe) vor. Über 12 Monate beurteilen beide Teams ihr Burnout-Risiko. Hierbei ist insbesondere in der Pflegeoase der langfristige Verlauf der Arbeitsbelastung von Interesse. Aufgrund dessen ist nach 14 Monaten ein weiteres Erfassungsintervall durchgeführt worden (so dass hier ein Erfassungszeitraum über 18 Monate vorliegt). Die Berufserfahrung ergibt einen Durchschnittswert von 6,4 Jahren in der Pflegeoase und von 11,34 Jahren in der Kontrollgruppe. In der Pflegeoase erstreckt sich die Spanne an Berufserfahrung von 1,5 bis 18 Jahre, der Median liegt bei 3 Jahren.

Nachfolgend werden die drei Subskalen (Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, Persönliche Erfüllung, siehe Abbildungen 36-38) im Einzelnen betrachtet.

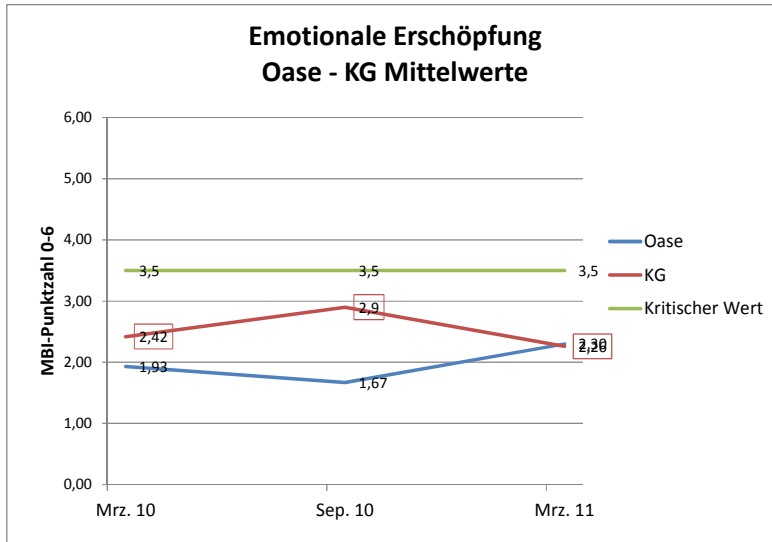


Abbildung 36: Burnout-Risiko Emotionale Erschöpfung Oase-KG

Im Bereich Emotionale Erschöpfung (Abbildung 36) wird deutlich, dass die Mittelwerte der Pflegeoase (Mrz 10: 1,93; Sep 10: 1,67; Mrz 11: 2,30) unter den Werten der Kontrollgruppen liegen (Mrz 10: 2,42; Sep 10: 2,9; Mrz 11: 2,26). Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase weniger belastet sind als die Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe. Die Belastung der Pflegeoasenmitarbeiterinnen hat im März 2011 jedoch zugenommen und befindet sich auf einem ähnlichen Stand wie die Kontrollgruppe. Es ist hinzuzufügen, dass sich sowohl die Pflegeoasenmitarbeiterinnen als auch die Kontrollgruppenmitarbeiterinnen unter dem in der Literatur angebenen kritischen Wert von 3,5 befinden, ab dem von einer Emotionalen Erschöpfung ausgegangen werden kann.

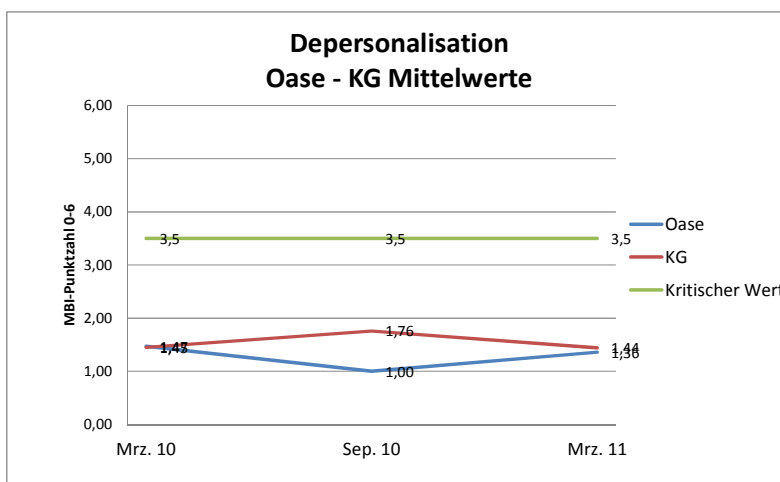


Abbildung 37: Burnout-Risiko Depersonalisation Oase-KG

Betrachtet man die Werte der Depersonalisation (Abbildung 37), so liegen die Werte der Pflegeoase im März 2010 (1,47) und im März 2011 (1,36) auf einem ähnlichen Niveau wie die Kontrollgruppe (Mrz 10: 1,45; Mrz 11: 1,44). Lediglich im September 2010 (t1) liegen die Werte der Depersonalisation der Pflegeoase (1,00) deutlich unter denen der Kontrollgruppe (1,76). Das bedeutet, dass im Sept. 10 in der Pflegeoase deutlich weniger negative, abgestumpfte oder zynische Reaktionen stattfinden als in der Kontrollgruppe. Sowohl die Werte der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, als auch die der Kontrollgruppe befinden sich jedoch wieder deutlich unter dem kritischen Wert von 3,5.

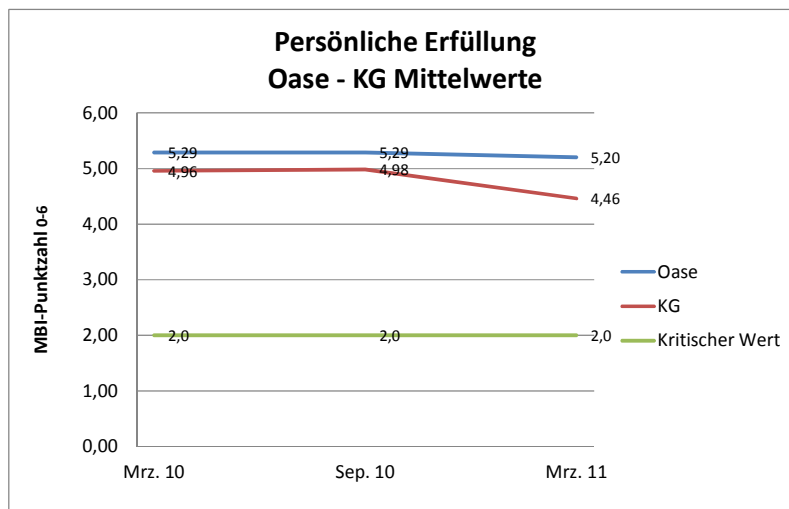


Abbildung 38: Burnout-Risiko Persönliche Erfüllung Oase-KG

Bei den Werten der persönlichen Erfüllung (Abbildung 38), sollte anders als bei der Emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation ein kritischer Wert von 2,0 nicht unterschritten werden. Es wird deutlich dass sich die Werte der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase (Mrz 10: 5,29; Sep 10: 5,29 Mrz 11: 5,20) zu allen Erhebungszeiträumen konstant über den Werten der Kontrollgruppenmitarbeiterinnen (Mrz 10: 4,96; Sep 10: 4,98; Mrz 11: 4,46) befinden. Im März 2011 fallen die Werte der persönlichen Erfüllung der Kontrollgruppe etwas ab.

**Zusammenfassend** lässt sich konstatieren, dass sich die Teammitglieder der Pflegeoase in der Tendenz (etwas) weniger belastet fühlen als die der Kontrollgruppe. Zum Studienende im März 2011 nähern sich die Werte beider Untersuchungsgruppen an (außer für den Bereich Persönliche Erfüllung). Hier ist ein deutlicher Vorteil in der Pflegeoase zu sehen. Insgesamt liegen sowohl die Teammitglieder der Pflegeoase als auch der Kontrollgruppe unterhalb der kritischen Werte, die auf ein relevantes Burnout-Risiko hinweisen. Sowohl in der Pflegeoase als auch in der Kontrollgruppe werden in allen drei Bereichen keine kritischen Werte erreicht.

Auffallend ist jedoch, dass sich die Pflegeoase bei t2 deutlich an die Werte der KG annähert, die Belastung laut MBI also zunimmt.

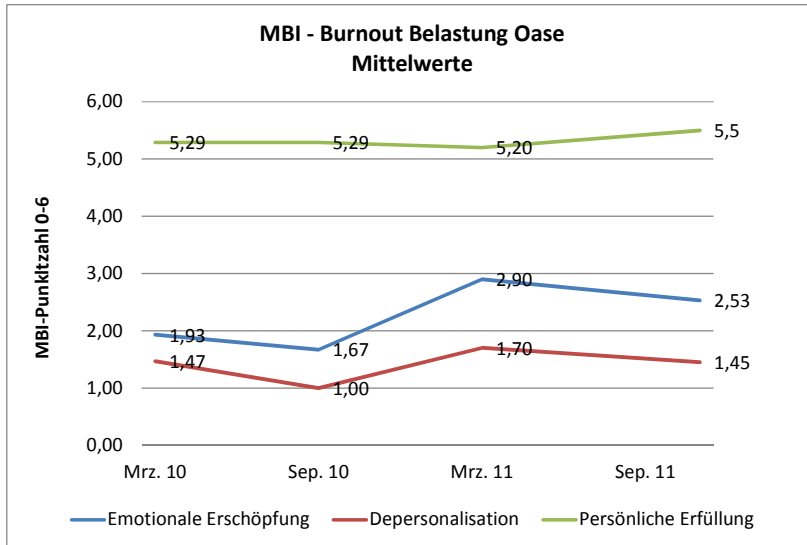


Abbildung 39: Burnout-Risiko Verlauf über 18 Monate Oase

Um den langfristigen Verlauf der Arbeitsbelastung in der Pflegeoase besser beurteilen zu können, wird im September 2011 eine vierte MBI Messung (Abbildung 39) durchgeführt. Diese bestätigt die von den Mitarbeiterinnen (im Rahmen der Interviews) formulierte Tendenz hin zu einer deutlich angestiegenen Zufriedenheit vor allem durch ihre aktive Einbeziehung in die Konzeptentwicklung. So zeichnen sich eine Zunahme der persönlichen Erfüllung und eine Abnahme der Emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation ab.



## 7. Studienergebnisse zur Baulichen Umwelt

In diesem Kapitel werden die Interviewaussagen der Mitarbeiterinnen (der Pflegeoase und der Führungsebene) sowie der Angehörigen bezüglich des baulichen Milieus ausgewertet. Neben Aussagen zu Planung, Bau und räumlicher Gestaltung finden sich vor allem Zitate zur Nutzung des Rückzugszimmers und der Privatsphäre der Bewohnerinnen. Nachfolgend werden die Umweltfaktoren Licht, Temperatur, Luftfeuchtigkeit und Lautstärke der Pflegeoase und der Kontrollgruppe erörtert.

### 7.1 Räumliche Gestaltung

Die Pflegeoase wird im Rahmen von Umbaumaßnahmen in das bereits bestehende Gebäude des Altenzentrums St. Elisabeth integriert. Der baulichen Gestaltung sind durch diese Gegebenheit Grenzen gesetzt. Wie das nachfolgende Zitat eines Mitgliedes der Führungsebene zeigt, wird die Umsetzung als positiv bewertet.

*„Also was wir denken, was wir auch ganz gut gelöst haben, ist das mit dem Licht, dass wir es doch relativ hell haben... Wir haben nicht neu gebaut, sondern wir haben umgebaut, d. h. wir können die Himmelsrichtungen nicht ändern, wir können auch vieles am Gebäude außen nicht ändern... (Positiv ist, Anm. d. Vfs.), dass wir so viel Fenster gelassen haben, dass es schön hell ist...“ (I 20)*

Während der Planungs- und Bauphase werden die Angehörigen in die Gestaltungsplanung des baulichen Milieus miteinbezogen, wie das nachfolgende Zitat eines Mitgliedes der Führungsebene zeigt:

*„Es hat Gespräche zwischen Architekt und Angehörigen gegeben. Wir haben mehrere Abende gehabt. Die Angehörigen sind sehr eingebunden worden. Also die Gestaltung der Oase, insbesondere auch das Licht und gerade diese Gewölbedecke, das ist an sich alles von der Angehörigenseite gekommen.“ (I 19)*

Auch die bauliche Gestaltung der Pflegeoase mittels großer, bis auf den Boden reichender Fenster wird für gut befunden. Werden die Bewohnerinnen an das Fenster geschoben, können sie bis auf die Straße hinunter sehen:

*„Dass die Fenster bis auf den Boden runter gehen. Und z. B. die Frau Böttinger oder die Frau Martin, die kann man so richtig schön hinschieben und dann können sie ... toll runtergucken ....“ (I 9)*

In der Pflegeoase befindet sich ein in die partiell gewölbte Zimmerdecke integrierter Sternenhimmel. Eine Pflegenden ist der Auffassung, dass die Bewohnerinnen eine positive Resonanz auf den Sternenhimmel zeigen.

*„Sogar Frau Haninger manchmal, wenn man sie ganz vorne mit dem Bett tut. Sie ist wirklich begeistert von dem (Sternenhimmel, Anm. d. Vfs.).“ (I 9)*

Ein Mitglied der Führungsebene beschreibt die Auswirkungen des Sternenhimmels vorrangig atmosphärisch und bezweifelt die direkte Wahrnehmung des Sternenhimmels von den Bewohnerinnen:

*„Also ich finde der Sternenhimmel macht diesen Wohnbereich so zu etwas Anderem, was Besonderem ... Ob das wirklich so ein, so einen Effekt hat für den Bewohner weiß ich nicht.“ (I 20)*

Auch von Seiten der Angehörigen wird die direkte Einflussnahme der Wand- und Deckengestaltung auf die eigene Mutter als fraglich betrachtet:

*Ja, meine Mutter hat sowieso so eine Makuladegeneration, schon länger ... also sie sieht nur noch unscharf. Ich habe mal versucht etwas an die Decke zu hängen ... Wobei ich jetzt wirklich nicht weiß, ob meine Mutter das wahrnimmt. Ich hab auch schon Blumen mitgebracht und dann hab ich gedacht: „Ach, lass das doch, das kann sie überhaupt nicht mehr sehen, das was auf dem Nachttisch steht, das nimmt sie nicht wahr.“ (I 10)*

Die Angehörigen selbst erleben die räumliche Gestaltung der Pflegeoase als positiv. Die Gestaltung hat ihrer Meinung nach eine atmosphärische Wirkung, die sich – verbunden mit der als liebevoll beschriebenen Betreuung – positiv auf die Bewohnerinnen der Pflegeoase auswirkt:

*Also das ist auf jeden Fall eine Aufwertung für den einzelnen Menschen. **Wenn ich rein komme, allein die Farben, die Blumen, das Personal, das sich rund um die Uhr irgendwie kümmert, die meine Tante in den Arm nehmen ...** Also ich denke meine Tante ist da auch mit Sicherheit besser aufgehoben, wie früher im Einzelzimmer oder im Doppelzimmer.“ (I 15)*

Die gemeinschaftliche Raumnutzung wird als förderlich für die Lebensqualität empfunden. Eine Angehörige nennt das eingeschränkte Aufmerksamkeitsniveau ihrer Mutter als Begründung dafür, dass die Privatsphäre der Mutter durch die Gemeinschaft in der Pflegeoase nicht gestört ist:

*„Ich hab jetzt vielleicht weniger Bedenken ..., weil ich merke, wie wenig ich sie erreiche. Also die Frau nebenan, die schnarcht manchmal ziemlich laut und dann denke ich: „Mensch, das würde mich stören.“ Aber das stört meine Mutter nicht ... ich müsste schreien, oder müsste sie so richtig rütteln, um sie wach zu kriegen ...“ (I 10)*

## 7.2 Rückzugszimmer

In der Pflegeoase befinden sich zwei Rückzugszimmer, die (während der Evaluationsphase) permanent von zwei Bewohnerinnen bewohnt werden. Eine Angehörige berichtet in einem Interview, dass sie noch nie das Bedürfnis hatte, sich mit ihrer Mutter in ein Rückzugszimmer zurückzuziehen. Im Falle einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Mutter glaubt sie – aus heutiger Sicht –, dass die Trennwände zur Wahrung der Intimsphäre genügen werden und sie ihre Mutter nicht in ein Rückzugszimmer verlegen lassen würde:

*„Nein, ich würde das nicht machen. Ich glaube sie würde auch merken, dass sie alleine ist. Ich glaube, wenn es soweit kommen soll, dann machen wir einfach eine Trennwand ...“ (I 9)*

Direkt vor der Pflegeoase befindet sich ein Aufenthaltsbereich. Dieser wird von den Angehörigen einer Pflegeoasenbewohnerin als Rückzugsmöglichkeit genutzt, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

*„Wir gehen dann raus, da ist doch auch der kleine Aufenthaltsraum.“ (I 15)*

Nach Aussage der Führungsebene lässt sich die Belegung der Rückzugszimmer bei Bedarf jederzeit rückgängig machen:

*„Es besteht jederzeit die Möglichkeit, wenn jemand sagt: „Oh, ich möchte mehr Rückzug“, dass man dann tauscht ... vom Platz her ... wird es dann zwar etwas enger dann, aber das geht. Nur es besteht keine Notwendigkeit, von niemandem. ... Und wir nutzen das einfach deshalb, dass wir hier mehr Fläche haben ... dass es nicht ganz so eng wird.“ (I 20)*

### 7.3 Gruppengröße – wirtschaftliche Aspekte

Die Gruppengröße von sechs Bewohnerinnen wird (von Seiten der Führungsebene) zum einen als ideal und zum anderen als betriebswirtschaftlich und organisatorisch unterste mögliche Bewohnerzahl bewertet:

*„Von Seiten der Angehörigen ist das eine sehr positive Rückmeldung. Also ich glaube die Angehörigen empfinden die Gruppengröße als richtig. Betriebswirtschaftlich ist das natürlich die untere ... Größe, die möglich ist.“ (I 13)*

*„Also kleiner dürfte es nicht sein... es ist doch wichtig, dass die Personalkraft im Grund, von 6:30 Uhr bis abends 20:00 Uhr oder 20:30 Uhr da ist. Hätten wir jetzt z. B. nur eine Vierergruppe, wäre ja die Präsenzzeit natürlich kürzer geworden ... das würde dann dem Konzept nicht mehr so ganz entsprechen.“ (I 19)*

**Zusammenfassung:** Die bauliche Gestaltung und die Einrichtung der Pflegeoase werden von den Mitarbeiterinnen und der Führungsebene als positiv bewertet. Auch die Angehörigen, die in die Gestaltung der Pflegeoase miteinbezogen worden sind, sind sehr zufrieden. Ein evtl. fehlender Balkon wird nicht als nachteilig empfunden. Während des Zeitraumes der Evaluation der Pflegeoase sind die beiden Rückzugszimmer der Pflegeoase belegt. Dies ist nach Aussage der Führungsebene flexibel handhabbar und kann im Bedarfsfalle jederzeit rückgängig gemacht werden. Zum Zeitpunkt der Interviews vermissen die Angehörigen den Rückzug nicht und glauben auch, dass sie dies im Falle einer Sterbesituation nicht tun werden.

### 7.4 Umweltfaktoren

Als Umweltfaktoren sind Licht, Temperatur, Luftfeuchtigkeit und Laustärke erhoben worden, die nachfolgend dargestellt werden. Die Pflegeoase ist mit einer stufenlos dimmbaren Beleuchtung über Handschalter in drei Raumabschnitten der Pflegeoase ausgestattet. Mehrere Sternenhimmel sind als Deckenbeleuchtung über die Bettbereiche und im Eingang

der Pflegeoase verteilt. In den Bewohnerzimmern der Kontrollgruppe befinden sich Handschalter. Der Flur und die Aufenthaltsbereiche sind mit einer automatischen Beleuchtung über „Helligkeitsfühler“ ausgestattet. Ab 22:00 Uhr wird die Leuchtstärke reduziert. Bei der Messung der Beleuchtungsstärke werden in der Pflegeoase bei Vollbeleuchtung Werte von 482 bzw. 2546 lx in Fensternähe erreicht. Als Vergleich dazu werden die Luxwerte aus der Kontrollgruppe herangezogen. Hier sind Werte bei Vollbeleuchtung von 130 bis 930 lx ermittelt worden. Insgesamt ist zu erkennen, dass die unteren Werte eine ungenügende Belichtung darstellen. Es ist nicht geklärt, ob die in den Wohnbereichen für Menschen mit Demenz empfohlene erhöhte Helligkeit von ca. 500 lx in Augenhöhe (Wojnar 1997) auch auf Menschen in der letzten Lebensphase positive Auswirkungen hat. Eine schwache Kopplung mit Zeitgebern (van Someren et al. 1996), wie Licht, Geräusche, soziale Interaktionen, körperliche Aktivitäten etc. werden für die Fragmentierung des circadianen Rhythmus bei demenziell erkrankten Menschen mitverantwortlich gemacht (Volk 1997). Der wichtigste Zeitgeber des circadianen Rhythmus ist das Licht (Wojtysiak, Lang 2010; Bombois et al. 2010).

Das Wohlfühlklima wird durch das Verhältnis zwischen Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit bestimmt, in beiden Untersuchungsgruppen ist dies zufriedenstellend erreicht worden. Die Temperaturen in der Pflegeoase liegen im Durchschnitt zwischen 21,74–24,3 °C, in der Kontrollgruppe sind sie mit 23–24 °C vergleichbar. Die Luftfeuchtigkeit beträgt in der Pflegeoase zwischen 25,5–56,2 % und in der Kontrollgruppe von 26,0 bis 30,0 %. Die Lautstärke in den Untersuchungsgruppen hängt von der Anzahl und dem Verhalten der Personen im Raum ab. In der Pflegeoase werden Dezibelwerte von 41,7–55,8 ermittelt und in der Kontrollgruppe von 32,7–70 Dezibel. Vergleichsweise werden Werte von 60–80 Dezibel im Straßenverkehr erreicht.

**Zusammenfassung:** Die bauliche Planung und Umsetzung der Pflegeoase ist insgesamt sehr gelungen, außer dem fehlenden Außenbereich bietet sie keinen wenig Ansatz zur Verbesserung. Insgesamt spricht dies für eine vorausschauende Planung mit ausreichend Platz und vielfältigen Variationsmöglichkeiten in der Pflegeoase. Auch in den Interviews mit Angehörigen und Mitarbeiterinnen werden kaum Kritikpunkte geäußert, die Anlass zur Veränderung geben würden. Die Beleuchtung der Pflegeoase entspricht insgesamt den Anforderungen. In den fensterfernen Bereichen liegen die Luxwerte bei Tageslicht zeitweise im unteren Bereich. Dies spricht für einen vermehrten Einsatz einer künstlichen Beleuchtung.

## 8. Diskussion

In diesem Kapitel werden die vorliegenden Studienergebnisse der Pflegeoase St. Elisabeth in Eislingen im Kontext der anderen drei Evaluationsstudien der Demenz Support diskutiert. Darüber hinaus werden Erkenntnisse anderer Forschungsteams herangezogen, um in der Gesamtschau folgende Fragen zu bearbeiten: Wie können die Ergebnisse der vorliegenden Studie interpretiert werden? Welche Erkenntnisse werden von anderen Forschungen zur Wohnform Pflegeoase bestätigt, widerlegt oder in anderer Form bewertet?

### 8.1 Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen

Die Studienergebnisse aus Eislingen sowie aus Holle (Pilot- und Langzeitstudie) und Luxemburg veranschaulichen, dass die Personen, die in Pflegeoasen leben, sowohl schwerstpflegebedürftig und in ihrer Kommunikationsfähigkeit sehr stark eingeschränkt sind als auch überwiegend eine Demenzerkrankung aufweisen. Diese Befunde werden sowohl von anderen Pflegeoasenstudien bestätigt als auch in den Aufnahmekriterien vieler Pflegeoasenkonzeptionen formuliert. In der Studie von Brandenburg et al. (2011) ist bei zwölf der fünfzehn Personen (Pflegeoase) eine Demenzdiagnose beschrieben, eine Bewohnerin „lag im Wachkoma“. In der Pflegeoase Adenau, die von Schuhmacher et al. (2011) untersucht wurde, sind alle acht Personen demenzerkrankt. Vergleichbar zeigt sich dieses Bild bei den Untersuchungen von Rüsing et al. (2012), Dettbarn-Reggentin und Reggentin (2010).

**Medikation:** Es sind kaum Unterschiede zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe zu erkennen, dies wird vergleichbar von Rüsing et al. (2012) beschrieben. Insgesamt fällt die umfangreiche Dauermedikation der Bewohnerinnen auf. Von einer Polymedikation spricht man bei einer Dauermedikation von  $\geq 5$  Medikamenten, dies trifft nur zum Teil in den Untersuchungsgruppen zu. Nach den Aussagen von Jaehde, Hanke und Demgenski (2008) liegt in der Polymedikation ein großes Risikopotential insbesondere bei geriatrischen Personen. Begründet wird dies damit, dass mit der Zahl der Medikamente das Risiko deutlich steigt, an unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) zu leiden. Demenzerkrankte Menschen und ältere untergewichtige Frauen sind besonders gefährdet. So zeigt eine Untersuchung von Hanke et al. (2006), dass bei einer Dauermedikation von über 10 Medikamenten annähernd bei der Hälfte (46,6 %) der Studienteilnehmerinnen (Studie in zwei nordrhein-westfälischen Heimen mit 168 Heimbewohnerinnen) eine UAW auftritt. Wenn die Dauermedikation weniger als sechs Medikamente umfasst, reduziert sich die Prozentzahl

einer UAW auf 13,3 %. Hanke (2011) plädiert ausdrücklich für einen Medikamenteneinsatz, der keine Über-, Unter- oder Fehlversorgung verursacht, dazu empfehlen sie ein gezieltes Risikomanagement. Dass dies in vielen Heimen noch nicht realisiert ist, sondern vielmehr die Anzahl von 10 verschiedenen Arzneimitteln pro Tag erreicht und überschritten wird, zeigt u. a. eine aktuelle Bestandsaufnahme in sechs Heimen in Nordrhein-Westfalen (Wallrafen-Dreisow 2012). Von 616 Heimbewohnerinnen erhalten mehr als die Hälfte der Personen acht verschiedene Arzneimittel pro Tag, 33 % bekommen mehr als 10 Medikamente und 15 % sogar mehr als 15 verschiedene Medikamente pro Tag. Die medikamentöse Therapie sowie die Zusammenarbeit mit Fach- und Hausärzten ebenso wie mit Apotheken bedürfen einer ausführlichen Überprüfung und Verbesserung.

**Mobilität:** Unsere Ergebnisse zur Bewegungsfähigkeit bzw. zur Ortsfixierung (Zegelin 2005) zeigen, dass die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen sehr stark in ihrer Mobilität eingeschränkt ist. Abweichend davon verfügen die Personen der Pflegeoase ALA in Luxemburg über umfangreiche Bewegungsfähigkeiten, was auf die Einzugskriterien dieser Pflegeoase zurückzuführen ist, die auch Menschen mit guter Bewegungsfähigkeit aufnehmen. Wie mit den Bewegungseinschränkungen in den jeweiligen Pflegeoasen umgegangen wird, ist recht unterschiedlich ausgeprägt. Das Spektrum der Bewegungsförderung reicht von täglich mehrmaligen Ortswechseln für die gemeinsamen Mahlzeiten, Aufenthalt im Freien oder in einem anderen Wohnbereich bis hin zum Bett als Hauptaufenthaltort. Für die Pflegeoase „Emmaus“, die von Becker (2011) wissenschaftlich begleitet wurde, wird berichtet, dass von den derzeit acht Bewohnerinnen, fünf nicht mobilisiert werden, was auf „medizinische Gründe“ zurückgeführt wird. So hebt Becker (2011) in den Empfehlungen hervor, dass der Bewegungsradius erweitert werden sollte.

Es ist die kritische Frage zu stellen, inwieweit die Teams der Pflegeoasen den konzeptionellen Grundgedanken der Wohnform Pflegeoase verinnerlicht haben: Ist die Pflegeoase ein Wohnort mit der Möglichkeit zum Ortswechsel oder wird die Pflegeoase als „Liegeort“ betrachtet, in dem das Bewohnerbett den Hauptaufenthaltort darstellt? Ein Ortswechsel innerhalb und außerhalb der Einrichtung trägt zur Anregung verschiedener Sinne bei und hält den Kontakt zur Außenwelt aufrecht. Diese Erkenntnisse sind direkt in die Entwicklung der Qualitätskriterien eingeflossen. So fordern wir neben guten Fachkompetenzen der Pflegenden im Bereich Kinästhetik auch eine bauliche Umwelt, die auf Bewegung und Ortswechsel ausgerichtet ist und grundlegend ausreichend Raum bietet. Nicht zu vernachlässigen ist in diesem Kontext eine angemessene Personalbesetzung. In den meisten Fällen ist eine flexible Unterstützung vom kooperierenden Wohnbereich

erforderlich, denn nicht selten ist die Bewegungsförderung derart eingeschränkter Menschen alleine kaum durchführbar!

**Ernährung:** Insbesondere in der Langzeitevaluation der Pflegeoase Holle zeigt sich ein positives Bild im Gewichtsverlauf. Unsere Befunde aus Eislingen und weiteren Begleitstudien weisen darauf hin, dass positive Verläufe im Ernährungszustand sowohl in den Pflegeoasen als auch in den Kontrollgruppen zu erkennen sind und demnach die Unterschiede in den Wohnformen eher marginal erscheinen. Dies wird u. a. von Rüsing et al. 2012 bestätigt. Wie bereits dargestellt wird positiv bewertet, dass in beiden Untersuchungsgruppen in Eislingen keine Person unter die kritische BMI-Marke von  $<18,5 \text{ kg/m}^2$  liegt, die laut Weltgesundheitsorganisation weltweit als Grenzwert für Unterernährung bzw. Mangelernährung angegeben wird (WHO in Pirlich et al. 2003).

Die Pflegenden spielen im Ernährungskonzept für Menschen mit schwerer Demenz eine zentrale Rolle, was auch an dem hohen Zeitanteil deutlich wird, den sie für die Unterstützung beim Essen in den Pflegeoasen aufbringen. Der Zeitbedarf steht in enger Verbindung mit dem Voranschreiten der Krankheitsprozesse und abnehmenden Fähigkeiten der Bewohnerinnen. Diese Befunde werden von unseren anderen Studien mit 38–48,5 % der pflegerischen Arbeit für die Unterstützung beim Essen bestätigt. Schuhmacher et al. (2011) stützen diese Ergebnisse mit ähnlichen Werten von 46 %. In der Literatur wird die Bedeutung der Pflegenden und deren Fachlichkeit in Bezug auf die Ernährung von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz untermauert. Im Alzheimer Europe Report 2008 wird Volicer (2005) zitiert: „Einfache Strategien, zu denen die mit der Hand durchgeführte Pflege durch geschultes Personal gehört (wie z. B. Massagen, Mundhygiene, Umstellung der Ernährung und Nahrung mit der Hand reichen) können Infektionen verhindern und Ernährungsprobleme lösen, ohne dass auf die Ernährung durch eine Magensonde zurückgegriffen werden muss.“ In dem Report wird weiterhin erläutert, dass diese Art der Ernährung Demenzkranken darüber hinaus sinnliche Eindrücke ermöglichen, z. B. Geruch und Geschmack sowie emotionales Wohlbefinden im menschlichen Kontakt zu Pflegenden.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich die Empfehlung ableiten, dass Ernährung ein zentrales Thema in der Begleitung von Menschen mit schwerer Demenz darstellt und demnach ein besonderes Augenmerk auf die Sensibilisierung der Pflegenden für diese Thematik gelegt werden sollte. In praxisnahen Fortbildungsangeboten sollten umfangreiche Fachkenntnisse erworben und in der Praxis ausprobiert werden. Nicht zuletzt kann auch eine wissenschaftliche Begleitung positiven Einfluss auf die Sensibilisierung Pflegender für

bestimmte Themen nehmen. Im positiven Fall wird im Begleitungsprozess über Gespräche (Interviews) ein Reflexionsprozess angestoßen.

**Interaktionshäufigkeit:** Als ein zentrales Ziel der Pflegeoasen gilt, der sozialen Vereinsamung von Menschen mit schwerer Demenz vorzubeugen. Unsere Ergebnisse beschreiben doppelt so hohe Kontakthäufigkeit in den Pflegeoasen (20–26, max. 34) wie in den Kontrollgruppen (10–12, min. 8). Die deutlich höhere Kontaktdichte in den Pflegeoasen wird auch von den anderen Evaluationsstudien (Dettbarn-Reggentin 2010, Schuhmacher et al. 2011, Rüsing et al. 2012) bestätigt. Schuhmacher et al. 2011 setzen zur Erfassung der Lebensqualität das HILDE-Instrument ein und stellen fest, dass die Lebensqualität in der Programmgruppe (Pflegeoase) etwas höher als in der Vergleichseinrichtung ist.

**Lebensqualität:** In der Gesamtschau unserer Studien zeigt sich, dass bei der Bewertung der Lebensqualität anhand der QUALID-Skala Unterschiede zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe zu erkennen sind, diese aber doch als geringfügig bewertet werden müssen. Diese wenig ausgeprägten Unterschiede zeigen sich ebenso bei den Studien von Rüsing et al. (2012) sowie in der Untersuchung von Brandenburg et al. (2011). Inwieweit sich der QUALID-Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz als geeignet erweist, bleibt kritisch zu hinterfragen. Insbesondere zeigen sich beobachterabhängige Ergebnisse, wie es auch aus der Studie von Brandenburg et al. (2011) hervorgeht. Diese scheinen keinen geringen Einfluss auf die Ergebnisse zu nehmen. Insbesondere die Items „Hat Freude am Essen“ und „Hat Freude an Berührungen“ wurden in der genannten Untersuchung unterschiedlich von den Beobachtern bewertet. Diese Tendenz zeigt sich auch in den Daten aus Eislingen. Bei den Einschätzungen durch jeweils zwei Pflegenden pro Schicht, lassen sich sichtbare Abweichungen in der Bewertung ein und derselben Person zum gleichen Zeitpunkt erkennen.

**Schlaf:** Schlafstörungen scheinen bei Menschen mit schwerer Demenz settingunabhängig zu sein – Einflussfaktor Nummer eins stellt vielmehr der Schweregrad der Demenz dar und weniger die Wohnform. Bei aller Begrenzung unserer „Schlafstudie“ in Eislingen (Berner, Kuhn, Rutenkröger 2011) aufgrund der kleinen Stichprobe und der fehlenden Randomisierung, kann doch von einer deutlichen Tendenz gesprochen werden, die auch in der Literatur bestätigt wird. Schlafstörungen und Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus sind bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen die Regel und nehmen im Laufe der Erkrankung in ihrer Ausprägung zu, bis hin zu schweren Störungen des circadianen Rhythmus mit Tag-Nacht-Umkehr (Volk 1997, Staedt 2007). Die charakteristischen Störungen verlaufen in etwa parallel mit dem degenerativen Prozess (Ancoli-Israel, Kripke



1989). Durch häufige Schläfchen ergibt sich eine Phasenverschiebung (Ancoli-Israel, Kripke 1989). Die Oasen- und Kontrollgruppenbewohnerinnen haben ein "Verschwinden des Tag-Nacht-Rhythmus" bis hin zu einer kompletten Fragmentierung ihres Schlafes mit zum Teil häufigen extrem kurzen Schläfchen und extrem kurzen Wachphasen zu verzeichnen.

Der Aktionsradius der Pflegeoasen- und Kontrollgruppenbewohnerinnen reicht selten über die Pflegeoase bzw. den Wohnbereich hinaus. Sie verbringen ihre Zeit überwiegend im Bett. Diese ausgeprägte Ortsfixierung begünstigt wiederum Insomnien (Ancoli-Israel, Kripke 1989). Die Fragmentierung des circadianen Rhythmus wird durch eine schwache Kopplung mit Zeitgebern wie Licht, Geräuschen und soziale Interaktionen sowie körperliche Aktivitäten begünstigt (van Someren et al. 1996). Die schwache Kopplung mit Zeitgebern liegt (bzw. lag) in Eislingen teilweise im Verständnis der Pflegenden begründet, die die Pflegeoase anfänglich mehr als Ruheraum und nicht als Lebensraum betrachteten. Die sehr weit fortgeschrittene demenzielle Erkrankung der Bewohnerinnen wirkt sich erschwerend aus. Die Lichtsituation von annähernd 500 Lux auf Augenhöhe entspricht zwar der Empfehlung (Radzey, Kreutzner 2010), dennoch könnte sich mehr Tageslicht oder künstliches circadianes Licht aller Wahrscheinlichkeit nach positiv auf den circadianen Rhythmus auswirken.

## **8.2 Einschätzungen zum Wohlbefinden aus Sicht der Angehörigen**

Die positiven Einschätzungen der Angehörigen stimmen in nahezu allen Studien überein. In den Studien sind anfängliche Unsicherheiten und Bedenken der Angehörigen bezüglich der Privatsphäre und der Geräuschkulisse (Brandenburg et al. 2011) sowie des Raumklimas aufgrund der gemeinschaftlichen Verrichtungen (Dettbarn, Dettbarn-Reggentin 2010) beschrieben. Nach Einzug in die Pflegeoase bewerten die Angehörigen die Situation in den Pflegeoasen im Vergleich zum vorhergehenden Einzel- oder Doppelzimmer deutlich besser.

Die Angehörigen beschreiben einen Prozess der Entlastung. Sie können sicher sein, dass ihre Familienmitglieder nicht mehr allein sind, wenn sie gehen. Als besonders entlastend wird die starke Bindung der Pflegenden zu den Oasenbewohnerinnen beschrieben. Dies führt zu einem Gefühl von Sicherheit und Entlastung, wenn sie sich von der Qualität der Pflege und der Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen überzeugen konnten. Mit der Entlastung schwindet häufig das schlechte Gewissen, das die Angehörigen über viele Jahre begleitet hatte. Eine wichtige Rolle für diese Bewertung spielt die kontinuierliche Präsenz der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase, dies wird zum Beispiel auch in der Studie von Schuhmacher et al. (2011), Brandenburg et al. (2011), Dettbarn und Dettbarn-Reggentin (2010) bestätigt. Durch die

kontinuierliche Personalpräsenz findet eine bedürfnisorientierte, unmittelbare Versorgung der Bewohnerinnen statt. Diese wird jedoch erst durch die Interpretation der nonverbalen Signale der Bewohnerinnen von Seiten der Pflegenden möglich. Die Angehörigen beschreiben das Gefühl, dass die Pflegenden (verglichen mit den herkömmlichen Wohnbereichen) deutlich mehr Zeit für ihre Angehörigen haben. Als wichtige Grundvoraussetzung für die Qualität der Pflegeoase in Eislingen wird die Fach- und Sozialkompetenz der Pflegenden beschrieben.

Zusammenfassend erscheint den Angehörigen vor allem das verbesserte Wohlbefinden ihrer Familienmitglieder von hoher Bedeutung zu sein. Sie bewerten dies im Vergleich zur herkömmlichen, vorherigen Wohnform als besser. Die Angehörigen machen dies wie die Pflegenden am verbesserten Aufmerksamkeitsniveau, vermehrten Wachphasen, in denen die Bewohnerinnen das Umfeld mit wachen Augen verfolgen und einer verbesserten Ernährungssituation fest. Insgesamt sind die Angehörigen mit der Wohnform der Pflegeoase (sehr) zufrieden. Sie erleben Entlastung durch Präsenz und Kompetenz der Mitarbeiterinnen sowie durch das Zusammenleben ihrer Familienmitglieder in einer kleinen Gruppe.

### **8.3 Mitarbeiterinnen – Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung**

Die Mitarbeiterinnen beschreiben ein Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung. Individuenbezogene und organisationsbezogene Belastungsfaktoren stehen den positiven Faktoren der Bedürfnisorientierung, der Entscheidungsautonomie bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe und dem Gefühl, einer sinnvollen Arbeit nachzugehen, gegenüber. Diese qualitativen Beschreibungen sind vergleichbar mit Ergebnissen aus der Studie von Brandenburg et al. (2011) und von Schuhmacher et al. (2011). Das Forscherteam um Schuhmacher et al. (2011) zeigt auf, dass Pflegende zum einen über arbeitsbelastende Faktoren wie dem Alleinarbeiten berichten und zum anderen darlegen, dass sie „Entlastung, Zufriedenheit und Erfolge“ verspüren, wenn sie etwas von den Bewohnerinnen „zurückerhalten“ und Freude oder Wohlbefinden bewirken (Schuhmacher et al. 2011).

Um die qualitativen Aussagen der Mitarbeiterinnen zur Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung zu untermauern, werden die Ergebnisse der Burnout-Befragungen hinzugezogen. Insgesamt liegen 110 Fragebögen aus drei Studien vor (n = 60 Pflegeoasen, n = 54 Vergleichsgruppen) vor. Überwiegend ist das MBI-D zu drei Messzeitpunkten (Start Oase, nach 6 und nach 12 Monaten) eingesetzt worden mit Ausnahme der Langzeitevaluation Holle. Hier kam das MBI-D erstmalig nach ca. 2 Jahren Betriebslaufzeit der Pflegeoase zum Einsatz, anschließend sind über 2 Jahre an 5 Messzeitpunkten Daten ermittelt worden.

Die Burnout-Befragungen in Eislingen wie auch in den anderen Studien der Demenz Support Stuttgart untermauern die positiven Elemente im Erleben der Mitarbeiterinnen, da sie insgesamt ein geringeres Belastungserleben in den Teams der Pflegeoasen im Vergleich zu den der herkömmlichen Wohnformen (Kontrollgruppen) zeigen. In der Gesamtschau beider Gruppen wird deutlich, dass die durchschnittlichen Burnout-Werte auf ein relativ geringes Burnout-Risiko hinweisen, wenn man die Interpretationsdaten von Glaser (2009) zugrunde legt. Bestätigende Ergebnisse zur Burnout-Belastung in Pflegeoasen im Vergleich zu herkömmlichen Wohnformen finden sich in den Evaluationsstudien von Brandenburg et al. (2011), Dettbarn-Reggentin und Reggentin (2010), die die tendenziell geringe Burnout-Belastung im Kontext Pflegeoase beschreiben. Abweichend davon bewerten Schuhmacher et al. (2011) die Arbeitsbelastung in der Pflegeoase höher als in der Kontrollgruppe. In dieser Studie wurde die Burnout-Belastung mittels BHD-Fragebogen beurteilt (wie auch von Brandenburg et al. 2011), der ebenfalls die Dimension emotionale Erschöpfung umfasst. Diese wird beim ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase deutlich negativer bewertet als in der Vergleichsgruppe. Negative Ausprägungen treten bei 70 % der Pflegenden aus der Pflegeoase auf im Vergleich zu 18,8 % der Vergleichsgruppe. Diese sichtbare emotionale Belastung wird auf die Einführungsphase der neuen Wohnform Pflegeoase zurückgeführt. Zum zweiten Messzeitpunkt sind die Werte in einen unauffälligen Bereich gesunken. Rüsing et al. 2012 stützen diese Ergebnisse und weisen auf höhere emotionale Belastungen des Teams Pflegeoase bei gleichzeitig hoher persönlicher Erfüllung hin. Die deutlich bessere Einschätzung der persönlichen Erfüllung der Pflegenden in den Pflegeoasen wird in fast allen Studien bestätigt.

Glaser (2009) liefert umfangreiche Vergleichsdaten aus Kooperationsstudien im Pflegebereich. Auf Grundlage von 6476 Fragebögen von Pflegekräften (Glaser 2009) werden Mittelwerte für „Emotionale Erschöpfung“ mit 2,98 und für „Depersonalisation“ mit 2,16 präsentiert. Eine Studie dieser umfangreichen Datenlage soll vertieft betrachtet werden, da Mitarbeiterinnen aus der Altenpflege befragt wurden. Im Rahmen der BELUGA-Studie (Glaser, Lampert, Weigl 2008) ist eine Stichprobe von 1848 Altenpflegekräften hinsichtlich Mitarbeitergesundheit und Burnout (mittels MBI-D) untersucht worden.

Emotionale Erschöpfungszustände werden im Altenpflegebereich in der genannten Studie mit Mittelwerten von 2,90 (Standardabweichung 1,09) angegeben. Wir ermitteln im Rahmen der vier Evaluationsstudien Werte von 1,97–2,90 (Oase) und 2,53–3,28 (KG). Depersonalisation wird mit Mittelwerten von 1,90 (Standardabweichung 0,80) angegeben. Als Vergleich erreichen unsere Mittelwerte der Pflegeoase in Eislingen Werte von 1,22–1,70 (Oase) und von 1,55–2,69 (KG). Die Ergebnislage zur Persönlichen Erfüllung zeigt

Durchschnittsdaten von 4,87 (Standardabweichung 0,62). Unsere Daten gleichen diesen Ergebnisse sehr, für die Oase können wir Mittelwerte von 4,59–5,50 angeben und für die Kontrollgruppe von 4,59–4,80.

Die insgesamt geringe Burnout-Belastung der von uns untersuchten Mitarbeiterinnen findet Bestätigung, annähernd alle Ausprägungen liegen über den von uns ermittelten Werten. Berücksichtigt man die Standardabweichungen von Glaser, Lampert und Weigl (2008) schmälert sich die Differenz sichtbar, insbesondere kann bei der kleinen Stichprobe unsererseits in keiner Weise von repräsentativen Daten ausgegangen werden. In der Tendenz erhärten sich höhere Burnout-Werte in den Kontrollgruppen, auch bei Berücksichtigung der Standardabweichungen liegen die Ausprägungen der Kontrollgruppen im oberen Bereich der Werte, wohingegen die Oase eher im unteren Wertebereich zu finden ist.

Mittelwerte bergen jedoch die Gefahr in sich, die Streuung der Daten einzelner Personen zu vernachlässigen, daher erfolgt eine Analyse der Daten hinsichtlich „Ausreißer“-Werte (von  $> 3,5$ – $5,0$  für Emotionale Erschöpfung). Bezogen auf die Gesamtstichprobe bedeutet dies, dass in den Kontrollgruppen bei 15 von 54 Mitarbeiterinnen (27,8 %) kritische Burnout-Ausprägungen zu finden sind und eine Person ein behandlungsbedürftiges Burnout-Syndrom zeigt. In den Pflegeoasen weist ein prägnant geringerer Anteil, konkret zwei der 60 Personen (3,3 %), kritische Werte von über 3,5 auf. Insgesamt untermauern die Ergebnisse zum emotionalen Erschöpfungszustand die Gesamtergebnisse der Burnout-Befragung: die Mitarbeiterinnen der Pflegeoasen fühlen sich deutlich weniger belastet als die der Kontrollgruppen.

Um Mittelwerteffekte auszuschließen sind auch in der bereits genannten BELUGA-Studie (Glaser et al. 2008) Ausreißer-Werte separat betrachtet worden. Der Anteil der Personen mit Werten von  $\geq 5,0$  auf der Skala Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation wurde ermittelt. Diese kritischen Werte bezüglich Emotionaler Erschöpfung zeigen sich bei 3,2 % ( $n=58$ ) der Pflegenden. Im Vergleich dazu liegen unsere Ergebnisse mit 1,9 % ( $n = 1$ ) für die Kontrollgruppe und mit 0 % für die Pflegeoase deutlich drunter. Allerdings sei an dieser Stelle nochmals die geringe Stichprobengröße unsererseits im Vergleich zur BELUGA-Studie zu bedenken. Bei dem Burnout-Symptom Depersonalisation überschreiten fünf Pflegekräfte (0,35 %) die Grenze  $> 5,0$  bei Glaser, Lampert und Weigl (2008). Bei dieser beschriebenen Gruppe ist von einem Stadium des fortgeschrittenen, behandlungsbedürftigen Burnouts auszugehen (vgl. Glaser, Lampert, Weigl 2008).

Die Stichprobe der BELUGA-Studie ist weiterhin auf Alterseffekte hin untersucht worden. Dabei zeigt sich, dass emotionale Erschöpfung altersunabhängig bewertet wird, also keine Unterschiede je nach Alter auftreten. Hingegen zeigen sich unterschiedliche Bewertungshintergründe bei Depersonalisation und Persönlicher Erfüllung. Tendenziell berichten ältere Altenpflegekräfte eine geringere Entfremdung von „ihren Bewohnern“ und zugleich eine höhere Persönliche Erfüllung in ihrer täglichen Arbeit zu finden. Diese Erkenntnisse werden von Nagamoto et al. (2000) durch ähnliche Befunde bestätigt, die einen negativen Zusammenhang zwischen Alter und Burnout feststellen (vgl. Glaser et al. 2008).

Der berufliche Ausbildungsgrad ist als zusätzlicher Einflussfaktor auf die psychophysische Gesundheit (u. a. Burnout) untersucht worden. Es konnten vier Ausbildungsgruppen aus der Stichprobe selektiert werden: Beschäftigte ohne Ausbildung (n=140), examinierte Altenpflegekräfte (n=802), Altenpflegehelfer (n=302), examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte (n=206). Es zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede in den vier Ausbildungsgruppen. Auch die Pflegehelfer zeigten keine nennenswert unterschiedliche Beanspruchungssymptomatik. In der Literatur finden sich dazu andere Hinweise, die erläutern, dass diese Gruppe auf die Anforderungen der stationären Altenpflege nicht ausreichend vorbereitet ist (vgl. Goodridge, Johnston, Thomson 1997 in Glaser et al. 2008). Ähnliche Ergebnisse sind auch in der Luxemburgstudie zutage getreten. Insbesondere wenig qualifizierte Mitarbeiterinnen zeigen höhere Belastungswerte.

Veränderungen der emotionalen Erschöpfungszustände scheinen in enger Verbindung zur Arbeitsverdichtung und ungeklärten Teamprozessen zu liegen, wie Interviewaussagen bestätigen. Glaser, Lampert und Weigl (2008) stellen einen Zusammenhang von zunehmenden emotionalen Erschöpfungszuständen durch übermäßigen Zeitdruck, Qualitätseinbußen und widersprüchlichen Arbeitsaufträgen dar. Insbesondere die mangelhaften Rahmenbedingungen münden in Zeitdruck und Angst vor Fehlern, die sich negativ auf alle drei Burnout-Facetten (emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und Persönliche Erfüllung) auswirken.

Zusammenfassend lässt sich die Schlussfolgerung aus allen Studien ziehen, dass insbesondere die emotionale Erschöpfung der Pflegenden in einer Pflegeoase mit besonderem Augenmerk seitens der Leitung verfolgt und begleitet werden sollte. Die hohe Identifikation und Motivation für den Arbeitsort Pflegeoase kann dazu führen, die eigene Selbstpflege weniger wichtig zu nehmen. Vor diesem Hintergrund sind Coaching Prozesse anzuraten, die neben Angeboten zur regelmäßigen Reflexion der Arbeit in Form von Fallbesprechungen auch Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung

(Selbstpflegefähigkeiten stärken) und Supervision enthalten sollten. In diesem Zusammenhang ist ebenso die Frage nach der Mitarbeiterreignung für die Pflegeoase zu stellen. Es wird deutlich, dass vielfältige Anforderungen an die Pflegenden gestellt werden. Alleine für eine Bewohnergruppe verantwortlich zu sein bedeutet hohe Verantwortungsübernahme und erfordert gute Organisationskompetenz. In der Gesamtschau hat sich gezeigt, dass sich die Mitarbeiterinnen zufrieden in der Pflegeoase fühlen, die über folgende Sozialkompetenzen verfügen: Bereitschaft zur tiefen Bindung und kontinuierlichen Präsenz, Bereitschaft, sich mit Tod und Sterben auseinanderzusetzen, Teamfähigkeit, Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme. Organisations- und Fachkompetenz sind im Hinblick auf Fachwissen für Menschen mit schwerer Demenz, Schmerzmanagement, Kinästhetik, Basale Stimulation, Palliative Pflege und Kommunikationsfähigkeit für diesen Personenkreis und ihren Angehörige weitere tragende Bausteine.

## **9. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth**

Aus den Erkenntnissen der Studienergebnisse der Pflegeoase in Eislingen und den drei weiteren Evaluationsstudien der Demenz Support Stuttgart resultieren die folgenden Weiterentwicklungsempfehlungen für die Pflegeoase des Altenzentrum St. Elisabeth in Eislingen.

### ***9.1 Implementierungsprozesse planen – Entwicklung des Konzepts vor Inbetriebnahme***

Generell gilt die Empfehlung der Konzeptentwicklung vor Inbetriebnahme einer Pflegeoase unter aktiver Einbeziehung der Mitarbeiterinnen, nach Möglichkeit der Angehörigen unter kontinuierlicher, moderierender Begleitung der Leitung. Auch eine Qualifizierung der Mitarbeiterinnen vor Inbetriebnahme der Pflegeoase wird als notwendig erachtet. Diese beinhaltet Wissen über schwere Demenz, Schmerzmanagement, Kinästhetik, Basale Stimulation und Palliative Pflege. Ein hoher Stellenwert wird der Kommunikationsfähigkeit mit den Bewohnerinnen (Interpretation nonverbaler Signale, Validation) und den Angehörigen beigemessen. Auch Fachkenntnisse zur Bewegungsförderung sind unabdingbar.

Die Konzeptentwicklung der Pflegeoase des Altenzentrums St. Elisabeth im laufenden Betrieb hat sich als „Stolperstein“ herausgestellt. Von Seiten der Forscherinnen wird eine Konzeptentwicklung mit einer kontinuierlichen Begleitung durch die Leitung und unter Einbeziehung der Pflegenden in der Oase angeregt. Diese Empfehlung wurde noch während der Evaluation umgesetzt. Die Treffen zur Konzeptweiterentwicklung erfolgen nun regelmäßig einmal im Quartal unter Begleitung und Moderation des Qualitätsmanagementbeauftragten und des Pflegedienstleiters. Die Wohnbereichsleitung des Gesamtwohnbereiches und alle Pflegeoasenmitarbeiterinnen sind in die Konzeptarbeit einbezogen. Im Juni 2012 liegt die neunte Aktualisierung des Konzeptes vor.

Es wird eine aktive Weiterentwicklung des Konzeptes, sowie eine kontinuierliche Weiterbildung der Mitarbeiterinnen empfohlen. Des Weiteren wird das Durchführen von Fallbesprechungen zur Lösung von problematischen Situationen nach Bedarf und als struktureller Bestandteil des Betreuungskonzepts der personenzentrierten Pflege angeraten.

## **9.2 Schmerzmanagement ausbauen**

Ein systematisches Schmerzmanagement ist Voraussetzung für eine professionelle, qualitätsorientierte Pflegepraxis und ein Zeichen für Pflegequalität. Gerade Pflegende sind aufgrund ihrer Profession verpflichtet, Fürsprecher für ihre Bewohner zu sein (Handel 2010). Sie übernehmen eine zentrale und wichtige Aufgabe bei der nur multiprofessionell zu lösenden Aufgabe des Schmerzmanagements (DNQP 2011).

Die Schmerzen der Bewohnerinnen werden mit der BESD erhoben. Bislang galt ein Wert von 6 oder darüber als behandlungsbedürftig. Mittlerweile empfehlen einige Autoren bereits ab einem Punktwert von 2 an ein mögliches Schmerzproblem zu denken (Zwakhalen, van der Steen, Najim 2012, DNPQ 2011). Demnach ist bei den Bewohnerinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten (außer zu t2 Kontrollgruppe) von Schmerzen in Ruhe- und Bewegungssituationen auszugehen. Um die Lebensqualität der Betroffenen sicherzustellen, wird die Empfehlung ausgesprochen die Einschätzung der Schmerzen in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen durchzuführen. Die Verlaufskontrolle des Akutschmerzes sollte jedoch mindestens einmal am Vormittag, am Nachmittag und am Abend erfolgen (DNQP 2011). Die genannten Punktwerte sollen nicht überschritten werden und bei festgestellten Schmerzen sollen unmittelbar Interventionen zur Schmerzlinderung erfolgen.

### **Schmerzmedikation**

Vier der sechs Bewohnerinnen der Pflegeoase, haben eine verordnete Dauermedikation mit Schmerzmedikamenten. Bei einem vorhandenen Schmerzproblem besteht die Notwendigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme nach einem festen Zeitplan (DNQP 2011). Hier wird die Empfehlung gegeben, dass bei allen Bewohnerinnen eine adäquate nach einem festen Zeitplan verordnete Dauermedikation verordnet wird.

Eine Bedarfsmedikation ist ebenfalls lediglich bei vier der sechs Pflegeoasenbewohnerinnen verordnet. Um Schmerzspitzen abfangen zu können, ist es jedoch erforderlich bei allen Bewohnerinnen eine Bedarfsmedikation anzuordnen. Bei zu erwartenden Schmerzen z. B. einer Mobilisation oder pflegerischer Handlung sollte präventiv eine angemessene Analgesie erfolgen. Diese kann in Form einer Bedarfsmedikation oder einer Dauermedikation erfolgen.

Alternativ oder ergänzend können auch nicht-medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden wie z. B. physikalische Maßnahmen z. B. Kälte, um vor einer schmerzhaften Prozedur für Schmerzlinderung zu sorgen (DNQP 2011).



### **Zusammenarbeit mit Fachärzten ausbauen**

Schmerzmanagement ist eine multiprofessionelle Aufgabe, d. h. es sind verschiedene Berufsgruppen gefordert. Um die erläuternden Ziele zu erreichen, ist es erforderlich die Zusammenarbeit mit den Fach- und Hausärzten weiter auszubauen.

Weiterführende Empfehlung: Der DNQP (2011) empfiehlt einrichtungsspezifische Verfahrensregelungen als „Kernstück des Schmerzmanagements“. Die Verfahrensregelung wird im interdisziplinären Team erarbeitet und abschließend von der obersten Leitungsebene aller beteiligten Disziplinen verabschiedet und unterschrieben, damit sie Gültigkeit erlangt. Eine Verfahrensregelung soll die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten des Schmerzmanagements beschreiben. Sie enthält unter anderem Angaben:

- zur Benennung und Erreichbarkeit der für die Schmerztherapie zuständigen, verantwortlichen Ansprechpartner
- wie bezüglich der Bedarfsmedikation und einmaliger Anordnungen verfahren wird, wenn kein Schmerzschema vorliegt
- wie die Dokumentation erfolgt
- wie die Notfallnummern lauten
- (...)

Wesentlicher Bestandteil ist das Schmerzschema. Hier wird die zielgruppenspezifisch standardisierte Schmerztherapie orientiert an der zu erwartenden Schmerzintensität festgelegt.

Es sollte folgende Angaben enthalten:

- zu verabreichende Medikamente
- Dosierungen
- Applikationsarten
- und Bedarfsmedikationen bei Erreichen der Interventionsgrenzen

### **9.3 Lebensqualität der Bewohnerinnen aufrechterhalten**

Zur Wahrung der Lebensqualität der Bewohnerinnen, sind neben dem im vorherigen Gliederungspunkt erläuterten Schmerzmanagement die Förderung der Bewegung und der sozialen Gemeinschaft sowie das Anbieten von Sinnesangeboten essentiell.

#### **Bewegung fördern – innerhalb und außerhalb der Oase**

Die Mitarbeiterinnen verstehen die Pflegeoase zu Beginn der Evaluation als einen „Ruheraum“. Eine teilnehmende Beobachtung der Forscherinnen der Demenz Support stützt die Annahme, dass den Mitarbeiterinnen der Grundgedanke der Wohnform Pflegeoase nicht hinreichend vermittelt wurde. Im Laufe der Evaluation erfolgt ein Wandel von einem Ruheraum hin zu einem bewegteren Lebensraum, was sich insbesondere durch eine deutlich vermehrte Mobilisation in die zentrale Mitte der Pflegeoase zeigt. Ein Ortswechsel innerhalb und außerhalb der Einrichtung trägt zur Anregung verschiedener Sinne bei und unterstützt den Kontakt zur Außenwelt. Werden die Bewohnerinnen durch die Mobilisation zusätzlich einer verbesserten Lichtsituation (mehr Lux) ausgesetzt, wirken sich beide Faktoren positiv auf den circadianen Rhythmus und damit auf den Schlaf der Bewohnerinnen aus. Es wird daher empfohlen die Bewegung der Bewohnerinnen (auch weiterhin) zu fördern, zu stützen und aufrechtzuerhalten. Im Einzelfall ist immer zu prüfen, inwieweit die Mobilisation von der Bewohnerin als angenehm empfunden wird.

#### **Soziale Gemeinschaft fördern und Sinnesanregungen anbieten**

Die zentrale Mitte der Pflegeoase rund um den Esstisch sollte weiterhin intensiv genutzt werden. Des Weiteren wird eine Durchführung von Sinnesanregungen zur Stimulation der Bewohnerinnen empfohlen. Mögliche Sinnesangebote sind beispielsweise Waffeln backen oder frischen Kaffee aufbrühen. Dies wird in der Pflegeoase bereits durch die Betreuungskraft nach § 87b regelmäßig angeboten. Auch die Basale Stimulation, die in die tägliche Pflege integriert wird, hat eine gezielte Anregung der sinnlichen Wahrnehmungen (Gehör, Geschmack, Geruch, Hautempfindung und Optik) zur Folge und wirkt sich förderlich auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen aus.

### **9.4 Arbeitsbelastungen der Mitarbeiterinnen präventiv begegnen**

Im Rahmen der Interviews, welche mit den Mitarbeiterinnen durchgeführt werden, werden Arbeitsbelastungen thematisiert. Zur Messung des Burnout-Risikos wird der MBI (Maslach Burnout Inventory) eingesetzt. Auch wenn weder in der Pflegeoase, noch in der Kontrollgruppe Werte gemessen werden, die auf ein Burnout-Risiko schließen lassen

könnten, berichten die Mitarbeiterinnen in den Interviews von einem Spannungsfeld zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung.

Um den Mitarbeiterinnen Wege aufzuzeigen, auf denen sie den Arbeitsbelastungen präventiv begegnen können, ist es erforderlich regelmäßige Reflexionsangebote oder Coachings anzubieten. Themen, die hier bearbeitet werden sollen, sind beispielsweise „die geringen Teamaustauschmöglichkeiten infolge des Alleine Arbeitens“, „körperliche Belastungen“, „die Unausweichbarkeit in der Pflegephase“ und „Organisationsentwicklungsprozesse“. Während der Reflexionsangebote oder Coachings sollten Selbstpflegekompetenzen erarbeitet werden, die wichtige Aspekte der Selbstpflege ermöglichen. Solche Aspekte der Selbstpflege und des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind beispielsweise: Eine organisierte Pausenregelung in externen Pausenräumen, auf die die Mitarbeiterinnen auch tatsächlich zurückgreifen. Eine Vertretungsregelung, im Falle von Krankheitsausfällen, um Überstunden zu vermeiden. Weitere Aspekte sind das Vorhandensein und auch Verwenden von Hilfsmitteln wie z. B. Lifter, um körperlichen Belastungen vorzubeugen. Das Vermitteln von Fachwissen durch eine Qualifizierungsstrategie, die den Ausbau des Qualifikationsspektrum in Themengebieten wie Kommunikation, Kinästhetik, Bewegungsförderung, schwere Demenz, Schmerzmanagement, Basale Stimulation und Palliative Pflege sind essentiell, um eigene Lösungswege zu finden und vorhandene Spielräume nutzen zu können und damit einer möglichen Arbeitsbelastung vorzubeugen. Die Qualifizierungsstrategie sollte das regelmäßige „Auffrischen“ von Themen wie beispielsweise Kinästhetik enthalten.

Wichtige Voraussetzung der Umsetzbarkeit der Selbstpflegekompetenzen sind unterstützende organisatorische Regelungen der Führungsebene. Hier ist insbesondere die Klärung von Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichen in Zusammenarbeit mit dem organisatorisch zugeordneten Wohnbereich zu nennen.

## 10. Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen zur Implementierung einer Pflegeoase<sup>5</sup> in Deutschland

Welche Qualitätskriterien muss eine Pflegeoase erfüllen? Mit dieser Frage haben sich sowohl die wissenschaftlichen Begleitstudien als auch die Expertengruppe Pflegeoase (Adam Paffrath, Brandenburg, Kuhn, Riedel, Ruppert, Rutenkröger, Schuhmacher, Stemmer) auseinandergesetzt. Aus den Studienergebnissen und einem intensiven Diskussionsprozess resultieren die hier beschriebenen Qualitätskriterien. Weiterhin werden Handlungsschritte beschrieben, die Einrichtungen eine erste Hilfestellung bei der Klärung der Frage bieten, ob eine Pflegeoase eine notwendige Erweiterung ihres Versorgungsangebots darstellt. Die Handlungsempfehlungen zur Umsetzung einer Pflegeoase sollen Entscheidungsträgern wie auch der Pflegepraxis als Leitfaden dienen, um die neue Wohnform Pflegeoase nach derzeitigen Forschungs- und Erkenntnisstand qualitativ zu gestalten. Bis dato kann davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung von Pflegeoasen bis auf weiteres mit einer Ausnahmeregelung (Modellprojekt) und einer wissenschaftlichen Begleitung verbunden bleibt.

Die Erkenntnisse aus den bisherigen Evaluationsstudien zu Pflegeoasen (Rutenkröger, Kuhn 2008; 2010; Becker 2010; Dettbarn-Reggentin, Reggentin 2010; Riedel, Schneider 2010; Brandenburg et al. 2011; Schuhmacher et al. 2011; Rüsing et. al 2012) bilden die Grundlage zur Formulierung der Qualitätskriterien. Konzeptuelle Ziele der Pflegeoasen beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Verbesserung der Lebensqualität und die Sicherung der sozialen Teilhabe mit einer spezifischen Bedürfnisorientierung für die Zielgruppe Menschen mit schwerer Demenz und stark ausgeprägter Pflegebedürftigkeit. Um diese Ziele zu erreichen, haben sich vier relevante Qualitätskategorien einer Pflegeoase aus den Evaluationsstudien herauskristallisiert: (1) das Personal- und Pflegekonzept; (2) die Gruppengröße; (3) das bauliche Milieu sowie (4) die organisatorischen Rahmenbedingungen. Jeder dieser vier Kategorien sind zentrale Kriterien zugeordnet, die bedeutenden Einfluss auf die Qualität einer Pflegeoase nehmen. Hervorzuheben ist, dass die Qualitätskriterien im engen Bezug zueinander stehen, sich gegenseitig bedingen und unmittelbaren Einfluss aufeinander haben.

---

<sup>5</sup> Die Grundlage des Kapitels 10 ist von den Autorinnen Rutenkröger und Kuhn (2012) als Buchbeitrag in Brandenburg, Adam-Paffrath (Hrsg.; erscheint Sept. 2012) veröffentlicht.



Abbildung 40: Qualitätskriterien einer Pflegeoase

## 10.1 Erste Qualitätskategorie: Personal- und Pflegekonzept

### Pflegeosenspezifische Qualitätskriterien: Präsenz und Personzentrierte Haltung

Entscheidend für die Qualität einer Pflegeoase im Hinblick auf das Personal- und Pflegekonzept sind die Qualitätskriterien „Präsenz“ und „Haltung der Mitarbeiterinnen“. Die dauerhafte Präsenz ermöglicht eine kontinuierliche Aufmerksamkeit und Wahrnehmung der Bewohnerinnen. Auf dieser Grundlage gewährleistet eine personzentrierte Haltung, dass Mitarbeiterinnen unmittelbar auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen eingehen – diese Bedürfnisorientierung wird als wichtiger Wert einer Pflegeoase verstanden.

Im Personalkonzept ist festgelegt, wie die Präsenz der Mitarbeiterinnen im Tagdienst erfüllt wird. Die Planung der Personalbesetzung ist abhängig von der Gruppengröße und die Erfahrungen in den Pflegeoasen belegen, dass bei einer Gruppe von mindestens sechs Bewohnerinnen eine Personalpräsenz im Tagdienst gewährleistet werden kann. Eine dauerhafte Tagespräsenz umfasst mindestens 14 Stunden.

Die Studienergebnisse zeigen – nicht jede Pflegenden ist geeignet, um in einer Pflegeoase zu arbeiten. Unabdingbare Grundlage für die Entwicklung von Sozial- und Fachkompetenzen und für die Begleitung von Menschen mit schwerer Demenz ist ohne Frage eine personzentrierte Haltung (Kitwood 2000). Aus den Evaluationsstudien haben sich folgende Sozialkompetenzen als notwendig für die Arbeit in einer Pflegeoase herauskristallisiert: Bereitschaft zu kontinuierlicher Präsenz und Verantwortungsübernahme, Empathie und Aufbau von Beziehungen und Bindung, Team- und Organisationsfähigkeit. In Bezug auf die

Fachkompetenzen sind Wissen über schwere Demenz, Schmerzmanagement, Kinästhetik, Basale Stimulation, Palliative Pflege sowie Kommunikationsfähigkeit für den Personenkreis und ihre Angehörigen unabdingbar. Die Tatsache, dass in keiner der untersuchten Pflegeoasen eine umfassende Personalqualifizierung vor der Inbetriebnahme stattgefunden hat, verweist auf einen grundsätzlichen Handlungsbedarf in Pflegeeinrichtungen. Unabhängig davon, ob man sich für die bauliche Umsetzung einer Pflegeoase entscheidet, müssen die Grundlagen für die Betreuung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung bei den Mitarbeiterinnen vorhanden sein.

Der Einrichtung obliegt die Aufgabe, ein Fortbildungsangebot zusammenzustellen, das die Mitarbeiterinnen für den Einsatz in der Pflegeoase und auf den Umgang mit der Bewohnergruppe vorbereitet. Fachkenntnisse zur Bewegungsförderung sind dabei besonders hervorzuheben, denn um möglichen Missverständnissen vorzubeugen: eine Pflegeoase ist kein Wohnort zum Liegen! Vielmehr stellt sie an die Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen die hohe Anforderung, schwerstkranke Menschen in ihrer Bewegungsfähigkeit zu unterstützen und einer Ortsfixierung (Zegelin 2005) vorzubeugen. Ortswechsel bedeutet Anregung und um von einem Ort zum anderen zu gelangen, ist Bewegung erforderlich. Diese Bewegung kann von den Pflegenden als aktiver Prozess für die Bewohnerinnen umgesetzt werden. Kinästhetische Kenntnisse sind zwingend notwendig, um die Bewohnerinnen zu befähigen, Mikrobewegungen durchzuführen und damit die eigene Position zu verändern. Ortswechsel sind die Voraussetzung dafür, in einer Tischgemeinschaft die Mahlzeiten einzunehmen oder Zugang zu einem Freibereich zu erhalten, wo sich Natur, Licht, Sonnenwärme, Wind etc. genießen lässt. Obwohl eine „Ortsfixierung“ bzw. eine starke Einschränkung der selbständigen Bewegungsfähigkeit als Einzugskriterium in eine Pflegeoase gilt, ist zu betonen, dass dies keineswegs von der Unterstützung zur Bewegung entbindet.

Die Form der Personaleinsatzplanung beeinflusst nicht nur das Personalkonzept, sondern auch die Arbeitsorganisation. Es ist zu entscheiden, ob ein eigenständiges Team gebildet wird oder aus einem größeren Mitarbeiterteam durch einen rotierenden Personaleinsatz der Dienstplan für die Pflegeoase geregelt wird. Im Falle des rotierenden Systems schätzen die Mitarbeiterinnen die Abwechslung und die Wahlmöglichkeit zwischen zwei Arbeitsorten (Pflegeoase oder anderer Wohnbereich). Nachteilig ist hier der Umstand, dass die Bewohnerinnen von vielen Mitarbeiterinnen gepflegt werden, die Personalkontinuität deutlich eingeschränkt ist und Angehörige vermehrt auf unterschiedliche Ansprechpartnerinnen treffen. Dagegen weist ein „Kernteam“ Pflegeoase, also ein kleines festes Team, im Bereich Personalkontinuität sichtbare Vorteile auf. Nachteilig sind bei dieser Organisationsform die

organisatorischen Abstimmungserfordernisse an den Schnittstellen. Eine zentrale Notwendigkeit besteht darin, die Organisation der Unterstützungsleistungen aus dem Nachbarwohnbereich zu managen. Auf Basis der vorliegenden Studienerkenntnisse kann bisher keine der beiden beschriebenen Varianten favorisiert werden.

## **10.2 Zweite Qualitätskategorie: Gruppengröße**

### **Pflegeoasenspezifische Qualitätskriterien: Unmittelbarkeit und Teilhabe**

Die Gruppengröße nimmt Einfluss darauf, inwieweit Pflegende unmittelbar auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen eingehen können. Für die Bewohnerinnen wirkt sich die Größe der Gruppe auf ihre Möglichkeiten zur Teilhabe aus. Als Person innerhalb einer Gruppe kontinuierlich wahrgenommen zu werden, fällt in einer kleinen, überschaubaren Gruppe zweifelsohne leichter als in einer großen. Dies gilt vor allem bei Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz, die in ihren verbalen Kommunikationskompetenzen deutlich eingeschränkt sind und bei denen nonverbale Äußerungen wie Gestik, Mimik und kleinste Äußerungen hohe Bedeutung für die Kontaktaufnahme besitzen.

Gleichwohl spielt offensichtlich für die Festlegung der Gruppengröße bisher die Frage nach der Wirtschaftlichkeit eine wichtige Rolle. Wie bereits erwähnt, scheint eine Belegung mit sechs Personen erforderlich zu sein, um eine dauerhafte Präsenz im Tagdienst gewährleisten zu können. Bei den von der Demenz Support Stuttgart evaluierten Pflegeoasen in Luxemburg pendelte die Gruppengröße während der Studienlaufzeit zwischen fünf und neun Bewohnerinnen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass eine Gruppe von neun Bewohnerinnen als zu groß erachtet wird und von den Beteiligten (Pflegerinnen wie Angehörigen) eine Begrenzung auf sechs Bewohnerinnen der Vorzug gegeben wird.

Aus Perspektive der Bewohnerinnen ließe sich als ein erster Indikator auf Versuche der Ermittlung optimaler Gruppengrößen verweisen, wie sie in der Sozialpsychologie durchgeführt wurden. Hier steht die Arbeitsfähigkeit einer Gruppe im Mittelpunkt und es wurde die Leistungsfähigkeit, Stabilität und Zufriedenheit der Einzelnen in unterschiedlich großen Gruppen untersucht. Dabei zeigt sich, dass sich die Beteiligten in einer Gruppe von fünf Personen am Wohlsten fühlten und die Gruppe in dieser Größe stabil und arbeitsfähig war. Eine solche Aussage über die optimale Gruppengröße für kognitiv leistungsfähige Menschen ist sicher nicht ohne weiteres auf Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz übertragbar. Sie kann jedoch durchaus als ein Hinweis herangezogen werden, der sich mit den Beobachtungen und Einschätzungen von Angehörigen und Mitarbeiterinnen deckt, die eine Gruppengröße von fünf bis maximal sieben Personen favorisieren.

### **10.3 Dritte Qualitätskategorie: Bauliches Milieu**

#### **Pflegeosenspezifische Qualitätskriterien: Überschaubarkeit und Anregung**

Das bauliche Milieu einer Pflegeoase zeichnet sich durch seine Überschaubarkeit im Hinblick auf den Grundriss und seine Raumgröße aus. Gestaltung und Ausstattung orientieren sich am Qualitätskriterium Anregung, denn Menschen mit schwerer Demenz brauchen eine an ihre Bedürfnisse angepasste Gestaltung der Umwelt, die von der Farb- und Nahbereichsgestaltung über eine entsprechende technische Ausstattung (z. B. Beleuchtung) bis zu einem vollständigen Raumprogramm für pflegerische Interventionen (z. B. Pflegebad) und der Tagesstrukturierung (Freibereich) reicht.

Bei der Bauplanung ist eine ausreichende Grundfläche zu beachten: Grundlegende Orientierung bieten dazu die Länderheimgesetze. Pro Person sollte in einer Pflegeoase das Mindestmaß von 16 m<sup>2</sup> pro Einzelzimmer plus Wohnfläche für den gemeinschaftlich genutzten Aufenthaltsbereich von 5 m<sup>2</sup> pro Person nicht unterschritten werden. Zuzüglich dieser Angaben werden Flächen für weitere Räume (s. unten) benötigt. Die Flächenangaben unterliegen der Gesetzgebung der Länder. Den hier ausgeführten Angaben liegt die Verordnung (LHeimBauVo) aus Baden-Württemberg (Stand 18.04.2011) zugrunde.

Die baulichen Anforderungen an eine Pflegeoase orientieren sich an den Bedürfnissen von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und schwerer Pflegebedürftigkeit (Mensch-Umwelt-Passung). Raumkonzept und Grundriss sind ausschlaggebend dafür, wie ein dauerhafter Wohn- und Lebensort für diesen Personenkreis gestaltet ist. Zentrale Kennzeichen bzw. räumliche Basiskomponenten einer Pflegeoase sind: ein Wohnraum mit einer kommunikativen Mitte sowie Individualbereichen, einem Rückzugsraum und einem Pflegebad, einer Küchenzeile, einem Arbeitsort für Pflegenden und einem Lagerraum. Ein wesentlicher Qualitätsfaktor beim Bau einer Pflegeoase ist ein direkter und bettengängiger Zugang zu einem Freibereich. Die technische Ausstattung umfasst u. a. die lichtplanerische Gestaltung, die Belüftung sowie die Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln. In punkto Milieugestaltung ist insbesondere die Gestaltung des direkten Nahbereichs hervorzuheben, um auch hier Anregungen für die Bewohnerinnen bieten zu können.

Als Leitsatz bei der baulichen Planung einer Pflegeoase gilt: Zur gelingenden Umsetzung einer Pflegeoase bedarf es einer ausführlichen konzeptionellen Vorarbeit. Denn schließlich gilt: der Raum folgt dem Konzept und nicht umgekehrt! Diesbezüglich ist die Planung ausgerichtet auf die Schwerpunkte Robustheit und Nutzungsoffenheit. Damit ist in erster Linie eine möglichst langfristige und nachhaltige Nutzung des Wohn- und Lebensraums über die nächsten Jahrzehnte gemeint, die Renovierungs- und Instandsetzungsarbeiten erst nach



langfristiger Nutzung erforderlich machen. Pflegeoasen, die eine heimgesetzliche Ausnahmeregelung/Experimentierklausel nutzen, können wieder geschlossen werden, falls Evaluationsergebnisse eine mangelhafte Qualität belegen. Eine potentielle Rückführung (Nutzungsoffenheit) sollte deshalb bei der Bauplanung berücksichtigt werden, so dass der Raum mit geringem Nachbesserungsbedarf für andere Zielgruppen genutzt werden kann. Konkret erläutert werden die baulichen Anforderungen in den unten folgenden Handlungsempfehlungen.

## **10.4 Vierte Qualitätskategorie: Organisatorische Rahmenbedingungen**

### **Pflegeoasenspezifische Qualitätskriterien: Flexibilität und Entwicklung**

Die organisatorischen Rahmenbedingungen der Institution unterstützen die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase darin, die Arbeitsabläufe flexibel an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen auszurichten. Diese Flexibilität kommt den Bewohnerinnen zugute, weil die Mitarbeiterinnen dann handeln, wenn die Bewohnerinnen dafür „empfänglich“ sind. Pflegehandlungen und Mahlzeiten können in großzügigen Zeitkorridoren angeboten werden. Damit wird dem individuellen Wach- und Schlafrhythmus der Bewohnerinnen Rechnung getragen. Pflegeoasen sind Lernorte, in denen Mitarbeiterinnen ihre Interventionen immer wieder anpassen, um eine zufriedenstellende Passung zwischen Person und Umwelt zu erreichen und Tagesstruktur, Gestaltungselemente und organisatorische Abläufe zu optimieren. Die Entwicklung ist als Qualitätskriterium bedeutsam für eine inhaltliche Vertiefung, aber auch für den Transfer von Erfahrungen und Wissen innerhalb der Einrichtung.

Zur gelingenden Implementierung einer Pflegeoase ist die prozesshafte Begleitung durch die Leitungsebene erforderlich, um Teamentwicklung zu unterstützen, Konzeptentwicklung mit zu steuern und Regelungen zur Arbeitsablauforganisation anzupassen. Ein wichtiger Schritt im Organisationsentwicklungsprozess ist die frühzeitige Personalauswahl, die Einbindung der Mitarbeiterinnen in die Konzeptentwicklung und Entlastungsangebote (z. B. Supervision), um die Arbeit in der Pflegeoase zu reflektieren und frühzeitige Überlastungssignale zu erkennen.

Wie sich in einigen Studien gezeigt hat, kann die Zusammenarbeit mit dem Nachbarwohnbereich immer wieder zu Problemen und Reibungsverlusten führen. Deshalb ist auf diesen Punkt ein besonderes Augenmerk zu legen. Zuständigkeits- und Verantwortungsbereiche müssen eindeutig geklärt sein: Wie werden Unterstützungsleistungen für die Pflegeoase organisiert? Erfolgt die Hilfestellung zu

festgelegten Zeiten? Wird Hilfe per Telefon angefragt? Wie wird die Präsenz in der Pflegeoase während der Mitarbeiterpause sichergestellt?

Da eine Pflegeoase nicht solitär betrieben werden kann, kommt dem Management an den Schnittstellen besondere Bedeutung zu. Es bedarf einiger organisatorischer Anpassungen, damit durch die Einbindung in den Gesamtbetrieb eine stetige Personalpräsenz in der Pflegeoase gewährleistet ist. Dazu gehört auch eine Regelung, dass Mahlzeiten, Wäsche und Materialien in Form von zubringenden Diensten organisiert sind.

Die Einbindung und Akzeptanz der Pflegeoase hängen nicht zuletzt von der frühzeitigen und fortlaufenden Information aller Beteiligten ab. So helfen Informationsveranstaltungen, Flyer und Pressemitteilungen, den aktuellen Stand zur Wohnform Pflegeoase in der eigenen Einrichtung (Bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen, Angehörige, Ärzte etc.) zu kommunizieren wie auch ins Gemeinwesen zu tragen. Eine solche Informationsvermittlung kann präventiv darauf wirken, dass die Pflegeoase nicht zu einer „Insel“ innerhalb der eigenen Einrichtung stilisiert wird, sondern zu einem offenen Lernort wird, der interessierte Personen willkommen heißt und die eigenen Erfahrungen vermitteln will und kann.

Im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit einer Pflegeoase stellen die Pflegestufen der Bewohnerinnen einen wesentlichen Einflussfaktor dar. Die hohe Pflegebedürftigkeit spiegelt sich insbesondere beim Anreichen der Mahlzeiten wieder, was mit einem sehr hohen Zeitbedarf für die Pflegenden einhergeht. Dieser Umstand sollte sich dem zu Folge auch in speziellen Pflegesätzen bzw. Leistungsvereinbarungen für die Pflegeoase wiederfinden.

### ***10.5 Handlungsempfehlungen zur Implementierung***

Die Umsetzung einer Pflegeoase resultiert aus einer konzeptionellen Vorarbeit, die nach Prüfung und Festlegung aller Aspekte zu dem Ergebnis gekommen ist, dass eine Pflegeoase eine sinnvolle, machbare und finanzierbare Ergänzung des bestehenden Betreuungsangebots darstellt. Dieser Prüfungslauf ermöglicht es Einrichtungen, sich noch einmal mit unterschiedlichen Lösungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen und die Weichen für eine Veränderung passgenau zu stellen. Für den Entscheidungs- und Organisationsentwicklungsprozess zur Einführung einer Pflegeoase, empfehlen wir folgende Handlungsschritte zu durchlaufen:

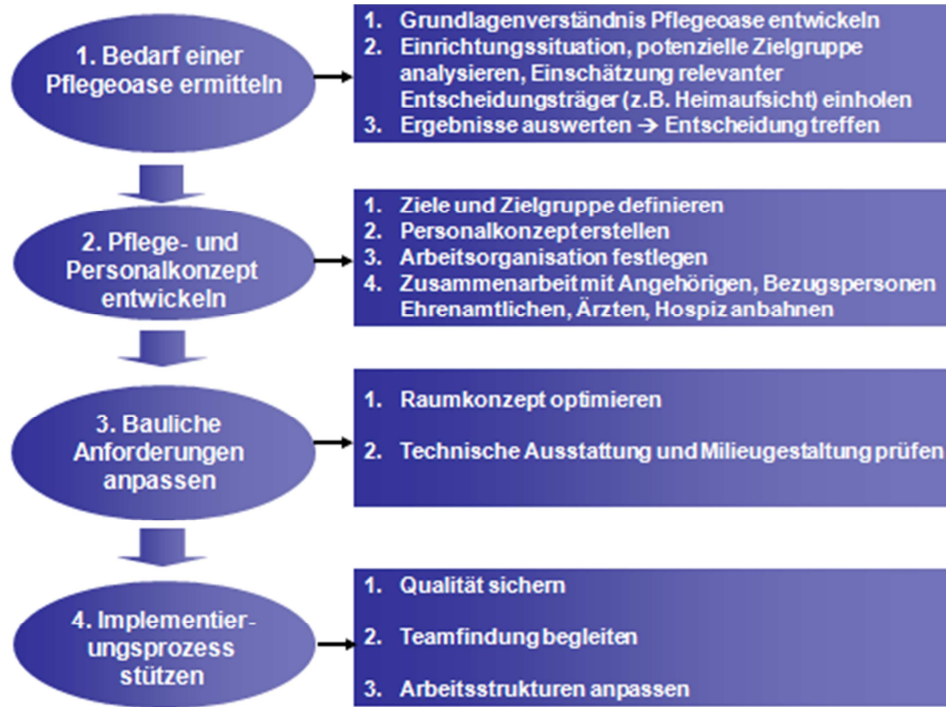


Abbildung 41: Handlungsempfehlungen für den Entscheidungsfindungs- und Organisationsentwicklungsprozess zur Einführung einer Pflegeoase

## 1. Bedarf einer Pflegeoase ermitteln

### 1.1 Grundlagenverständnis Pflegeoase erarbeiten

- Anforderungen und Qualitätskriterien an Pflegeoasen aufbereiten, um die Situation in der Einrichtung zu bewerten
- Möglichkeiten und Grenzen von Pflegeoasen kennen
- Kenntnis unterschiedlicher Typen von Pflegeoasen aneignen
- Praxiskenntnisse durch Hospitation in Pflegeoasen erwerben

### 1.2 Analyse der Einrichtungssituation

- Anzahl der Bewohnerinnen erheben, die der Zielgruppe Pflegeoase entsprechen
- Wissensstand der Mitarbeiterinnen für die Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz erfassen und Qualifizierungsbedarf ableiten
- Bauliche und räumliche Optionen für die Betreuung einer kleinen Bewohnergruppe in der Einrichtung einschätzen
- Kosten in Bezug auf Mitarbeiterqualifizierung einschätzen
- Einschätzung relevanter Entscheidungsträger (Genehmigungsbehörde, Heimaufsicht, trägerinterne Absprachen etc.) einholen

### 1.3 Ergebnisauswertung und Maßnahmen

- Lösungsoptionen für bestehende Versorgungslücken erarbeiten
- Qualifizierungsstrategie entwickeln
- Nachhaltigkeit einer Pflegeoase abklären (Größe der Zielgruppe innerhalb der Einrichtung, Mitarbeiterbereitschaft, Angehörigenakzeptanz etc.)

- Finanzieller Aufwand für Bau/Umbau und Ausstattung einer Pflegeoase und Mitarbeiterqualifizierung kalkulieren
- Entscheidung pro oder contra Pflegeoase treffen

## 2. Pflege- und Personalkonzept für eine Pflegeoase entwickeln

### 2.1 Ziele und Zielgruppe

- Pflegeziele festlegen (z. B. Teilhabe ermöglichen, personenzentrierter Umgang, Schmerzlinderung)
- Zielgruppe definieren (Schweregrad Pflegebedürftigkeit, Demenz, Mobilitätseinschränkung)
- Gruppengröße festlegen
- Einzugskriterien formulieren (z. B. Bewohner, die seit mindestens 6 Monaten im Haus leben, Probewohnen ist positiv für Bewohner verlaufen)
- Auszugskriterien formulieren (keine positive Beeinflussung herausfordernder Verhaltensweisen und die Person stört die Gruppe dauerhaft)

### 2.2 Personalkonzept (Fachlichkeit, Kompetenzen, Eignung, Personalausstattung)

- Personalbedarf ermitteln (Stundenumfang der Mitarbeiterpräsenz festlegen, Überlappungs-Übergabezeiten einplanen, Leitung der Pflegeoase sicherstellen, Anteil von Pflegefachkräften und Pflegehilfspersonen klären)
- Form des Personaleinsatzes festlegen (festes Team, rotierendes Team, Großteam mit Mitarbeitern, die überwiegend in der Pflegeoase arbeiten)
- Personalauswahl anhand von Kernkompetenzen einleiten (Motivation, Flexibilität, Eigenständigkeit, Fachwissen schwere Demenz, Schmerzmanagement, Kinästhetik, Basale Stimulation, Gerontopsychiatrische Fachkraft, Palliative Pflege, Kommunikationsfähigkeit für Personenkreis und Angehörige)

### 2.3 Arbeitsorganisation

- Organisatorische Einbindung der Pflegeoase in den Gesamtbetrieb festlegen
- Informationstransfer sicherstellen (Kommunikationsstruktur festlegen z. B. Übergabe, Teambesprechungen, Fallbesprechungen)
- Regelungen zum Nahtstellenmanagement formulieren (z. B. Unterstützungsleistungen des Nachbarwohnbereichs, Zuständigkeiten der zubringenden Dienste bei Essens-Wäsche-Belieferung und Entsorgung, Eindeutigkeit der Aufgaben und Zuständigkeiten)
- Entlastungsangebote für Mitarbeiterinnen anbieten (Teambegleitung, Supervision)

### 2.4 Zusammenarbeit mit Angehörigen, Bezugspersonen, Ehrenamtlichen, Ärzten, Hospiz

- Frühzeitige Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen in den konzeptionellen Entwicklungsprozess

- Transparenz innerhalb der Einrichtung und umfassende Informationsstrategie für alle Akteure (Exkursionen, Informationsmaterial, Informationsveranstaltungen, Pressemitteilungen)
- Sicherstellung der (fach-)ärztlichen Betreuung
- Entscheidungsfindung bei kritischen Lebensereignissen – z. B. Fallbesprechungen mit allen Akteuren (Angehörige, Pflegende, Ärzte usw.)
- Konzepte formulieren, wie Ehrenamtliche in die Begleitung der Menschen in der Pflegeoase einbezogen werden können
- Kooperation mit örtlichen Hospizdienst prüfen

### 3. Bauliche Anforderungen anpassen

In einer Pflegeoase findet die Betreuung einer kleinen Bewohnergruppe statt, die sich Tag und Nacht in diesem Wohnraum aufhält. Von der hohen Pflegebedürftigkeit und den Einschränkungen der Bewohnerinnen ausgehend sind therapeutische Angebote (insbesondere auch Bewegungsangebote) essentiell und machen einen wichtigen Teil ihrer direkten Umwelt aus. Nachfolgend wird ein Raumprogramm vorgestellt, das für bauliche Umsetzungen als Leitlinie zu verstehen ist:

#### 3.1. Raumkonzept einer Pflegeoase:

- Orientierungsrahmen: das Mindestmaß von 16 m<sup>2</sup> pro Einzelzimmer pro Person plus Wohnfläche für den gemeinschaftlich genutzten Aufenthaltsbereich von 5 m<sup>2</sup> pro Person (Verkehrsflächen entsprechend der gesetzlichen Normen für Rollstuhlbenutzer) sollte nicht unterschritten werden
- barrierefreier, bettengängiger Zugang in einen Freibereich (Garten, Balkon, Terrasse)
- zentraler Gemeinschaftsbereich samt Tisch und Stühlen sowie Roll- und Pflegestuhlflächen
- an den Gemeinschaftsbereich angelagerte Individualbereiche mit Pflegebett und notwendigem Mobiliar inkl. Stellfläche für Rollstuhl/Pflegesessel
- ausreichende Flächen zum Stellen, Abstellen und Rangieren von Roll- und Pflegestühlen
- differenzierte Aufenthaltsbereiche mit Sitzmöbeln für mehrere Personen (z. B. Sofa als Angebot für eine andere Sitzhaltung und zur Mobilisierung bzw. eine Möglichkeit für Angehörige sich neben ihren Familienangehörigen auf Augenhöhe aufzuhalten)
- therapeutischer Bereich z. B. für Wasserbett
- Pflegebad für entspannende Bäder inklusive Dusche und WC
- Küche mit einer Ausstattung an Elektrogeräten inklusive Warmhaltebecken für warme Mahlzeiten
- Dienstbereich mit Schreibtisch und Bewohnerunterlagen (EDV)

- Rückzugsraum (für kritische Lebenssituationen oder für Angehörige und ihre Familienmitglieder)
- Pflegearbeits-, Lager- und Schmutzraum

Um eine qualitätsvolle Betreuung sicherstellen zu können, sind zunächst einmal alle gesetzlichen Bestimmungen für Rollstuhlfahrer einzuhalten. Die besondere Herausforderung liegt darüber hinaus im Organisieren einzelner Flächen in einem beliebigen Grundriss. Nur durch die Kombination einzelner Bewegungsräume miteinander kann neben der Wirtschaftlichkeit bauliche Qualität für Individuum und Gemeinschaft geschaffen werden.

Für den Individualbereich können folgende Anforderungen festgeschrieben werden:

- Grundfläche ist für jedes Bewohnerbett in Pflegestellung eingeplant (3-seitig für Personal zugänglich)
- jedes Bewohnerbett ist für Rollstuhlbenutzer zugänglich
- Kleiderschrank für Rollstuhlbenutzer erreichbar
- Abstellfläche für Rollstuhl/Pflegesessel
- Nachttisch und Sitzmöglichkeit
- natürliche Belichtung
- direkter Blickbezug in den Gemeinschaftsbereich
- beweglicher Sichtschutz zur Wahrung der Intimsphäre

### 3.2. Technische Ausstattung und Milieugestaltung:

- modulierbare Belichtung (natürlich wie künstlich)
- Belüftungssystem (Lufttaucher)
- Heizung (Raumklima, Luftfeuchtigkeit etc.)
- Raumakustik (Zimmerdecke mit schalldämpfenden Materialien ausgestattet, Deckengestaltung auf Schallentwicklung überprüfen)
- Farbgestaltung (warme Farben)
- Musikanlage (zentral oder individuell steuerbar)
- technische Pflegeausstattung (Hilfsmittel wie Lifter, Aufstehhilfe etc.)

Der Bau schafft den günstigen Rahmen für eine qualitätsvolle Betreuung, er schafft aber nicht die Qualität. Konzeptionelle Lösungen für die Betreuung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung orientieren sich an Inhalten, die von günstigen baulichen Rahmenbedingungen unterstützt werden.

#### 4. Implementierungsprozess stützen

##### 4.1 Teamfindung begleiten

- Frühzeitige Personalauswahl für die Pflegeoase durchführen
- Team der Pflegeoase bei der Konzeptentwicklung aktiv beteiligen
- Regelmäßige Kontakte/Besprechungen mit der Führungsebene Pflegedienstleitung/Heimleitung (z. B. Besprechungen, Praxisbegleitungen vor Ort, Teilnahme an Fallbesprechungen)

##### 4.2 Arbeitsstrukturen anpassen

- Arbeitsstrukturen an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen ausrichten und in der Phase der Inbetriebnahme in Intervallen überprüfen
- Personalausstattung und Dienstplanstruktur im Hinblick auf die Arbeitsanforderungen abstimmen

##### 4.3. Qualität sichern

- Wissenschaftliche Begleitforschung zur Pflegeoase initiieren
- Konzept in Bezug auf die Umsetzung im Pflegealltag überprüfen und aktualisieren (Turnus festlegen)
- Qualifizierungskonzept Pflegeoase aktualisieren (Mix aus Auffrischung von Fachwissen, Erarbeitung neuer Themenfelder und von Selbstpflegeansätzen für Mitarbeiterinnen)
- Wissenstransfer aus der Oase in die Einrichtung oder Hospitation von Mitarbeiterinnen aus anderen Wohnbereichen in der Pflegeoase planen

### 10.6 Fazit

Pflegeoasen sind und bleiben ein Nischenangebot für Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz. Sie bieten in vielerlei Hinsicht Innovationspotential für die Altenpflege in Deutschland. So gewinnt die Idee der „Betreuung einer kleinen Gruppe“ wieder an Bedeutung. Lässt man den Blick über Ländergrenzen hinweg schweifen, wird deutlich, dass auch unsere Vorreiterländer Niederlande und Schweden in der Betreuung von Menschen mit Demenz weniger die Frage nach segregativer oder integrativer Betreuungsform stellen als vielmehr das Zusammenleben in einer kleinen Gruppe favorisieren. Rüsing (2011) hat es auf einer Fachtagung über Wohnformen mit dem Satz pointiert: „Gute Pflege für Menschen mit schwerer Demenz fällt in Pflegeoasen leichter als in herkömmlichen Wohnbereichen.“ Dies könnte als Ankerpunkt zur Diskussion auf politischen Entscheidungsebenen genutzt werden. Eine flächendeckende Umsetzung von Pflegeoasen erscheint nicht notwendig. Vielmehr geht der Implementierung einer Pflegeoase ein umfassender konzeptioneller Planungsprozess

voraus. Ohne eine detailliert ausgearbeitete Konzeption ist eine Umsetzung ebenso wenig möglich wie ohne wissenschaftliche Begleitstudie.

Die Erkenntnisse aus einzelnen Evaluationsstudien können kaum als repräsentativ betrachtet werden, was u. a. auf kleine Stichprobenumfänge und der fehlenden Randomisierung auf die Wohnform als auch auf nicht ausreichend sensible Forschungsinstrumente zurückzuführen ist. Aber unser Wissen über die Auswirkungen von Pflegeoasen auf die Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz, auf die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und auf die Einschätzung der Angehörigen nimmt mit jeder Einzelfallstudie zu, wenn die Qualität und Güte des Forschungsdesigns nachvollziehbar dargestellt wird. Ein Forschungsansatz im Multi-Method-Design wird dem umfassenden Forschungsthema Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz am ehesten gerecht. Gerade vor diesem Hintergrund hat die Diskussion der Ergebnisse verschiedener Begleitstudien eine besondere Bedeutung. Die Vernetzung der Forschergruppen ist ein erster Schritt in diese Richtung. Wir unterstützen die Ausführungen von Brandenburg et al. (2011) in vollem Maße. In Zukunft ist eine bundesweite Vergleichsstudie mit deutlich größerem Stichprobenumfang und quasi-experimentellen Design zu empfehlen.

In jedem Bundesland stellt sich für die zuständigen Genehmigungs-Behörden die Frage wie sie mit einer Beantragung einer Pflegeoase umgehen sollen. Um aktuelle Erkenntnisse aus der Forschung in die Politik einfließen zu lassen und zur Vernetzung von Forschung und Politik beizutragen, kann eine wissenschaftliche Konferenz mit entsprechenden Interessensvertretern einen wichtigen Beitrag leisten, um Schwachstellen als auch Qualitätsansprüche offen zu diskutieren.



## Literaturverzeichnis

- Ancoli-Israel, S.; Kripke, D. F. (1989): Now I Lay Me Down To Sleep: The Problem of Sleep Fragmentation in Elderly and Demented Residents of Nursing Homes. In: Bulletin of Clinical Neurosciences 54, 127-132.
- Bradford Dementia Group (1997) (Hrsg.): Evaluation dementia care: The DCM Method. Bradford University of Bradford, Seventh Edition.
- Basler, H.; Hüger, D.; Kunz, R.; Luckmann, J.; Lukas, A.; Nikolaus, T.; Schuler, M. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). In: Der Schmerz 20(6), 519-526.
- Becker, S. (2010): Lebensqualität und Arbeitsmotivation in der Pflege schwer Demenzkranker. Evaluationsergebnisse einer Pflegeoase. Vortrag beim zweiten gemeinsamen DGGG/SGG Kongress „Hoffnung Alter“ am 15. bis 17. September 2010 in Berlin.
- Becker, S. (2011): Wissenschaftliche Begleitung der Pflegeoase „Emmaus“ am Altenhilfe-Zentrum Karlsruhe Nordost, unveröffentlichtes Tagungsmanuskript zur Fachtagung Pflegeoase der Diakonie Baden am 16.11.2011.
- Berner, R.; Kuhn, C.; Rutenkröger, A.;(2011): Evaluation des Schlafverhaltens in einer Pflegeoase im Vergleich zum Doppel- und Einzelzimmer – Evaluationsmodul im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie in der Pflegeoase Altenzentrum St. Elisabeth, Eislingen. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg.  
Download unter:  
[http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation\\_Schlafverhalten\\_01062012.pdf](http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation_Schlafverhalten_01062012.pdf).
- Bickel, H. (2005): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.-W.; Förstl, H. (Hg): Demenzen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1-15
- Bombois, S.; Derambure, P.; Pasquier, F.; Monaca, C. (2010): Sleep disorders in aging and dementia. In: Journal of Nutrition, Health & Aging 14(3), 212-217.
- Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R.; Brühl, A.; Burbaum, J. (2011): Pflegeoasen: (K)Ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!? POLA-SD. Abschlussbericht.  
([http://www.pthv.de/fileadmin/user\\_upload/PDF\\_Pflege/Projektberichte/PFLEGEOASE\\_Abschlussbericht\\_Veroeffentlichung.pdf](http://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/PDF_Pflege/Projektberichte/PFLEGEOASE_Abschlussbericht_Veroeffentlichung.pdf), Zugriff am 11.08.2011).
- Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) (2012): Pflegeoasen in Deutschland – Wissenschaftliche Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche. (im Druck).
- Brandenburg, H.; Stemmer, R.; Rutenkröger, A.; Schuhmacher, B.; Kuhn, C.; Adam-Paffrath, R.; Burbaum, J.; Ruppert, N.; Riedel, A.; Enders, V. (2012): Positionierung zu Pflegeoasen. In: Pflege & Gesellschaft, 17 (2), 177-181
- Büssing, A.; Perrar, K. M. (1992): Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). In: Diagnostica 38(4), 328-353.
- Büssing, A.; Glaser, J. (1998): Managerial Stress und Burnout: A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung. Bericht Nr. 44. München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.

- Cummings, J. L.; Mega, M.; Gray, K.; Rosenberg-Thompson, S.; Carusi, D. A.; Gornbein, J. (1994): The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. In: *Neurology* 44(12), 2308-2314.
- Cummings, J. L. (1997): The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia Patients. In: *Neurology*(48 (Suppl. 6)), S10-S16.
- Denzin, N. K (1989): *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. 3. Auflage. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Dettbarn-Reggentin, J.; Reggentin, H. (2010): *Pflegeoase: Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching a. d. Alz - Eine Evaluationsstudie, durchgeführt vom Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien ISGOS, gefördert durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen*. Berlin: ISGOS
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010): *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*. Eigendruck Fachhochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2011): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. 1. Aktualisierung 2011. Eigendruck Fachhochschule Osnabrück.
- Downs, M.; Clare, L.; Mackenzie, J. (2006): Understandings of dementia: explanatory models and their implications for the person with dementia and therapeutic effort. In: Hughes, J. C.; Louw, S. J.; Sabat, S. R. (Hg): *Dementia: mind, meaning, and the person*. Oxford: Oxford Univ. Press, 235-258.
- Downs, M.; Small, N.; Froggatt, K. (2006): Person-centred Care for People with Severe Dementia. In: Burns, A.; Winblad, B. (Hg): *Severe Dementia*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 193-204.
- Flick, U. (1999): *Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Glaser, J. (2009): *Burnout in der Dienstleistung – Konzepte und Befunde*. Vortrag anlässlich des Ulmer Psychosozialen Kolloquiums Universitätsklinikum 21.09.2009.
- Glaser, J.; Lampert, B.; Weigl, M. (2008): *Arbeit in der stationären Altenpflege: Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Goodridge, D.; Johnston, P.; Thomson, M. (1997): Impact of a Nursing Assistant Training Program on Job Performance, Attitudes, and Relationships with Residents. In: *Educational Gerontology* 23(1), 37-51.
- Günzel, U.; Scheel, A.; Andreadou, A.; Schöck, A. (2011): *Konzeption der Pflegeoase - Qualitätshandbuch des Altenzentrum St. Elisabeth*, unveröffentlichtes Manuskript.
- Handel, E. (Hrsg.) (2010): *Praxishandbuch ZOPA. Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen*. Bern: Huber.
- Hanke, F.; Szymanski, J.; Jaehde, U.; Thürmann, P. A. (2006): Drug-related problems in nursing homes - a prospective study. In: *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 44, 500 (abstr.)

- Hanke, F. (2011) Arzneimittelrisiken bei Menschen mit Demenz, Vortrag, (www. sr-h.telgte.de/arzneimittelriskien.hanke.pdf, Zugriff am 13.04.2011).
- Jaehde, U.; Hanke, F.; Demgenski, M. (2008): Arzneimitteltherapie im Alter – Mehr Überblick trotz Polymedikation. In: Pharmazeutische Zeitung 153, 14-24.
- Holloway, I.; Wheeler, S. (1998): Qualitative Pflegeforschung: Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Ivemeyer, D.; Zerfaß, R. (2002): Demenztests in der Praxis : Ein Wegweiser. München: Urban & Fischer.
- Kaufer, D. I.; Cummings, J. L.; Ketchel, P.; Smith, V.; MacMillan, A.; Shelley, T.; Lopez, O. L.; Dekosky, S. T. (2000): Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. In: Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 12(2), 233-239.
- Kitwood, T. (2000): Demenz : Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber.
- Kruse, A. (2010): Menschenbild und Menschenwürde als grundlegende Kategorie der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In: Kruse, A. (Hrsg.) (2010): Lebensqualität bei Demenz?: Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Akademische Verlagsgesellschaft, Heidelberg, 3–25.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009): Qualitätsgeleitete Pflegeoasen verzichten auf Mehrbettzimmer. KDA stellt neues Konzept zur Begleitung Demenzerkrankter in ihrer letzten Lebensphase vor. (<http://www.kda.de/news-detail/items/qualitaetsgeleitete-pflegeoasen-verzichten-auf-mehrbettzimmer.html> Zugriff am 22.Mai. 2012).
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. 3., korr. Auflage. München: Psychologie-Verl.-Union.
- Lane, P.; Kuntupis, M.; Macdonald, S.; McCarthy, P.; Panke, J. A.; Warden, V.; Volicer, L. (2003): A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. In: Home Healthcare Nurse 21(1), 32-37
- Lee, D. R.; Thomas, A. J. (2011): Sleep in dementia and caregiving - assessment and treatment implications: A review. In: International Psychogeriatric 23(2), 190-201.
- Marshall, M. (2001): Responding to need not diagnosis - dementia. In: Palliative care for all: Responding to need not diagnosis: Scottish Partnership for Palliative Care, 9-10.
- Martin-Cook, K.; Hynan, L. S.; Rice-Koch, K.; Svetlik, D. A.; Weiner, M. F. (2005): Responsiveness of the quality of life in late-stage dementia scale to psychotropic drug treatment in late-stage dementia. In: Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 19(2-3), 82-85
- Maslach, C.; Jackson, S. E. (1981): Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Mayring, P (2003): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.

- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2009) Grundsatzstellungnahme: Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: MDS. ([http://www.mds-ev.de/media/pdf/Demenz-Broschuere\\_4MB.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Demenz-Broschuere_4MB.pdf), Zugriff am 14.06.2012).
- Morse, J. M.; Field, P. A. (1998): Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden u.a.: Ullstein Medical.
- Nagatomo, I.; Akasaki, Y.; Tominaga, M.; Hashiguchi, W.; Uchida, M.; Takigawa, M. (2001): Abnormal behavior of residents in a long-term care facility and the associated stress of care staff members. In: Archives of Gerontology and Geriatrics 33(3), 203-210.
- Pearsall, M. (1965): Participant observation as role and method in behavioral research. In: Nursing Research 14(1), 37-42.
- Paavilainen, P.; Korhonen, I.; Lotjonen, J.; Cluitmans, L.; Jylha, M.; Sarela, A.; Partinen, M. (2005): Circadian activity rhythm in demented and non-demented nursing-home residents measured by telemetric actigraphy. In: Journal of Sleep Research 14(1), 61-68.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1999): Nursing research: principles and methods. 6. Auflage. Philadelphia: Lippincott.
- Radzey, B.; Kreutzner, G. (2010): Editorial. In: DeSS orientiert: Licht und Demenz 2010(1), 4-6 (abrufbar unter [www.demenz-support.de](http://www.demenz-support.de))
- Riedel, A.; Schneider, S. (2010): Die Pflegeoase im Altenzentrum St. Franziskus Mühlacker. Evaluationsbericht. Hochschule Esslingen Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege im Auftrag der Paul Wilhelm von Keppeler-Stiftung Sindelfingen.
- Rüsing D., Ruppert N. (2011): Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Vortrag im Rahmen der Fachtagung Pflegeoase Solingen, am 26.05.11 im Diakonischen Werk Bethanien e.V. Solingen.
- Rüsing, D.; Ruppert, N.; Müller-Hergl, C.; Plietker, O. (2012): Pflegeoase Eine spezialisierte Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz (PosBeD) – eine Vergleichsstudie“. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen, Landesverbände der Pflegekassen, Diakonisches Werk Bethanien. Witten: Dialog- und Transferzentrum Demenz, Universität Witten/Herdecke gGmbH.
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2008a): „Im Blick haben“ Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Abschlussbericht für das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit. Hannover (abrufbar unter: [www.demenz-support.de](http://www.demenz-support.de)).
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2008b): Studie in der Pflegeoase Holle. Das Konzept tut den Bewohnern gut. *Altenheim* 10: 18-21.
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2008c): Die Pflegeoase aus Sicht der Angehörigen. "Mutter ist nicht mehr isoliert." *Altenheim* 10: 22-25.
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2008d): Die Pflegeoase aus Sicht der Mitarbeiter. Arbeitszufriedenheit kontra Arbeitsbelastung. *Altenheim* 10: 26-28.
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2010): „Da-sein“. Pflegeoasen in Luxemburg. Eine Evaluationsstudie im Auftrag des Ministeriums für Familie und Integration Luxemburg. Itzig: RBS – Center für Altersfragen asbl.

- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2012): Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen zur Implementierung einer Pflegeoase. In: Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) 2012: Pflegeoasen in Deutschland – Wissenschaftliche Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche. (im Druck).
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2012): Nicht allein Sein“ - Pflegeoasen im Fokus, Ergebnisse aus vier wissenschaftlichen Begleitstudien. In: Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) 2012: Pflegeoasen in Deutschland – Wissenschaftliche Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche. (im Druck).
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS). In C. Maslach, S. E. Jackson & M.P. Leiter. Maslach Burnout Inventory Manual (3d ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schuhmacher, B.; Denking, H.; Heine, Y.; Hils, A.; Klie, T. (2011): Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich: PflegeOASE - Abschlussbericht. Leuchtturm-Projekt gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Senioren. Freiburg: Alter. Gesellschaft. Partizipation (AGP), Institut für angewandte Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule.
- Schweizer, R. (2008): Das Pflegekonzept – Qualitätshandbuch des Altenzentrum St. Elisabeth, unveröffentlichtes Manuskript.
- Staedt, J. (2007): Schlaf im Alter. In: Teising, M.; Drach, L. M.; Gutzmann, H.; Haupt, M.; Kortus, R.; Wolter, D. K. (Hrsg.): Alt und psychisch krank: Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen. Stuttgart: Kohlhammer, 293-308.
- Van Someren, E. J.; Hagebeuk, E. E.; Lijzenga, C.; Scheltens, P.; de Rooij, S. E.; Jonker, C.; Pot, A. M.; Mirmiran, M.; Swaab, D. F. (1996): Circadian rest-activity rhythm disturbances in Alzheimer's disease. In: Biological Psychiatry 40(4), 259-270.
- Verbeek, H.; van, R. E.; Zwakhalen, S. M.; Kempen, G. I.; Hamers, J. P. (2009): Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. In: International Psychogeriatrics 21(2), 252-264.
- Volicer, L.; Hurley, A. C.; Blasi, Z. V. (2001): Scales for evaluation of End-of-Life Care in Dementia. In: Alzheimer Disease and Associated Disorders 15(4), 194-200.
- Volk, S. (1997): Schlafstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen im Alter. In: Schulz, H. (Hrsg.): Altern und Schlaf. Bern: Huber, 85-104.
- Wallrafen-Dreisow, H. (2012): 13 Medikamente am Tag – Sozial Holding überprüft Arzneikonsum. In: Altenheim, 6, 2012, S. 10
- Weiner, M. F.; Martin-Cook, K.; Svetlik, D. A.; Saine, K.; Foster, B.; Fontaine, C. S. (2000): The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. In: Journal of the American Medical Directors Association 1(3), 114-116
- Weyerer, S.; Schäufele M.; Hendlmeier, I. Kofahl, C. et al. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung - Dissertation. Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät.

- WHO (2003): Report of a WHO consultation on obesity. Obesity - preventing and managing the global epidemic. WHO 894, Report 2000. In: Pirlich M, Schwenk A, Müller M (2003) DGEM – Leitlinie Enterale Ernährung: Ernährungsstatus. Aktuelle Ernährungsmedizin, 28:10-25.
- World Health Organisation (2002). WHO Definition of Palliative Care.  
(<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Zugriff am 24.05.2012)
- Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. Frankfurt/Main u.a.: Campus-Verl.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum: Qualitative Sozialforschung 1(1), Art. 22
- Wood, S. A.; Cummings, J. L.; Barclay, T.; Hsu, M. A.; Allahyar, M.; Schnelle, J. F. (1999): Assessing the Impact of Neuropsychiatric Symptoms on Distress in Professional Caregivers. In: Aging & Mental Health 3(3), 241-245
- Wojtysiak, A.; Lang, D. (2010): Physiologische Grundlagen: Die Biologische Wirkung von Licht auf den Menschen. In: DeSS orientiert(1), 17-32.
- Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Huber.
- Ziegler, U. (2010). Dementia in Germany - Past Trends and Future Developments - Dissertation. Universität Rostock, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät.
- Zwakhalen, S. M.; van der Steen, J. T.; Najim, M. D. (2012): Which score most likely represents pain on the observational PAINAD pain scale for patients with dementia? In: Journal of the American Medical Directors Association 13(4), 384-389.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienablauf.....	8
Abbildung 2: Wohlfühlklima als Verhältnis zwischen Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit.....	13
Abbildung 3: Außenansichten Altenzentrum St. Elisabeth.....	17
Abbildung 4: Grundriss .....	18
Abbildung 5: Beleuchtung Pflegeoase.....	19
Abbildung 6: Sitzecke Pflegeoase .....	19
Abbildung 7: Einblicke in die Pflegeoase.....	19
Abbildung 8: Grundriss Kontrollgruppe.....	22
Abbildung 9: Medikation Vergleich Oase-Kontrollgruppe Mittelwert, Median .....	30
Abbildung 10: Medikamentengruppen Oase-Kontrollgruppe t0, t3 .....	31
Abbildung 11: BESD Schmerzen Pflegeoase-Kontrollgruppe.....	32
Abbildung 12: Schmerzen Vergleich zwischen Ruhezustand/ Bewegung Pflegeoase und KG .....	33
Abbildung 13: Gewichtsverlauf Vergleich Pflegeoase – Kontrollgruppe .....	34
Abbildung 14: Gewichts-Einzelfallverläufe Pflegeoase - Kontrollgruppe .....	34
Abbildung 15: Übersicht Schlafdauer und Schlafperioden Pflegeoase und Kontrollgruppe t2.....	37
Abbildung 16: Vergleich Schalddauer Vivago und Schlafprotokoll der Mitarbeiterinnen.....	37
Abbildung 17: QUALID Vergleich Oase-Kontrollgruppe .....	42
Abbildung 18:QUALID Einzelfallverläufe Oase - Kontrollgruppe .....	42
Abbildung 19: NPI Symptome Anzahl pro BW Oase - KG.....	45
Abbildung 20: Vergleich NPI Gesamtscore Oase - Kontrollgruppe: Mittelwerte .....	45
Abbildung 21: NPI Anzahl auftretender Symptome Oase und Belastung für BW Oase.....	46
Abbildung 22: NPI Apathie Vergleich Oase –KG Mittelwerte.....	46
Abbildung 23: NPI Angst Vergleich Oase – KG Mittelwerte.....	47
Abbildung 24: NPI Aggression Vergleich Oase – KG Mittelwerte .....	47
Abbildung 25: CMAI Vergleich Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen Oase-KG .....	49
Abbildung 26: Herausfordernde Verhaltensweisen CMAI Pflegeoase – Kontrollgruppe.....	50
Abbildung 27: Bewegungsradius Vergleich Oase-KG t0-t2 .....	51
Abbildung 28: Vergleich bewohnernahe und bewohnerferne Tätigkeiten Oase – KG .....	54
Abbildung 29: Verteilung bewohnernahe Tätigkeiten Oase - KG .....	55
Abbildung 30: Verteilung bewohnernahe Tätigkeiten Oase Aug. 210 u. Feb. 2011.....	55
Abbildung 31: Interaktionshäufigkeit Oase-KG .....	56
Abbildung 32: Qualitätsmerkmale der Pflegeoase aus Sicht der Angehörigen.....	61
Abbildung 33: Zufriedenheitsbeurteilung Angehörige .....	62
Abbildung 34: Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit aus Sicht der Mitarbeiterinnen .....	68
Abbildung 35: Organisationsentwicklung in der Pflegeoase .....	72
Abbildung 36: Burnout-Risiko Emotionale Erschöpfung Oase-KH.....	75
Abbildung 37: Burnout-Risiko Depersonalisation Oase-KG.....	75
Abbildung 38: Burnout-Risiko Persönliche Erfüllung Oase-KG.....	76
Abbildung 39: Burnout-Risiko Verlauf über 18 Monate Oase .....	77
Abbildung 40: Qualitätskriterien einer Pflegeoase .....	98
Abbildung 41: Handlungsempfehlungen für den Entscheidungsfindungs- und Organisationsentwicklungsprozess zur Einführung einer Pflegeoase .....	104

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick Methodisches Vorgehen und Datenumfang der Evaluationsstudien der DeSS .....	9
Tabelle 2: Geräuschquellen und Schallpegelwerte.....	12
Tabelle 3: Stellenplan Pflegeoase Eislingen.....	20
Tabelle 4: Zeitpunkt des Heimeinzugs.....	24
Tabelle 5: Hausarzt-Facharzt diagnose Demenz.....	25
Tabelle 6: Aufenthaltsdauer außerhalb des Bettes.....	26
Tabelle 7: Übersicht zur Stichprobe.....	27
Tabelle 8 Medizinischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen der Pflegeoase .....	28
Tabelle 9 Medizinischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen der Kontrollgruppe .....	29
Tabelle 10: Psychopharmaka nach Substanzklassen .....	31
Tabelle 11: Medikamentöse Schmerztherapie.....	33
Tabelle 12: Detailbeschreibung der FAST-GDS Stufen 7.....	40
Tabelle 13: Barthel Index Vergleich Oase – Kontrollgruppe .....	40
Tabelle 14: Vergleich Anzahl NPI-Symptome pro BW Oase – Kontrollgruppe .....	44
Tabelle 15: CMAI Anzahl herausfordernder Verhaltensweisen pro BW - Mittelwert, Median .....	49
Tabelle 16: Person förderliche und Person ignorierende Verhaltensweisen – nach DCM 7.....	57