



*Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer*

„Umsorgt sein“ Konzepte anpassen und sich kollegial unterstützen

Wissenschaftliche Begleitstudie zur Pflegeoase
im Elisabethenhaus, Ulm



Renate Berner, Anja Rutenkröger, Christina Kuhn
Stuttgart, Januar 2015

Wissenschaftliche Begleitstudie zur Pflegeoase im Elisabethenhaus, Ulm

Projektdurchführung:

Dr. Anja Rutenkröger, MScN
Renate Berner, Diplom Pflégewirtin FH
Christina Kuhn, MA
Demenz Support Stuttgart gGmbH

Kooperationspartner:

Seniorenzentrum Elisabethenhaus
Michelsbergstraße 12
89075 Ulm

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

1	Einleitung	3
2	Methodisches Vorgehen.....	6
2.1	Quantitative Datenerhebung.....	8
2.2	Qualitative Datenerhebung.....	8
2.3	Prozessbegleitung und Konzeptentwicklung.....	9
2.4	Datenanalyse	10
2.5	Stichprobe.....	11
3	Beschreibung der Projekteinrichtung	13
3.1	Geschichte des Elisabethenhauses.....	13
3.2	Konzeption des Elisabethenhauses und bauliche Umsetzung.....	14
3.3	Milieugestaltung	16
3.4	Personalkonzept und -ausstattung	17
4	Studienergebnisse zur Lebenssituation der Bewohnerinnen.....	18
4.1	Stichprobe und Gesundheitsstatus.....	18
4.2	Verhaltenskompetenz.....	19
4.2.1	Aufmerksamkeit und Teilhabe.....	20
4.2.2	(Non-) verbale Kommunikation.....	21
4.2.3	Bewegungsradius	23
4.3	Interaktionen	26
4.3.1	Bewohnernahe und bewohnerferne Tätigkeiten	28
4.3.2	Häufigkeit und Dauer	30
4.3.3	Qualität	33
4.4	Mobilität.....	37
4.5	Physischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen.....	38
4.5.1	Medizinischer Gesundheitsstatus.....	38
4.5.2	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)	40
4.5.3	Medikation	44
4.5.4	Nahrungsaufnahme und Ernährungszustand (Body-Mass-Index)	49
4.5.5	Schlafverhalten	52
4.5.6	Kognitiver Gesundheitsstatus (Mini Mental Status Test)	54
4.5.7	Neuropsychiatrische Symptome (NPI)	54

5	Studienergebnisse zum subjektiven Erleben der Angehörigen	61
5.1	Gründe für den Einzug	61
5.2	Belastung und Entlastung.....	62
5.3	Besuche	63
5.4	Beurteilung der Pflegeoase	64
5.4.1	Zufriedenheitsbefragungen	66
6	Studienergebnisse zum subjektiven Erleben der Mitarbeiterinnen	67
6.1	Burnoutbefragung.....	67
6.2	Intention, Herausforderungen und Belastungen	71
6.3	Bedürfnisorientierung	74
6.4	Arbeitsorganisation.....	74
6.4.1	Kompetenzen und Fortbildungen	75
6.4.2	Kollegiale Unterstützung	76
6.5	Einzugsmanagement.....	77
6.6	Abschieds- und Sterbekultur	80
7	Studienergebnisse zum subjektiven Erleben der baulichen Umwelt	84
7.1	Räumliche Gestaltung	84
7.2	Umweltfaktoren	86
8	Beurteilung und Weiterentwicklung der Pflegeoase des Elisabethenhauses	88
8.1	Gesundheitsstatus, Lebensqualität und Wohlbefinden	88
8.2	Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit	91
8.3	Prozess der Konzeptentwicklung.....	92
8.4	Angehörigenperspektive.....	94
8.5	Bauliches Milieu	95
9	Literaturverzeichnis	97
10	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	102

1 Einleitung

In den letzten Jahren wurden verschiedene Konzepte und Modelle für eine qualitätvolle Betreuung von demenziell erkrankten Menschen in unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung entwickelt z. B. Pflegeoasen, Demenz-Wohngemeinschaften, Demenzdörfer oder Wohngruppenkonzepte. Ein Grund für diese Entwicklung ist wohl das bekannte Szenario der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen stetigen Zunahme von demenziellen Erkrankungen: Laut gemeinsamer Schätzungen von Weltgesundheitsorganisation und Alzheimer's Disease International zufolge litten 2013 weltweit 44,4 Millionen Menschen an einer Demenz. In Deutschland leben etwa 1,5 Millionen Demenzkranke, zwei Drittel von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Die Prävalenzzahlen – die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt – steigen mit dem Alter steil an. So verdoppelt sich die Prävalenz im Abstand von etwa fünf Jahresintervallen und nimmt von etwas mehr als 1 % in der Altersgruppe der 65–69-Jährigen auf rund 40 % unter den über 90-Jährigen zu. Laut Vorausberechnungen wird sich die Anzahl der demenziell erkrankten Menschen wahrscheinlich bis zum Jahre 2050 auf etwa 3,0 Millionen erhöhen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2014).

Ein weiterer Grund für die Entwicklung der alternativen Wohnformen ist ein Prozess des "Umdenkens" im Verlauf der letzten Jahrzehnte: Weg vom medizinisch, eindimensionalen Verständnis hin zum Erhalt des Personseins und der Lebensqualität. Unterstützt wurde dieser Prozess durch den personenzentrierten Ansatz des Sozialpsychologen Tom Kitwood und einem palliativen Pflege- und Behandlungsansatz. Dieser hat das Ziel Schmerzen und physiologische Symptome zu kontrollieren und den Betroffenen sowie deren Angehörigen psychologische, soziale und spirituelle Pflege und Unterstützung zukommen zu lassen (WHO 2002).

Das Konzept „Pflegeoase“ als segregativ-spezialisierte Versorgungsform für Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz wurde von den Pflegenden aus der Pflegepraxis heraus entwickelt und im Jahre 1998 im Altenheim Sonnweid in der Schweiz konzipiert und realisiert. Antrieb war die Unzufriedenheit der Pflegenden mit der Betreuungssituation für diese Personengruppe. Das Ziel und der Grundgedanke waren und sind es, der Einsamkeit und Isolation der Bewohnerinnen vorzubeugen.

In der Bundesrepublik wurde die erste Pflegeoase im Jahre 2006 im Seniorenzentrum Holle realisiert und von Demenz Support Stuttgart evaluiert (Rutenkröger & Kuhn 2008 a, b, c, d). Die zweite Evaluation startete 2008 in Luxemburg (Rutenkröger & Kuhn 2010). Seit 2009

wird in Holle eine Langzeitevaluation durchgeführt. Im Jahre 2010 wurde eine Evaluation in Eislingen im Altenzentrum St. Elisabeth durchgeführt (Rutenkröger, Berner, Kuhn 2012).

Die Studien der Demenz Support Stuttgart im Überblick:

- „Im Blick haben“ in Holle 2006–2007
- „Da sein“ in Luxemburg 2008–2010
- „Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum“ in Eislingen 2010–2011
- Langzeitevaluation der Pflegeoase Holle seit 2009

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitstudie in der Pflegeoase Altenzentrum St. Elisabeth, Eislingen hat die Demenz Support Stuttgart auch das Schlafverhalten in einer Pflegeoase evaluiert. Der Bericht ist herunterzuladen unter:

http://www.demenz-support.de/Repository/Evaluation_Schlafverhalten_01062012.pdf

Neben den Studien der Demenz Support Stuttgart gGmbH 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)

Die „Expertengruppe Pflegeoasen“ (Brandenburg et al. 2012), welche sich im Jahre 2009 aus in diesem Bereich forschenden Personen gründete, formulierte folgende Definitionsmerkmale 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.

International existieren derzeit ca. 33 Pflegeoasen, davon befinden sich ca. 28 Pflegeoasen in der Bundesrepublik, die der erläuterten Definition der Expertengruppe „Pflegeoasen“ entsprechen. Die Inbetriebnahme einer Pflegeoase ist derzeit noch überwiegend an den Status eines „Modellprojektes“ (ausgenommen Bayern) gekoppelt, welches wissenschaftlich evalu-

iert werden muss. Eine mögliche regelhafte Umsetzung von Pflegeoasen ohne Ausnahme-genehmigung in Zukunft hängt vom wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ab.

Die Pflegeoase in Witzhausen ist nach derzeitigem Kenntnisstand die erste und einzige Pflegeoase, die (aufgrund von Auflagen) nicht weiter betrieben wird. Es existieren verschiedene Sonderformen der klassischen Pflegeoase. Zum Beispiel 3–4 Personenzimmer, die nicht der genannten Definition entsprechen, da keine kontinuierliche Personalpräsenz am Tage gewährleistet werden kann. In der sogenannten Tagesoase gibt es ein zeitlich definiertes Betreuungsangebot in separaten Räumen. Dabei leben die Bewohnerinnen innerhalb der Einrichtung auf unterschiedlichen Wohnbereichen und werden zur Betreuung in die „Tagesoase“ gebracht.

Das Thema „Pflegeoase“ wurde in der Vergangenheit viel und kontrovers diskutiert. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (2009) hat eine sogenannte Qualitätsgeleitete Pflegeoase konzipiert. Diese sieht durch ein spezielles Baukonzept eine Kombination aus Gemeinschaftsraum und Einzelzimmer vor. Eine solche Qualitätsgeleitete Pflegeoase wurde im Jahre 2014 erstmals in Zwickau vom Arbeiter-Samariter-Bund realisiert.

Das Elisabethenhaus in Ulm hat die Demenz Support Stuttgart gGmbH zur Evaluation ihrer Pflegeoase beauftragt. Unser besonderer Dank gebührt den teilnehmenden Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, sowie den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, Kontrollgruppe und der Leitungsebene.

2 Methodisches Vorgehen

Forschungsziel

Ziel der Studie ist es, zum einen das Erleben und die Bewertung der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven (Angehörige, Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen) zu beschreiben und zu evaluieren, da die Bewohnerinnen selbst keine Auskunft über ihr Wohlbefinden und ihre subjektiv erlebte Lebensqualität geben können. Zum anderen ist es Ziel der Evaluation, den Konzeptentwicklungsprozess zu begleiten und zu moderieren. Im Rahmen dessen stellt das subjektive Belastungserleben der Mitarbeiterinnen ein wichtiges Thema dar.

Die leitenden Forschungsfragen lauten:

- Welche Auswirkungen haben die Konzepte auf die Lebensqualität/das Wohlbefinden der Bewohnerinnen¹?
- Wie erleben und bewerten Angehörige und Mitarbeiterinnen die Pflegeoase?
- Wie wird das bauliche Milieu von Angehörigen und Mitarbeiterinnen bewertet?
- Wie erleben die Pflegenden Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase und in der Kontrollgruppe (im herkömmlichen Wohnbereich)?
- Welche (Konzept-) Themen und Herausforderungen stehen während der Projektschritte im Vordergrund und bedürfen der Moderation?

Forschungsdesign und Methodenwahl

Die Studie ist als longitudinale Vergleichsstudie mit Kontrollgruppe und einer Laufzeit von 18 Monaten (Feb. 2013 bis Juni 2014) konzipiert. Die vorliegende Evaluationsstudie ist die fünfte dieser Art, die die Demenz Support Stuttgart seit 2006 zu verschiedenen Pflegeoasen durchgeführt hat. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird auf einen Mix aus qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden (Mixed Methods Design) zurückgegriffen, um den Forschungsgegenstand „Pflegeoase“ möglichst umfassend zu evaluieren.

¹ Dem Mehrheitsverhältnis in der Geschlechterverteilung wird insofern Rechnung getragen, dass im Text die weibliche Schriftform gewählt wird. Die Benennung bezieht sich auf Männer und Frauen. Des Weiteren sind zur Wahrung der Intimsphäre alle Namen (Bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen, Angehörige) anonymisiert und verändert.

Forschungsfragen	Methodisches Vorgehen	Datengrundlage
Gesundheitsstatus Diagnosen, Medikation, Ernährung, Mobilität, Schmerzen, Psychisches Wohlbefinden, Schlaf	Standardisierte Fragebögen (Instrumente) und Dokumentenanalyse <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen, demog. Daten • Medikation • MMST • Barthel • BMI • BESD • Schlafprotokoll 	Datenerfassung je nach Instrument monatlich bis 1 mal pro Erhebungszeitraum
Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz	Standardisierte Erfassung der Interaktionshäufigkeit mittels Digi-Raport (Interaktionshäufigkeit, Tätigkeitsprofil der Pflegenden – Verteilung bewohnernaher und anderer Tätigkeiten) Qualitative Interviews (problemzentriert) mit Mitarbeiterinnen (Gruppen- und Einzelinterviews)	t 1 (Oktober 2013): insgesamt 11:05 h t 3 (April 2014): insgesamt 6:23 h
Subjektives Erleben bei Mitarbeiterinnen und Angehörigen	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)	11 Interviews 4 Angehörige 7 Mitarbeiterinnen durchschnittliche Dauer 53 Minuten 3 (gültige) Fragebögen 3 Pflegeoase
Belastung der Mitarbeiterinnen	Standardisierter Fragebogen Maslach Burnout Inventory MBI-D (adaptiert nach Büssing, Perrar 1992)	73 Fragebögen 29 Pflegeoase 44 Kontrollgruppe
Bauliche Umwelt	Teilnehmende Beobachtung vor Ort – Erfassung mit technischen Instrumenten: Lautstärke mit Schallpegelmesser, Raumklima mit Hygrometer, Lichtexposition mit Luxmeter, Räumliche Umwelt mittels Fotodokumentation	1 Messzeitpunkt

Tabelle 1: Überblick Methodisches Vorgehen und Datenumfang der Evaluationsstudie

2.1 *Quantitative Datenerhebung*

Instrumente

Zur Beurteilung des körperlichen, kognitiven und psychischen Gesundheitsstatus und Wohlbefindens der Bewohnerinnen werden die in der Tabelle 1 aufgeführten Instrumente eingesetzt. Diese werden bei der Ergebnisdarstellung in Kapitel 5 und 6 erläutert. Mittels Analyse der Pflegedokumentation werden demografische Daten und Diagnosen ermittelt.

Kontakthäufigkeit/Kontaktdauer: Das wesentliche Ziel einer Pflegeoase ist es, soziale Teilhabe zu ermöglichen. Daher werden die Kontakthäufigkeit und das pflegerische Tätigkeitsprofil mittels digitaler Zeiterfassung erfasst (s. Gliederungspunkt 4.3). 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.

2.2 *Qualitative Datenerhebung*

Teilnehmende Beobachtung: Um sich dem Feld Pflegeoase und der Kontrollgruppe anzunähern und sich mit den Bewohnerinnen und den Mitarbeiterinnen vertraut zu machen, werden zwei teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Bei allen Bewohnerinnen ist die verbale Kommunikationsfähigkeit derartig eingeschränkt, dass der Einsatz von Interviewverfahren bereits im Vorfeld ausgeschlossen wird. In der vorliegenden Studie wird der Fokus auf die Verhaltensweisen der Bewohnerinnen gerichtet. Gleichzeitig können aber auch Beobachtungen zum Tagesablauf im jeweiligen Setting dokumentiert werden. Die Beobachtungen werden 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 (Pearson 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). Des Weiteren ist im Elisabethenhaus 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.

Das Problemzentrierte Interview: Die Analyse der Interviews erfolgt nach den Prinzipien des problemzentrierten Interviews (PZI) (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. Interviewleitfäden dienen in der Interviewführung dazu, das Gespräch zu strukturieren und wichtige Leitfragen zu stellen.

Vor der Durchführung der Interviews wird 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. Der Leitfaden wird anhand relevanter Themenkomplexe strukturiert. 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 können 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).

2.3 Prozessbegleitung und Konzeptentwicklung

Die vorangegangenen Evaluationen der Demenz Support Stuttgart und anderer Forschungsinstitutionen (z. B. Schuhmacher et al. 2011) ergeben eine Verdichtung der Forschungsergebnisse und eine Sättigung der Daten z. B. in Bezug auf Kontakthäufigkeiten, Schwerpunkttätigkeit der Nahrungsaufnahme. Es hat sich deutlich herauskristallisiert, dass eine engmaschige Begleitung der Mitarbeiterinnen vor allem bei Themen wie Schmerzmanagement, Mobilisation (Kinästhetik) und vor allem in Bezug auf die Konzeptentwicklung notwendig ist. Das Forschungsdesign der vorliegenden Studie wird diesen Erfordernissen angepasst. In diesem Kontext nehmen Feedbackgespräche zur Konzeptentwicklung eine deutlich höhere Relevanz und Umfang ein als dies in den vorherigen Evaluationsstudien der Fall war. Um den zeitnahen Praxistransfer zu fördern, werden Ergebnisse zur teilnehmenden Beobachtung sowie die Erkenntnisse der quantitativen Auswirkungen mit den Mitarbeiterinnen diskutiert.

Abbildung 1 visualisiert den Prozess der Konzeptentwicklung: In den Erhebungsphasen t 1 bis t 3 findet jeweils ein Evaluationsworkshop, ein Feedbackgespräch und in t 1 und t 3 zusätzlich eine teilnehmende Beobachtung statt. Während dieser Termine werden die relevanten Themen identifiziert, er- und bearbeitet. In (im Zuge der Evaluation eingeführten) Qualitätszirkeln werden die Themen durch kollegiale Beratung besprochen, vertieft und praktisch geübt. Die Erläuterung der für den Prozess der Konzeptentwicklung relevanten Themen, erfolgt thematisch zugeordnet in den Kapiteln zur Lebenssituation der Bewohnerinnen bzw. zum subjektiven Erleben der Mitarbeiterinnen und Angehörigen.

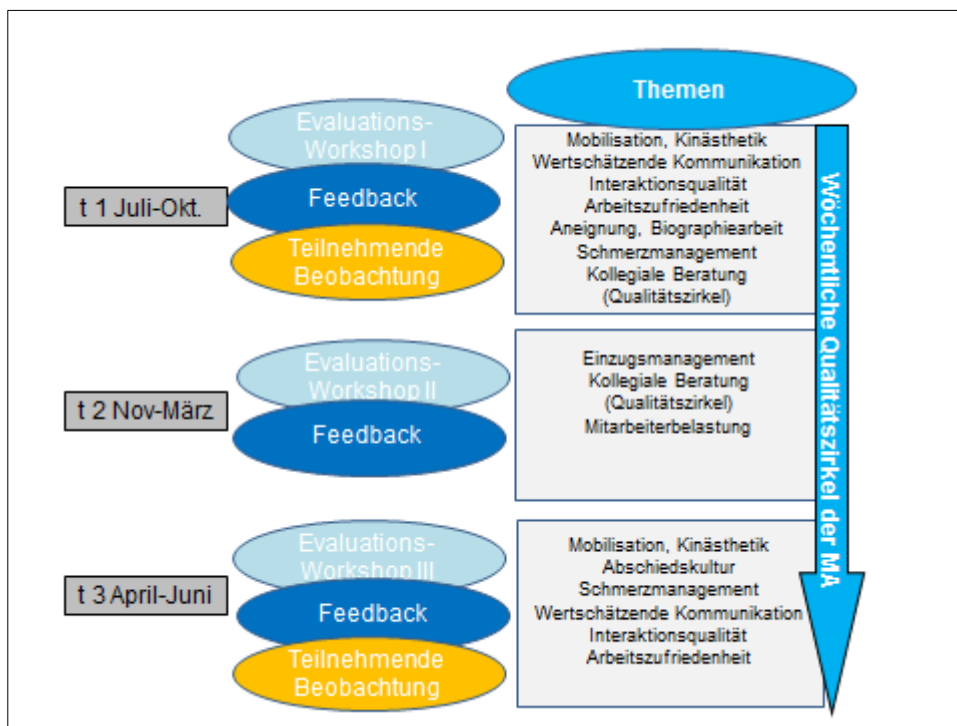


Abbildung 1: Prozess der Konzeptentwicklung t 1–t 3 vom Juli 2013–Juni 2014

2.4 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 Verfah-

rens ist, dass diese Form der Datenanalyse es ermöglicht, das Datenmaterial interpretierend auszuwerten. Dies wird auch als wissenschaftlich kontrolliertes Fremdverstehen bezeichnet (Lamnek 1995). Die Software ATLAS.ti 6 wurde zur Datenverwaltung verwendet.

2.5 Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus den verschiedenen "Akteuren" der Pflegeoase und der Kontrollgruppe zusammen: Bewohnerinnen, Angehörige und Mitarbeiterinnen, die im Zeitraum von Februar 2013 bis Juni 2014 in der Pflegeoase und in der Kontrollgruppe leben, präsent sind, ihre Angehörigen besuchen oder arbeiten. 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 Elisabethenhaus Ulm.

Pflegeoase

In der Konzeption der Pflegeoase (Stuhlmüller & Wild 2012), sind die Zielgruppe und die Auswahl der Bewohnerinnen wie folgt formuliert: Es erfolgt eine Betreuung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung, denen eine rehabilitative Pflege keine Verbesserung der Lebenssituation bringt, was sich durch folgende Einschränkungen beschreiben lässt:

- Verlust der Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme, Auftreten von Schluckbeschwerden mit Aspirationsrisiko, rapider Appetitverlust
- Harn- und Stuhlinkontinenz
- Muskelatrophien und -kontrakturen
- steigende Anfälligkeit für ein Delirium
- wiederkehrende Infekte, Lungenentzündung
- Verschlechterungen des Hautzustandes und Dekubitus
- Menschen mit Mehrfacherkrankungen, die nicht mehr mobil, in ihren verbalen Kommunikationsmöglichkeiten weitgehend eingeschränkt und körperlich stark geschwächt sind
- Menschen mit einem außergewöhnlich hohen pflegerischen und behandlungspflegerischen Bedarf in der Pflegestufe 3
- Menschen, die vollständig auf umfassende Pflege und Betreuung angewiesen sind und in ihrer Abhängigkeit darauf vertrauen müssen, dass aus fachlicher Sicht alles Notwendige für Sie getan wird
- Bewohner der Oase können nur Personen sein, die den Mitarbeiterinnen des Elisabethenhauses Ulm durch eine längere Betreuungszeit (mindestens sechs

Monate in der Einrichtung) bekannt sind. In begründeten Einzelfällen sind Ausnahmen von dieser Regelung möglich.

- Alle Beteiligten müssen darin übereinstimmen, dass für die jeweilige Bewohnerin die Oase in der letzten Lebensphase das richtige Angebot ist
- Bei Vorliegen der benannten Voraussetzungen auf den anderen angeschlossenen Wohnbereichen des Elisabethenhauses, hat in einem angemessenen zeitlichen Rahmen der Umzug in die Pflegeoase zu erfolgen.
- Für alle Bewohner besteht die Möglichkeit eines dreiwöchigen Probewohnens in der Pflegeoase. Sollte die neue Umgebung nicht die positiven Effekte zeitigen beziehungsweise Unwohlsein auslösen, kann der Demenzerkrankte weiter in seinem bisherigen Wohnumfeld verbleiben.
- Bewohner, die aufgrund ihres Verhaltens (beispielsweise disruptives Vokalisieren) als nicht gruppenfähig eingeschätzt werden oder die sich deutlich erkennbar in der Sterbephase befinden, sind von einer Aufnahme in die Pflegeoase ausgeschlossen.

(Stuhlmüller & Wild 2012)

Kontrollgruppe

Als Kontrollgruppe für die Bewohnerinnen der Pflegeoase werden sechs Personen ausgewählt, die einen ähnlichen Gesundheitsstatus und Pflegebedarf aufweisen wie die Gruppe in der Pflegeoase. Die Kontrollgruppe lebt in verschiedenen Wohnbereichen des Hauses. Die Wohnform kann als herkömmlich organisierte Wohneinheit betrachtet werden. Die Bewohnerinnen leben in Einzel- und Doppelzimmern. 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 sind? 2. Sind die Personen der Kontrollgruppe denjenigen der Oase in Bezug auf Alter, Pflegebedürftigkeit, physischem und psychischem Allgemeinbefinden vergleichbar?

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.

3 Beschreibung der Projekteinrichtung

In diesem Kapitel wird die Projekteinrichtung vorgestellt. Der Einstieg erfolgt mit der Geschichte des Elisabethenhauses. Im Anschluss wird die Konzeption, die bauliche Umsetzung sowie Milieugestaltung des Elisabethenhauses beschrieben. Der Abschluss bildet die Beschreibung des Personalkonzeptes der Pflegeoase und der Kontrollgruppe.

3.1 Geschichte des Elisabethenhauses

Das Seniorenzentrum Elisabethenhaus wurde 1987 in Betrieb genommen. Das Gebäude in der Michelsbergstraße hat eine wechselhafte Geschichte, es diente als Offizierskasino, Lazarett und bis 1985 als Nachsorgeklinik der Uniklinik, sowie als Belegkrankenhaus unter der Leitung der Schönstatt-Schwestern. 1991 wurde der Neubau eröffnet. Zwischenzeitlich bestehen 4 Wohnbereiche mit insgesamt 115 Einzel- bzw. Doppelzimmern für 141 Bewohner (Stuhlmüller & Wild 2012).



Abbildung 2: Elisabethenhaus, Quelle: Homepage des Elisabethenhauses

Lage und Trägerschaft

Das Elisabethenhaus liegt im Stadtteil Michelsberg in Ulm mit Blick auf das Ulmer Münster. Es stellt eine private stationäre Einrichtung in Trägerschaft der Regenta Betriebsgesellschaft mbH dar. Sie betreibt seit 1984 das Seniorenzentrum Haus Regenta in Bad Schussenried und seit 1987 das Seniorenzentrum Elisabethenhaus in Ulm (Stuhlmüller & Wild 2012).

3.2 Konzeption des Elisabethenhauses und bauliche Umsetzung

Auszug aus der Konzeption:

Die Pflegeoase im Elisabethenhaus wird durch einen Umbau im Bestand im Altbau Ebene 2 realisiert. Sie stellt eine gemeinsame Organisationseinheit mit dem vorhandenen beschützenden Wohnbereich dar. Die Pflegeoase umfasst ca. 150 m² Wohn- und Gemeinschaftsfläche (Stuhlmüller & Wild 2012).

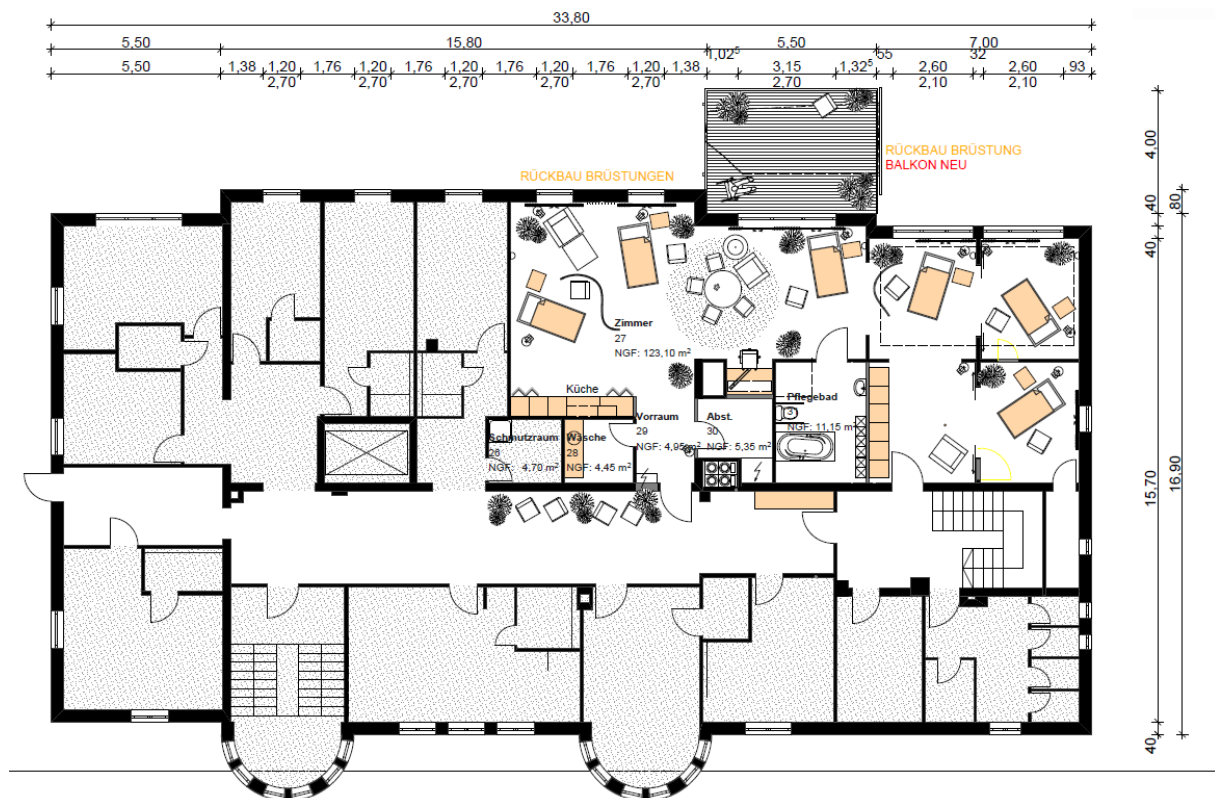


Abbildung 3: Grundriss der Pflegeoase

In der Konzeption des Elisabethenhauses sind die folgenden räumlichen Konzeptionsmerkmale festgehalten:

- räumliche Trennung vom beschützenden Pflegebereich und Erschließung über eine eigene Eingangstür
- Küchenzeile zur Verteilung von warmen Speisen und herrichten von individuellen Frühstücksangeboten, Zwischenmahlzeiten und Abendessen
- Arbeitsplatz mit Rufanlage, Sanitärbereich mit Pflegebad, Waschbecken und Toilette Gemeinschaftswohn- und Schlafbereich für sechs Bewohnerinnen, bettengängiger Balkon
- Rückzugszimmer: so können besondere Pflegebedarfe unter Umständen temporär eine Unterbringung im Einzelzimmer erfordern. Auch der Prozess des begleiteten Sterbens kann hierzu gehören.
- Pflegearbeitsraum und separater Abstellraum
- großzügiger, bettengängiger Balkon

(Stuhlmüller & Wild 2012)

Raumausstattung

- kontrolliertes Be- und Entlüftungssystem
- modulierbares Beleuchtungskonzept mit Optionen für Farbstimulation
- Umgebungsgestaltung durch warmes Farbkonzept
- Schränke und Stoffe als Raumteiler
- Paravents zur Wahrung der Intimsphäre bei der Körperpflege

(Stuhlmüller & Wild 2012)



Abbildung 4: Pflegeoase, Quelle: Homepage des Elisabethenhaus

3.3 Milieugestaltung

Die Gestaltung der Pflegeoase ist in der Konzeption (Stuhlmüller & Wild 2012) wie folgt beschrieben:

- Für jede Bewohnerin ist eine bebilderte Biografie im Sichtbereich vorgesehen.
- Es wird dosiert Musik zur Anregung am Vormittag und am Nachmittag eingesetzt.
- Über dezente ätherische Öle soll das Raumklima verbessert werden. Es sollen unterschiedliche Materialien zur sensorischen Stimulation zur Verfügung (Puppe, Stachelball, Greifring, Plüschtier, Tücher etc.) stehen.

Betreuungsziele

Die Wahrnehmungs- und Beobachtungsmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen werden verdichtet.

- Bewohnerinnen, die ihre Mitmenschen nicht mehr erkennen oder verstehen und sich ausgeschlossen (isoliert) und/oder verlassen fühlen, soll Sicherheit und Geborgenheit (Grundbedürfnisse) vermittelt werden, wenn Unsicherheit, Angst oder das Gefühl existentieller Bedrohung eintreten.

- Analog zu der Beobachtung, dass bei vielen Demenzkranken eine deutliche Reduktion der Schlafstörungen durch einen Wechsel von einem Einzel- in ein Doppelzimmer auftritt [...], soll durch das gemeinschaftliche Leben in einer Pflegeoase dem Bedürfnis nach Nähe, nach vertrauter übersichtlicher Gemeinschaft und Beziehung entsprochen werden. Ängste sollen durch die Einbindung in eine Gruppe minimiert werden.
- Das Erlebensfeld für diesen Personenkreis ist die unmittelbare Umgebung, die Nachbarschaft zum Mitbewohner sowie die Beziehung zu den Mitarbeiterinnen, die in einer echten, einführenden und akzeptierenden Beziehung den Alltag am Wohlbefinden der Bewohnerinnen ausrichten.
- In der Pflegeoase sollen Vertrauensbeziehungen entstehen, weil alle einander kennen und das Verhalten der Mitmenschen mit einer gewissen Verlässlichkeit einschätzen können.

(Stuhlmüller & Wild 2012)

3.4 Personalkonzept und -ausstattung

Pflegeoase

Die Pflegeoase und der benachbarte Gerontopsychiatrische Wohnbereich bilden eine organisatorische Einheit und ein gemeinsames Pflorgeteam. In der Pflegeoase (und dem Gerontopsychiatrischen Wohnbereich) arbeiten (Stand Mai 2013) acht Mitarbeiterinnen mit einem Stellenumfang von 7,25 Vollzeitstellen. Davon sind vier Mitarbeiterinnen examiniert (drei Altenpflegerinnen, eine Kinderkrankenschwester). Alle Mitarbeiterinnen verfügen über eine einwöchige Basis-Palliativ-Fortbildung, zwei Mitarbeiterinnen über einen Grundkurs Kinästhetik, eine Mitarbeiterin über eine Fachweiterbildung Gerontopsychiatrie.

Die Pflegeoase und der angrenzende Gerontopsychiatrische Wohnbereich werden von einer Teamleitung geleitet. Diese untersteht wiederum der Wohnbereichsleitung „Altbau“. Das Team der Pflegeoase wird regelmäßig durch Betreuungskräfte nach § 87 b SGB XI unterstützt.

Kontrollgruppe

Der Kontrollgruppe gehören (Stand Mai 13) zwölf Mitarbeiterinnen an. Diese arbeiten auf unterschiedlichen Wohnbereichen. Fünf der Kontrollgruppenmitarbeiterinnen sind examiniert (zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, drei Altenpflegerinnen).

4 Studienresultate zur Lebenssituation der Bewohnerinnen

In diesem Kapitel werden die Studienresultate zur Lebenssituation der Bewohnerinnen analysiert. Zunächst erfolgt ein Überblick zum medizinischen Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen und Angaben zur (inkonstanten) Stichprobengröße. Im Anschluss wird die Verhaltenskompetenz in Bezug auf das Aufmerksamkeitsniveau, die (Non-) verbale Kommunikation sowie den Bewegungsradius beschrieben. Grundlage sind die Interviewaussagen der verschiedenen Akteure bzw. das Assessment zum Bewegungsradius.

4.1 Stichprobe und Gesundheitsstatus

Für die Studienteilnahme sind anhand der Einschlusskriterien (Aufnahmekriterien für die Pflegeoase) insgesamt 16 Personen (n=9 Pflegeoase, n=7 Kontrollgruppe) herausgefiltert worden. Das durchschnittliche Alter in der Pflegeoase beträgt 81,2 Jahre (65–92 Jahre) und in der der Kontrollgruppe 81 Jahre (72–90 Jahre). Eine Übersicht zur Stichprobe gibt die nachfolgende Tabelle:

Stichprobenbeschreibung	Oase	Kontrollgruppe
Stichprobengröße	n=6 (weiblich)	n=3 (weiblich)
Alter*	Jahre 64–91	Jahre 70–88
Mittelwert	Jahre 81,3	Jahre 79,0
Median	Jahre 85,0	Jahre 79,0
Diagnosen	6 x Demenzdiagnose 1 x Medaischämie	2 x Demenzdiagnose 1 x senile schizoaffektive Psychose bei vaskulärer Enzephalopathie
Pflegestufen	Stufe 3 (n=5), 2 (n=1)	Stufe 3 (n=1), 3+ (n=1), 2 (n=1)
MMST	0 Punkte	0 Punkte
Barthel-Index	t 0: 0 P. (n=4), 5 P. (n=2) t 1: 0 P. (n=3), 10 P. (n=2), 5 p. (n=1)	t 0: 0 P. (n=6) t 1: 0 P. (n=6)
PEG Sonde	1 x PEG	
Wohndauer	1,9–7,3 Jahre	1,8–9,8 Jahre
Mittelwert	4,0 Jahre	5,3 Jahre
Median	2,9 Jahre	4,4 Jahre

Tabelle 2: Übersicht zur Stichprobe (*Stand Januar 2014)

Die Anzahl der Bewohnerinnen in der Pflegeoase und der Kontrollgruppe ist stark variierend. Während des Evaluationszeitraums sind in beiden Gruppen insgesamt 10 Bewohnerinnen verstorben. Zwei potentielle Bewohnerinnen sterben in t 0 vor Einzug, je eine BW in t 1 und in t 3. In t 2 zieht eine Bewohnerin (BW 9) in die Pflegeoase, welche vorher in der Kontrollgruppe war. In der Kontrollgruppe versterben insgesamt 6 Bewohner: Zwei Bewohnerinnen in t 0, zwei in t 1 und t 2. Abbildung 5 visualisiert die Anzahl der Bewohnerinnen beider Erhebungsgruppen zu den verschiedenen Erhebungsphasen. In der Pflegeoase werden in den Erhebungsphasen n=5 bzw. in t 2 n=6 Bewohnerinnen einbezogen. In der Kontrollgruppe sind das zu t 0 und t 1 jeweils 6 Bewohnerinnen zu t 2 und t 3 nur noch drei Bewohnerinnen.

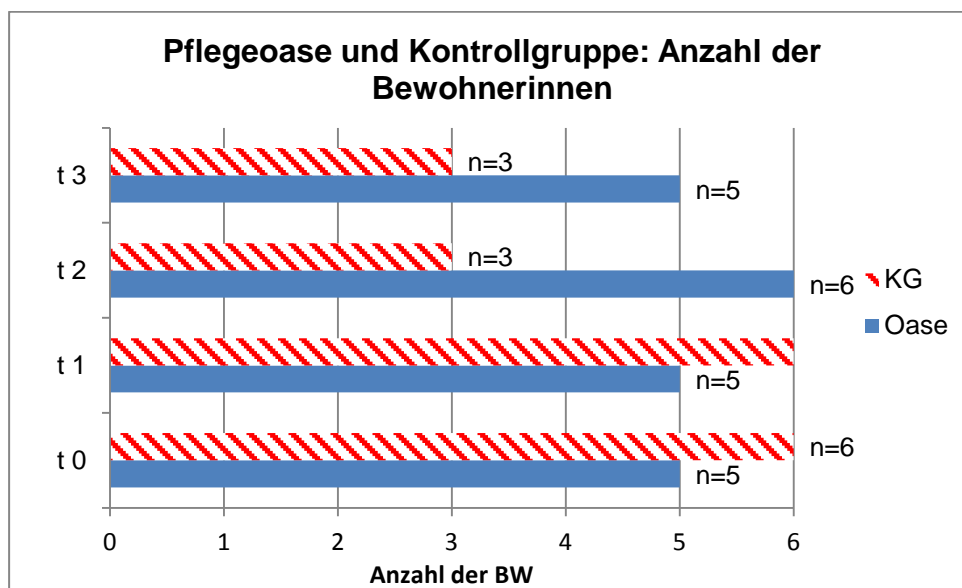


Abbildung 5: Anzahl der Bewohnerinnen t 0-t 3

Der Barthel Index der Bewohnerinnen der Pflegeoase und Kontrollgruppe weist meist 0 Punkte auf (siehe Tabelle 2). In t 1 haben drei Bewohnerinnen der Pflegeoase 5 (n=1) bzw. 10 Punkte (n=2). Diese sind auf Ressourcen der Bewohnerinnen bei der Nahrungsaufnahme, Transfer und Mobilität zurückzuführen.

4.2 Verhaltenskompetenz

Um die Verhaltenskompetenz der Bewohnerinnen zu beschreiben, werden das "Aufmerksamkeitsniveau und die Teilhabe" auf Grundlage der qualitativen Interviews beschrieben sowie die Erfassung des Bewegungsradius anhand eines Assessments.

4.2.1 Aufmerksamkeit und Teilhabe

Die Mitarbeiterinnen beobachten deutliche Verbesserungen des Aufmerksamkeitsniveaus der Bewohnerinnen nach Einzug in die Pflegeoase. Sie machen dies unter anderem an den sie verfolgenden, interessierten Blicken der Bewohnerinnen fest.

„Einfach von dem was sie mitbekommt ... auch wie sie schaut, also auch die Augen gehen hinterher und sie lacht viel.“ (I 1)

Die Räumlichkeit der Pflegeoase wirkt sich nach Beobachtung der Mitarbeiterinnen positiv auf das Aufmerksamkeitsniveau der Bewohnerinnen aus. Einige Bewohnerinnen werden mobilisiert, andere werden zumindest mit ihren Betten in die „zentrale Mitte“ der Pflegeoase gefahren, so dass auf diese Weise Nähe und Blickkontakt möglich ist. Diese Flexibilität und Bedürfnisorientierung war im herkömmlichen Wohnbereich so nicht möglich, wie das nachfolgende Zitat zeigt.

„In dem alten Raum war es auch nicht immer möglich das Bett zu drehen und das war halt ein ganz kleiner Raum und hier wird das Bett jeden Tag anders gestellt, mal da schauen, mal da schauen.“ (I 1)

Die Bewohnerinnen reagieren auf ihnen bekannte Pflegenden z. B. mit dem Öffnen der Augen. Die Mitarbeiterinnen erleben das gesteigerte Aufmerksamkeitsniveau als Bestätigung und Erfolgserlebnis:

*„Früher habe ich nie gesehen, dass sie die Augen aufgemacht hat. **Für mich war das jetzt wirklich wundervoll, ich weiß nicht, ich glaube es war vor einem Monat, dass sie beim Essen richtig die Augen aufgemacht hat und mich ganz genau angeschaut hat.** Dann spürst du schon, sie will jetzt sehen, wer gibt mir das Essen.“ (I 8)*

Eine Bewohnerin hat nach Auffassung der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase zu Beginn zu wenig Anregung erfahren. Um der Bewohnerin Teilhabe zu ermöglichen, wird sie von den Pflegenden mit auf den zugeordneten Wohnbereich ("Gerontopsychiatrischer Wohnbereich") genommen. Nachdem weitere Bewohnerinnen in die Pflegeoase verlegt werden, verbessert sich die „gesellschaftliche“ Situation in der Pflegeoase.

*„Am Anfang war die Frau Schrade ja quasi die Einzige, die mobilisiert wurde und wenn sie wach war, fand ich es für sie schon manchmal etwas langweilig. **Wenn sie dann nur hinter einem her schaut, sonst ist nichts da, dann habe ich sie wenn ich Pause gemacht habe, mit nach vorne genommen in den Bereich. Dann kann sie schauen, mit der Frau Friedrich, das ist jetzt schon wieder etwas anderes, da muss man sehen wie sich das jetzt weiter gibt.**“ (I 1)*

Noch im selben Monat ziehen zwei weitere Bewohnerinnen ein, die häufig mobilisiert werden und sich gegenseitig ein Gemeinschaftsgefühl vermitteln.

Eine Angehörige beobachtet ebenfalls Veränderungen des Aufmerksamkeitsniveaus ihrer Mutter. Sie hält es aber auch für möglich, dass die Verbesserung nicht primär mit der Pflegeoase zusammenhängt, sondern mit den Besuchen ihres Vaters:

*„**Sie schaut viel mehr, sie lacht jetzt auch wieder**, wobei das liegt vielleicht an dem, dass wir jetzt beide wieder kommen, **das hat sie gemerkt, als es meinem Papa schlecht ging, da kam der ja nicht, da war sie auch selber ziemlich traurig**, und jetzt habe ich das Gefühl, sie lacht wieder viel mehr und ist, ja wacher, irgendwie.“ (I 6)*

Wenn sie sich einem Besuch entziehen möchte, schließt eine Bewohnerin immer die Augen, wie das Zitat einer Mitarbeiterin zeigt:

"Wenn er kommt, dann macht sie sie konsequent zu. Aber der hat sie auch immer geärgert. Die haben sich gegenseitig geärgert, früher als sie noch im Rollstuhl saß, aber, sie macht dann konsequent die Augen zu, dann ist Schluss." (I 8)

Zusammenfassung

Mitarbeiterinnen und Angehörige beschreiben deutliche Verbesserungen im Aufmerksamkeitsniveau der Bewohnerinnen. Sie schildern dies anhand der Blicke der Bewohnerinnen und erleben das gesteigerte Aufmerksamkeitsniveau als Bestätigung ihrer Arbeit. Für die Angehörigen ist es eine Bestätigung für die gute Unterbringung und Versorgung in der Pflegeoase.

4.2.2 (Non-) verbale Kommunikation

Die Bewohnerinnen der Pflegeoase kommunizieren vorwiegend nonverbal. Die Interpretation der nonverbalen Indikatoren und die damit verbundene Identifikation der Bedürfnisse ist ein wichtiger Schritt zu mehr Lebensqualität für die Bewohnerinnen und stellt eine große Herausforderung für die Angehörigen und Mitarbeiterinnen dar. Ein Angehöriger berichtet von der rasanten Abnahme der kognitiven Leistungsfähigkeit seiner Schwester. Nach der Abnahme ihrer verbalen Kommunikationsfähigkeit erscheint ihm eine Kommunikation unmöglich, wie das nachfolgende Zitat zeigt.

*„Und hier jetzt im Heim in diesen sechs Jahren, sagen wir mal, hat sie ja so brutal abgebaut. Die Demenz ist so brutal fortgeschritten, dass es also wirklich so ist, dass sie nur noch im Bett drin liegt und ich persönlich kann wirklich nicht sagen: **Weiß sie jetzt, dass ich komme, oder weiß sie das nicht? Reden kann sie nicht, sie schaut mich an, der Blick ist ja auch, aus meiner Sicht, also, der sagt selber auch nicht mehr viel aus. Wenn ich normalerweise jemand in die Augen rein schaue, merke ich ja, wie er lebt, was er denkt, aber, das fehlt alles.**“ (I 4)*

Eine weitere Angehörige beschreibt ein subjektives Gefühl des Erkennens und fühlt sich in diesem Gefühl durch das Lächeln ihrer Mutter bestätigt.

*"Das kann ich nicht so richtig einschätzen. Also, ich glaube, sie weiß nicht, dass ich ihre Tochter bin ... **Sie weiß, dass ich irgendwie jemand Wichtiges bin, glaube ich, weil sie dann schon immer meistens lächelt**" (I6)*

"Ich habe sie schon gefragt, Mutter wie geht es dir? Dann lacht sie, haha, von wegen, was fragst du für einen Blödsinn, wie soll es mir schon gehen? Also das, das habe ich jetzt schon zwei, drei Mal die Reaktion bekommen, ich habe sie auch nicht mehr gefragt, wie es ihr geht. Sie kann es sicherlich nicht beschreiben." (I 11)

Die Überzeugung, dass sich ihre Schwester in der Pflegeoase sehr wohl fühlt führt eine Angehörige auf die mimischen Indikatoren zurück:

*"Ja, ich meine, es geht bei ihr bergab, das ist klar und sie kann sich jetzt auch nicht mehr so äußern, **aber ich habe das Gefühl, sie macht nicht so leicht Falten, wenn ihr irgendetwas gegen den Strich geht, ... sie hat früher immer so die Stirn kraus gezogen und das macht sie nicht mehr.**" (I 10)*

Eine Mitarbeiterin berichtet von ihrer Erfahrung mit einer Bewohnerin. Seit sie die Bewohnerin über jede Handlung aufklärt und mit ihr spricht, obwohl keine verbalen Antworten "zurückkommen", fällt ihr die Körperpflege viel leichter.

"Frau Friedrich hat immer alles dagegen gemacht. Wenn du sie drehst, oder anziehst oder ausziehst, du bist selbst so verschwitzt, aber jetzt macht sie richtig gut mit. Wenn du es ihr sagst, Frau Friedrich, jetzt lassen sie sich mal auf die Seite drehen, ich muss ihren Rücken waschen ... und sie macht nichts dagegen... Das ist richtig!" (I 1)

Entscheidungen werden laut der subjektiven Einschätzung der Mitarbeiterin von der Bewohnerin bewusst getroffen und können von ihr gedeutet werden.

"Und beim Kontaktieren merkt man, dass sie alle Entscheidungen richtig bewusst trifft, alle. Mund aufmachen, beim Waschen mitmachen oder nicht mitmachen." (I 8)

*"Sie bewegt manchmal den Mund, als würde sie sprechen wollen. **Und man muss auch mit ihr sprechen, sonst ist alles nichts.**" (I 8)*

Eine weitere Bewohnerin kommuniziert verbal, indem sie Füllwörter verwendet. An der Art und Weise z. B. der Lautstärke und der Wahl der Wörter, gelingt den Mitarbeiterinnen die mutmaßliche Interpretation der Stimmung der Bewohnerin:

*"Sie hat immer so eine Art sich mitzuteilen: Eins, zwei, drei, sagt sie immer. Eins, zwei, drei. Das ist immer ein Zeichen dafür, dass ihr etwas nicht passt. **Wenn du weiter machst, obwohl ihr das nicht passt, so wird das eins, zwei, drei immer lauter. Eins, zwei, drei und wenn es dann nicht aufhört, dann schreit sie ...** Das ist so die Steigerung. Jetzt sagt sie, seit sie auf der Oase ist, schaut sie immer und wenn ihr etwas recht ist ... **Dann nickt sie, und jetzt kommt öfters ahhh, und ohhh, eins, zwei, drei, vier, fünf, sechs, sieben ... Aber, das ist jetzt eine ganz andere Art.**" (I 1)*

"Es gibt positive Sätze und es gibt negative Sätze, dieses, von der Oder bis zur Elbe, sagt sie ja auch immer. Das ist auch ein negativer Satz, glaube ich, weil, das hat sie immer, wenn was traurig war, schlecht war. Ich kann doch nicht zur Elbe, sagt sie dann." (I 1)

Die Mitarbeiterinnen und Angehörigen beobachten auch bei den anderen Bewohnerinnen vermehrt, dass die Bewohnerinnen immer häufiger verbal kommunizieren:

„Ich habe den Sohn von Frau Friedrich vor zwei Tagen gesprochen. ... und er hat auch gesagt, er wundert sich, dass die Frau jetzt auch ein bisschen mehr wach ist und mit Sätzen antwortet. Das hat er erst einmal nicht geglaubt, als ich ihm das gesagt hatte. Sie hat geredet, nicht ganz deutlich aber doch kurze Sätze hat sie gemacht. Das hat er auch gemerkt.“ (I 1)

"Jetzt spricht sie plötzlich. Ich bin heute Morgen erschrocken." (I 1)

Zusammenfassung: Die Mitarbeiterinnen und Angehörigen nehmen oft nur kleine Veränderungen in der verbalen oder nonverbalen Kommunikation wahr, werten diese jedoch ähnlich wie das gesteigerte Aufmerksamkeitsniveau als großen Fortschritt bzw. als Bestätigung ihrer Arbeit. Bei der nonverbalen Kommunikation werden primär mimische Indikatoren beobachtet und interpretiert wie „lächeln“ oder „Stirn in Falten ziehen“. Die Mitarbeiterinnen berichten von der Notwendigkeit mit den Bewohnerinnen zu sprechen und sind in der Lage die verbalen und nonverbalen Indikatoren der Bewohnerinnen zu deuten.

4.2.3 Bewegungsradius

Der Bewegungsradius der Bewohnerinnen wird in beiden Erhebungsgruppen monatlich erhoben (fehlend Juli KG). Er ist in vier Aufenthaltsorte untergliedert: Aufenthalt in Pflegeoase/Bett bzw. Zimmer/Bett, im Wohnbereich, außerhalb des Wohnbereichs im Haus, außerhalb des Hauses.

Pflegeoase

Nach Einzug in die Pflegeoase nimmt die Anzahl der Bewohnerinnen, die täglich aus dem Bett mobilisiert werde, deutlich zu (Abbildung 6), so dass im September 4 der 5 Bewohne- rinnen täglich herausgesetzt werden. Im weiteren Verlauf werden die Bewohnerinnen wieder deutlich seltener mobilisiert.

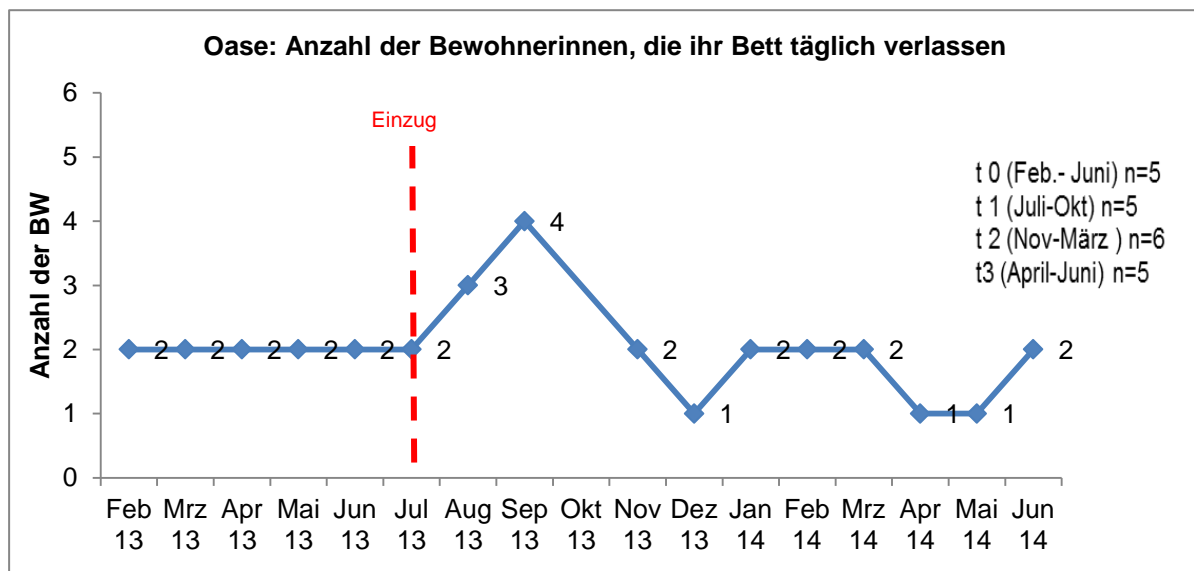


Abbildung 6: Oase Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett täglich verlassen

Abbildung 7 visualisiert die Anzahl der Bewohnerinnen, welche ihr Bett überhaupt nicht mehr verlassen. Vor Einzug sind das 2 Bewohnerinnen, nach Einzug 0–2 Bewohnerinnen.

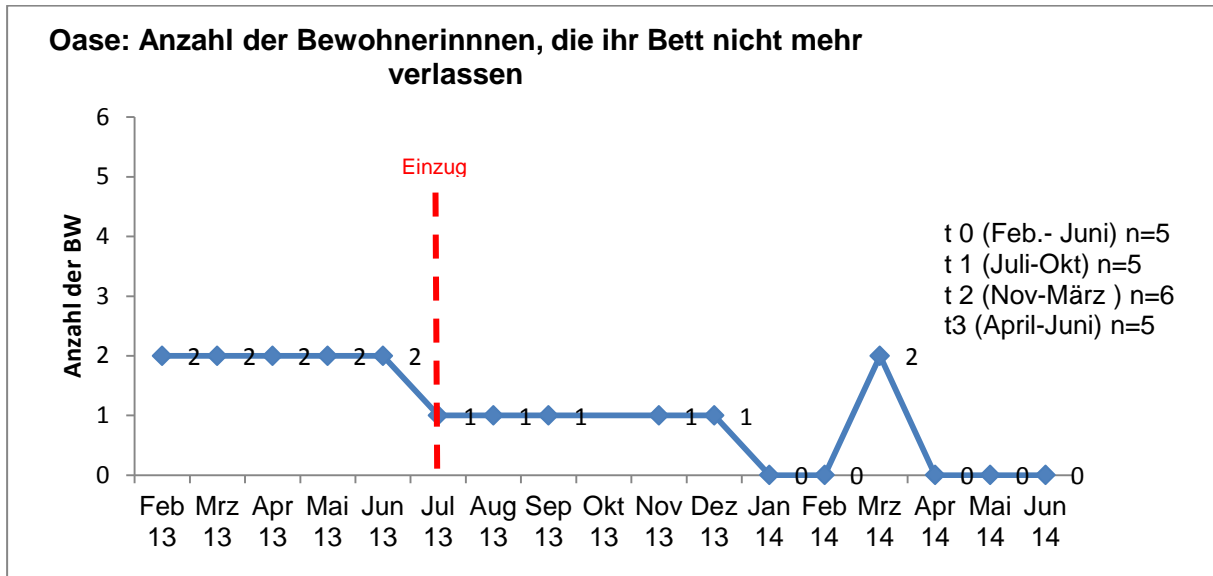


Abbildung 7: Oase Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett nicht mehr verlassen

Vor Einzug haben zwei bis drei Bewohnerinnen ihr Zimmer nicht mehr verlassen, nach Einzug nimmt der Bewegungsradius der Bewohnerinnen deutlich zu, so dass im September 2013 alle Bewohnerinnen die Oase verlassen. Im weiteren Verlauf verringert sich der Bewegungsradius wieder. Gegen Ende der Evaluation (im Mai) verlassen wieder alle Bewohner die Oase (siehe Abbildung 8).

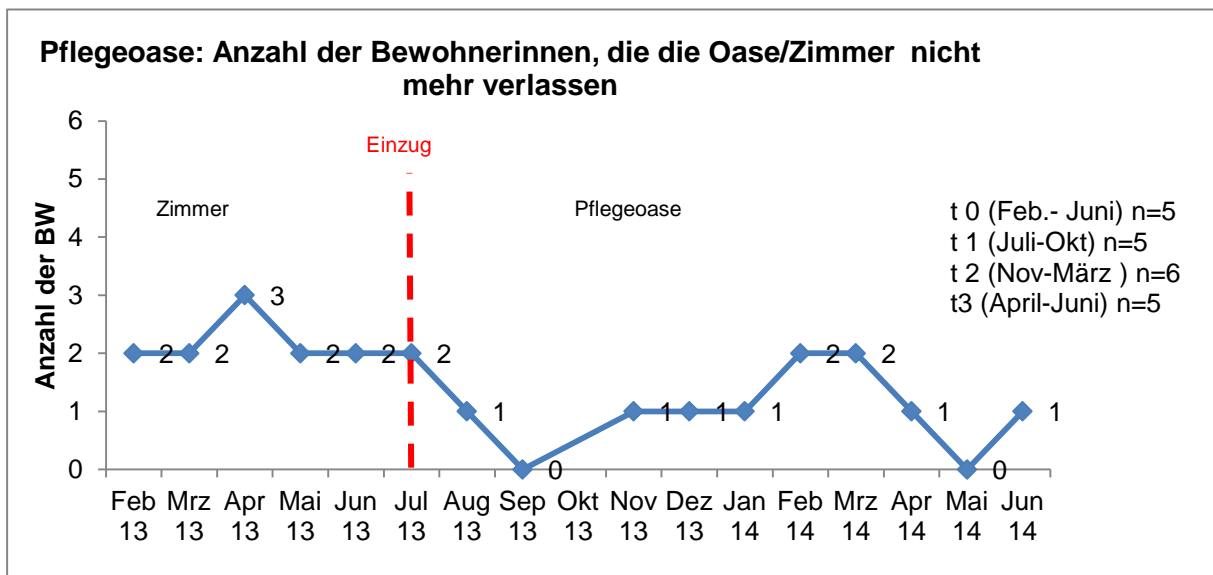


Abbildung 8: Oase Anzahl der Bewohnerinnen, die Zimmer/Oase nicht mehr verlassen

Kontrollgruppe:

Auch in der Kontrollgruppe verlassen zu Beginn der Evaluation lediglich 2 Bewohnerinnen ihr Bett täglich. Im weiteren Verlauf findet deutlich mehr Mobilisation statt. Im September werden vier der sechs Bewohnerinnen täglich aus dem Bett mobilisiert. Gegen Ende der Evaluation eine Bewohnerin.

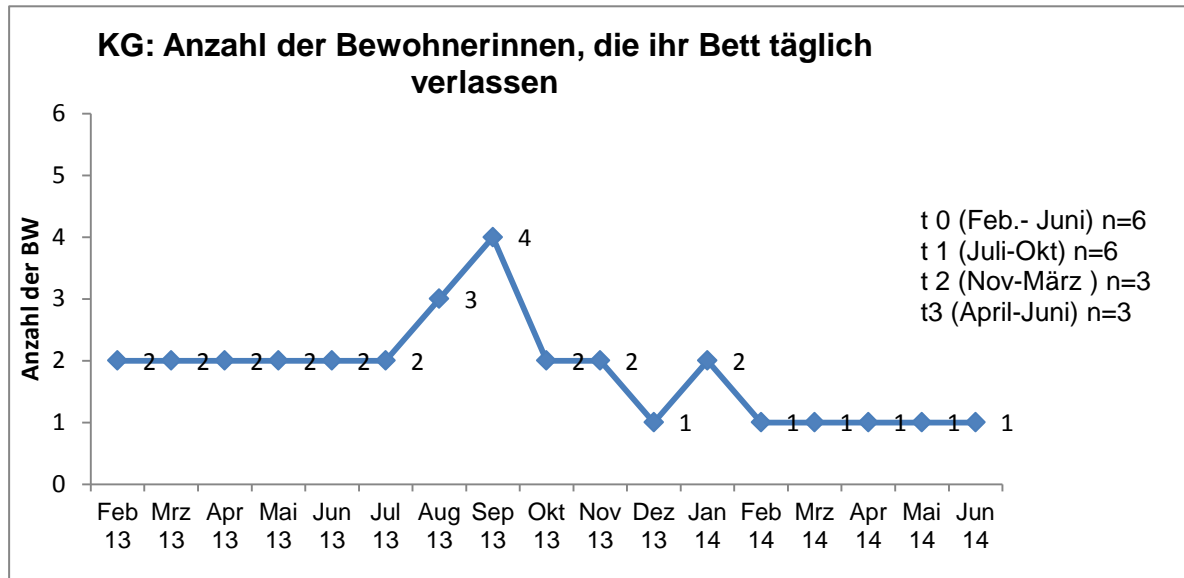


Abbildung 9: KG Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett täglich verlassen

Zu Beginn der Evaluation verlassen 2 (der 6) Bewohnerinnen ihr Bett überhaupt nicht mehr. Im Laufe der Evaluation sinkt Anzahl stetig, so dass überwiegend 0-1 Bewohnerinnen ihr Bett nicht mehr verlassen.

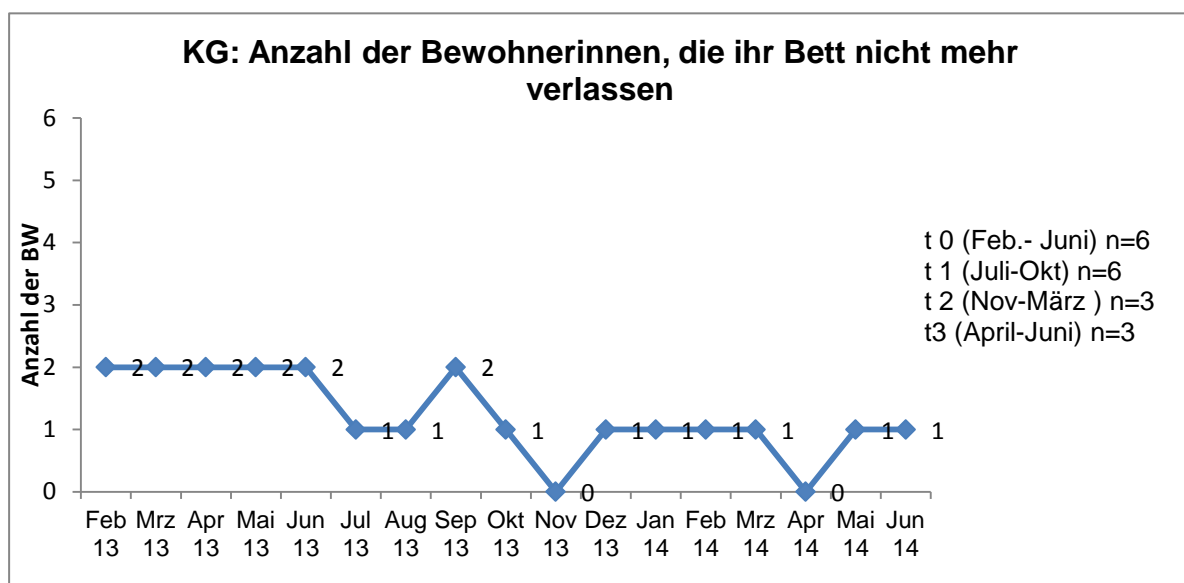


Abbildung 10: KG Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett nicht mehr verlassen

Die Anzahl der Bewohnerinnen der Kontrollgruppe, die "ihr Zimmer nicht mehr verlassen" verringert sich annähernd analog zum Verlassen des Bettes (siehe Abbildung 11), so dass im Laufe der Evaluation ein größerer Bewegungsradius zu konstatieren ist.

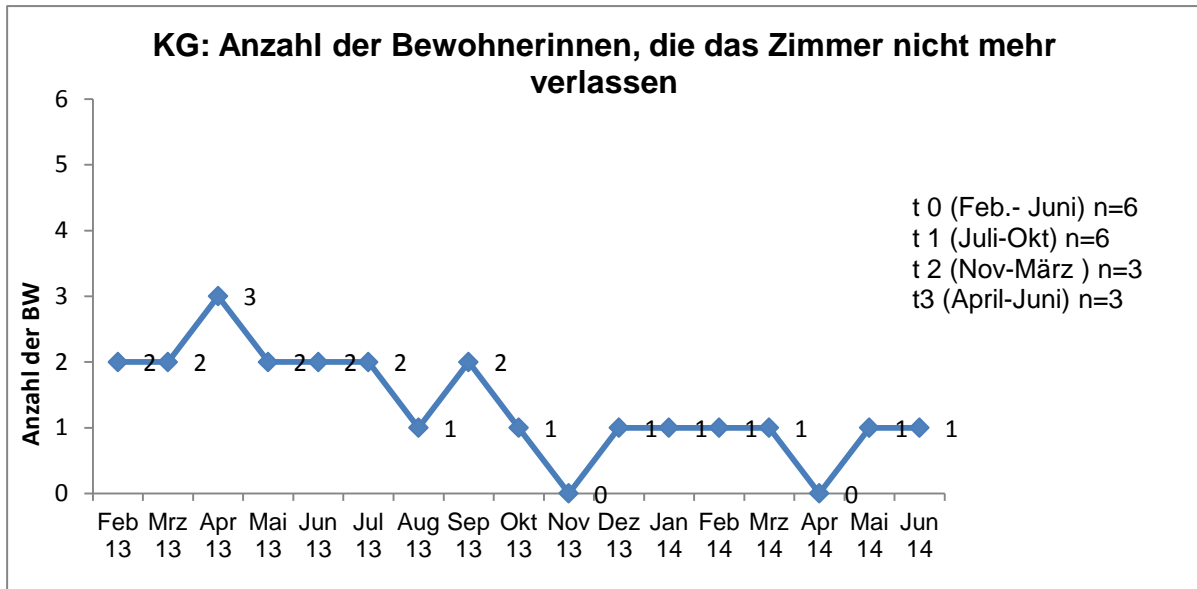


Abbildung 11: Anzahl der Bewohnerinnen, die das Zimmer nicht mehr verlassen

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass sich der Bewegungsradius in beiden Erhebungsgruppen im Laufe der Evaluation im Erhebungszeitraum t 1 (ab Juli 2013) zunächst deutlich vergrößert, um sich im weiteren Verlauf wieder zu verringern.

4.3 Interaktionen

Ein zentrales Ziel der Versorgungsform Pflegeoase ist es, der Vereinsamung von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz entgegenzuwirken. Doch wie viel Pflege- und Betreuungszeit kommt den einzelnen Bewohnerinnen tatsächlich zuteil? Zunächst werden die bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten der Pflegenden ausgeführt. Die Analyse der Interaktionshäufigkeit und der Kontaktdauer (siehe 4.3.2) beantwortet die folgenden zentralen Fragen: Wie häufig erfolgen die Interaktionen d. h. die Kontakte zwischen den Pflegenden (oder anderen in der Oase tätigen Personen), wie lange dauern sie und wie viel Zeit „erhalten“ die einzelnen Bewohnerinnen? Da die Qualität der Interaktionen für die Bewohnerinnen von besonderer Bedeutung sind, werden die Interaktionen mit Hilfe des Dementia Care Mapping (DCM 7) (Bradford Dementia Group 1997) beobachtet und in Gliederungspunkt 4.3.3 erläutert.

Vorgehen

Für die Erfassung der Kontaktzeiten sind Handgeräte (Digi-Raport) verwendet worden, die üblicherweise zur Zeiterfassung im Handwerk eingesetzt werden. (Die Erhebung erfolgt ausschließlich in der Pflegeoase.) Diese Geräte wurden auch in den von der Demenz Support Stuttgart durchgeführten Studien in Holle, Luxemburg und Eislingen eingesetzt (Rutenkröger & Kuhn 2008; Rutenkröger, Berner, Kuhn 2012). In diesen vorangegangenen Evaluationen wurden sowohl in der Pflegeoase, als auch im herkömmlichen Wohnbereich (Einzel- und Doppelzimmer) über mehrere Tage Daten erhoben. Die Evaluationen der Demenz Support, sowie die Evaluationen anderer Forscherinnen (Dettbarn-Reggentin & Reggentin 2010, Schuhmacher et al. 2011, Rüsing et al. 2012) verdeutlichen eine deutlich höhere Kontaktdichte in Pflegeoasen als in herkömmlichen Bereichen. Die Studienergebnisse legen eine gewisse „Sättigung“ nahe, so dass im Elisabethenhaus an zwei Tagen (in t 1 und t 3) eine „reduzierte“ Erhebung in der Pflegeoase und ausschließlich von Seiten der Forscherinnen durchgeführt wird. Die Erfassung wird mit zwei Geräten durchgeführt: Ein Gerät für die „Hauptpflegeperson“ in der Pflegeoase und ein Gerät für die „Zweitpflegeperson“. Als „Zweitpflegepersonen“ werden Mitarbeiterinnen kodiert, die zusätzlich in die Pflegeoase kommen, um dort unterstützende Pflegetätigkeiten, Betreuungsleistungen oder therapeutische Interventionen durchzuführen.

- Die „bewohnernahen“ Tätigkeiten werden in Essen, Körperpflege, Mobilisation, psychische Betreuung und therapeutische Interventionen unterschieden. Tätigkeiten mit einer Gruppe von Bewohnerinnen z. B. Singen, mit Bewohnerinnen sprechen, gemeinsam am Tisch oder auf dem Balkon sitzen etc. werden auch als bewohnernahe Tätigkeiten gewertet.
- Bewohnerferne Tätigkeiten sind alle Tätigkeiten außerhalb der Pflegeoase, z. B. Wäsche hereinholen, Essenswagen vor die Türe schieben, Dokumentation schreiben, Pause etc. sowie Tätigkeiten innerhalb der Pflegeoase, die keinen unmittelbaren Bezug zu Bewohnern haben, z. B. Vor- und Nachbereitungen für Körperpflege, Wäsche einräumen, Bett machen, etc.

Datengrundlage

Die Datenerhebung erfolgt an zwei Tagen im Erhebungszeitraum t 1 (Oktober 2013) und t 3 (April 2014):

t 1 (Oktober 2013): Im Zeitraum von 8:26–16:55 Uhr werden insgesamt 11:05 Stunden erfasst. Diese verteilen sich auf 8:29 Stunden für die zuständige Pflegekraft in der Pflegeoase und 2:36 Stunden für eine „Zweitpflegeperson“. Als „Zweitpflegepersonen“ werden exami-

nierte Pflegekräfte, eine Betreuungskraft nach § 87 b SGB XI sowie eine Krankengymnastin kodiert.

t 3 (April 2014): Im Zeitraum von 8:33–14:06 Uhr werden insgesamt 6:23 Stunden erfasst. Davon sind 5:33 Stunden Tätigkeiten der anwesenden Hauptpflegekraft und 0:50 Stunden fallen der Zweitpflegekraft zu.

4.3.1 Bewohnernahe und bewohnerferne Tätigkeiten

Im Oktober 2013 (t 1) werden 61 % bewohnernahe Tätigkeiten durchgeführt und ein halbes Jahr später im April 2014 (t 3) 56 %. Bewohnerferne Tätigkeiten wie z. B. Dokumentationen beanspruchen im Oktober 2013 (t 1) 39 % und im April 2014 (t 3) 44 % der Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen.

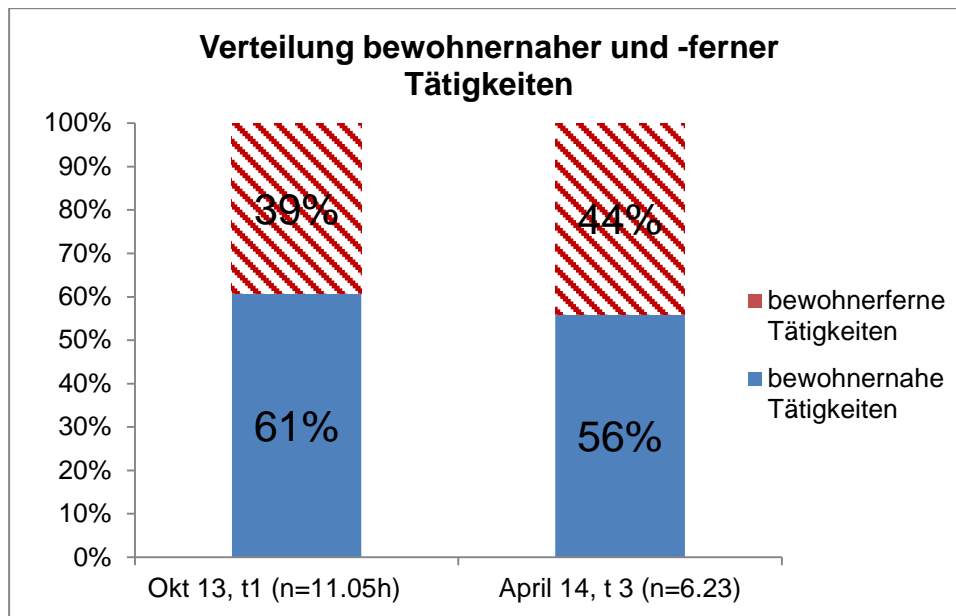


Abbildung 12: Verteilung der bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten

Analyse: Zu beiden Erhebungszeiträumen wird der Großteil der Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase bewohnernah, d. h. in direktem Kontakt mit den Bewohnerinnen durchgeführt. Dies bestätigt die Ergebnisse aller anderen Evaluationen. Vergleicht man die Erhebungen zu t 1 und t 3, fällt eine leichte Abnahme der bewohnernahen Tätigkeiten auf (von 61 % auf 56 %).

Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten t 1

t 1 (Oktober 2013): Ein detaillierter Blick auf die bewohnernahen Tätigkeiten (siehe Abbildung 13) verdeutlicht, dass der Hauptanteil mit 43 % in der Unterstützung beim Essen (und Trinken) liegt. 28 % der Zeit wird für die Körperpflege genutzt, gefolgt von 14 % für die psy-

chische Betreuung und 8 % für die Mobilisation der Bewohnerinnen. Den geringsten Anteil nimmt die therapeutische Intervention mit 7 % ein.

t 3 (April 2014): Die Unterstützung beim Essen nimmt 56 % der bewohnernahen Zeit in Anspruch, gefolgt von 21 % Körperpflege und 19 % Mobilisation. Schlusslicht sind die psychische Betreuung (3 %) und therapeutische Interventionen 1 %.

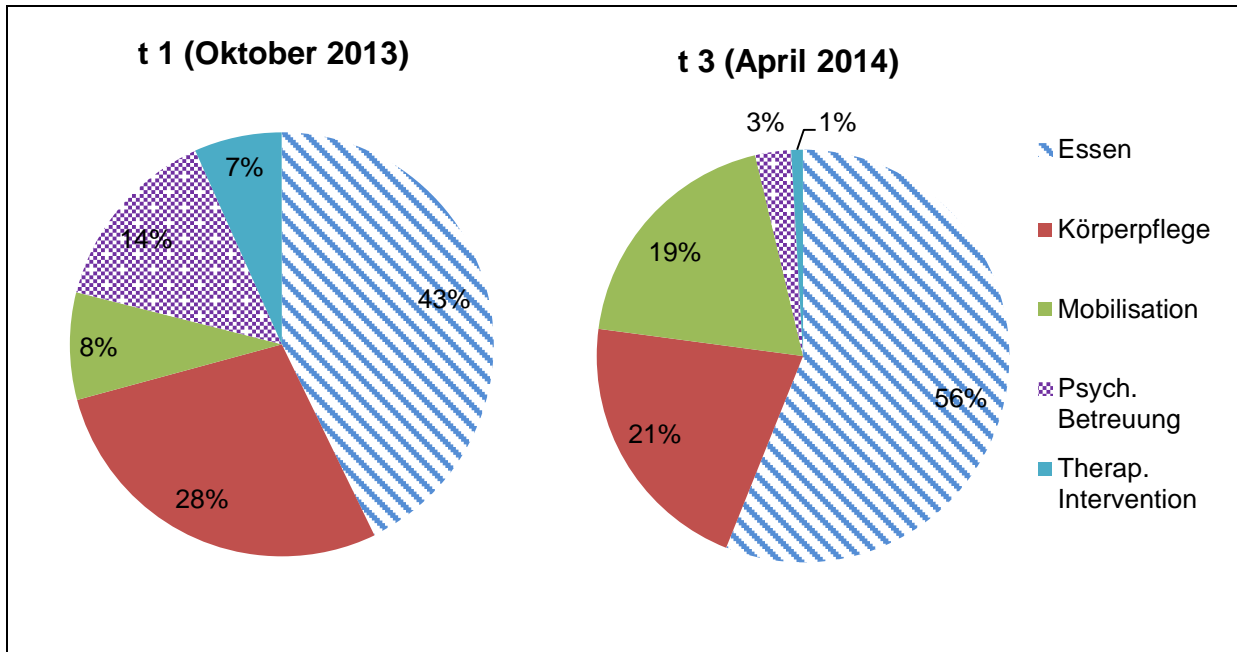


Abbildung 13: Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten

Analyse: Zu beiden Erhebungszeitpunkten nimmt die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme mit 43 % in t 1 und 56 % in t 3 den größten Stellenwert ein. Darauf folgen die Körperpflege mit 28 % bzw. 21 %. Bezüglich der Mobilisation bestehen deutliche Unterschiede. Im Oktober 2013 (t 1) fallen lediglich 8 % für die Mobilisation z. B. das Heraussetzen einer Bewohnerin in den Sitzwagen an, ein halbes Jahr später im April 2014 (t 3) sind dies 19 %. Erklären lässt sich dies durch eine deutliche Abnahme der psychischen Betreuung (von 14 % auf 3 %) und der therapeutischen Interventionen (von 7 % auf 1 %) im April 2014 (t 3). Im Oktober 2013 sind eine Krankengymnastin/Ergotherapeutin sowie eine Betreuungskraft gemäß § 87b Abs. 3 SGB XI in der Pflegeoase während der Erhebung aktiv, im April erfolgt die Betreuung ausschließlich durch Pflegekräfte.

4.3.2 Häufigkeit und Dauer

Die Frage nach der Interaktionshäufigkeit und der Kontakthäufigkeit steht in diesem Gliederungspunkt im Vordergrund. Wie häufig erfolgen Interaktionen (Kontakte) mit den Pflegenden (Therapeuten, Betreuungskräften...) und wie viel bewohnernahe Zeit kommt den einzelnen Bewohnerinnen zugute?

Interaktionshäufigkeit

Analysiert man die Interaktionen der Bewohnerinnen und Pflegenden an beiden Erhebungszeitpunkten pro Tag (hochgerechnet auf 14 Stunden, (siehe Abbildung 14), so sind das im Oktober 2013 (t 1) 23 Kontakte und im April 2014 (t 3) 33 Kontakte pro Bewohnerin im Mittelwert.

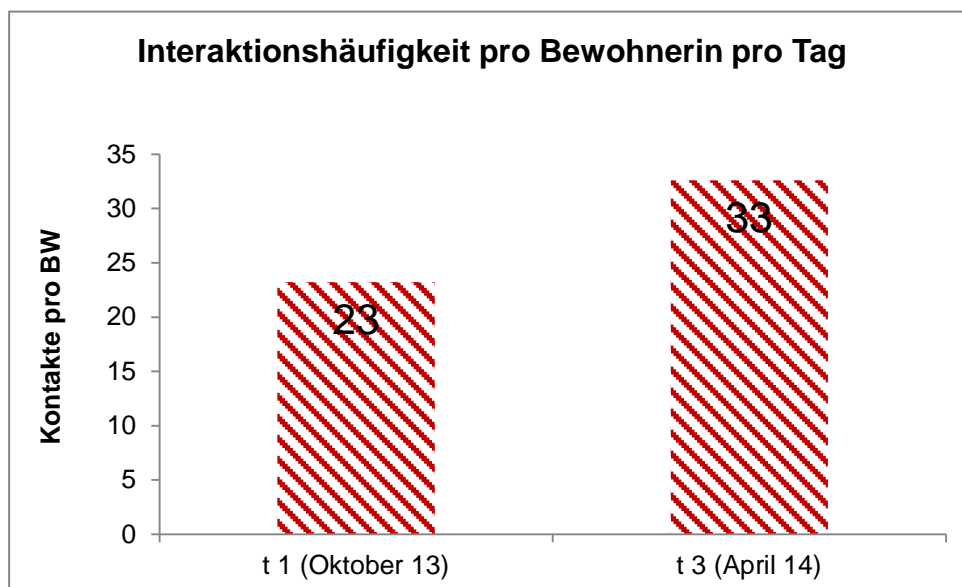


Abbildung 14: Interaktionshäufigkeit der Bewohnerinnen pro Tag

Analyse: Mit 23 und 33 Interaktionen pro Bewohnerin und Tag wird das Ziel im Elisabethenhaus erfüllt, der Vereinsamung der Bewohnerinnen entgegen zu wirken. Zum Vergleich: In den bislang von der Demenz Support evaluierten Pflegeoasen variieren die Interaktionen in der Pflegeoase von 16–34 Interaktionen pro Tag. In den Einzel- und Doppelzimmern des herkömmlichen Wohnbereichs waren es 8–17 Interaktionen pro Tag (Rutenkröger, Kuhn 2008; Rutenkröger, Berner, Kuhn 2012).

Die höhere Interaktionsdichte in der Pflegeoase ist nicht etwa auf einen besseren Personalschlüssel zurückzuführen, es werden keine gesonderten Versorgungsverträge abgeschlossen. Grund für die häufigeren Interaktionen ist u. a. die Arbeitsorganisationsform der Pflegeoase. Hier steht die Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen im Zentrum, während in herkömmlichen Wohnformen eine Ablauforientierung allein schon wegen der Grup-

pengröße zu finden ist. Die Pflegenden haben die Bewohnerinnen in der Pflegeoase im Blick, können unmittelbar auf deren Bedürfnisse reagieren und müssen keine großen Wege wie auf dem herkömmlichen Wohnbereich zurücklegen.

Interaktionshäufigkeit und Dauer

Um der Frage nach der Lebensqualität und dem Wohlbefinden der einzelnen Bewohnerinnen ein Stück näher zu kommen, wird nachfolgend analysiert wie viele Interaktionen mit den einzelnen Bewohnerinnen durchgeführt werden und wie viel Zeit Ihnen zukommt.

Datengrundlage: Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden die Interaktionshäufigkeit und die Interaktionsdauer wieder auf 14 h hochgerechnet. (Es wird die tatsächliche Erhebungszeit von t 1: 8:29 und t 3: 5:33 Stunden zugrundegelegt.)

t 1 (Oktober 2013): Alle Bewohnerinnen zusammen erhalten nach der Hochrechnung auf 14 h in der Summe 117 Kontakte. Diese variieren von mindestens 14 bis maximal 34 Kontakte. Der Mittelwert liegt bei 23 Kontakten.

t 3 (April 2014): Ein halbes Jahr später sind es in der Summe 163 Interaktionen. Diese variieren von mindestens 16 bis maximal 58 Interaktionen. Der Mittelwert liegt bei 33 Interaktionen.

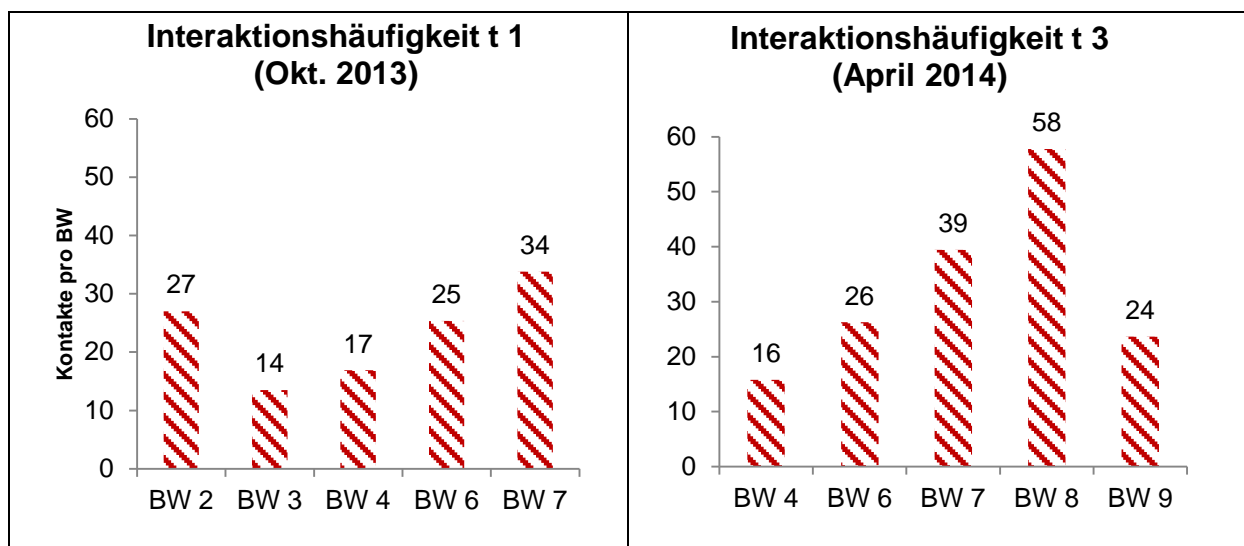


Abbildung 15: Interaktionshäufigkeit t 1 und t 3 hochgerechnet auf 14 h

t 1 (Oktober 2013): In der Summe kommen den Bewohnerinnen von allen Mitarbeiterinnen der Pflegeoase (verantwortliche Pflegekraft, Zweitpflegeperson, Betreuungskraft, Ergo...) zusammen insgesamt 11:22 Stunden Interaktionsdauer zu. Die Interaktionsdauer beträgt im Mittel 2:16 Stunden. Mindestens sind dies 1:43 Stunden und maximal 3:14 Stunden.

t 3 (April 2014): Der Gruppe der Oasenbewohnerinnen kommen insgesamt 9:22 Stunden Interaktionszeit zu. Im Mittel sind das 1:52 Stunden pro Bewohnerin. Die Interaktionszeit beträgt min. 00:49 und max. 03:19 Stunden.

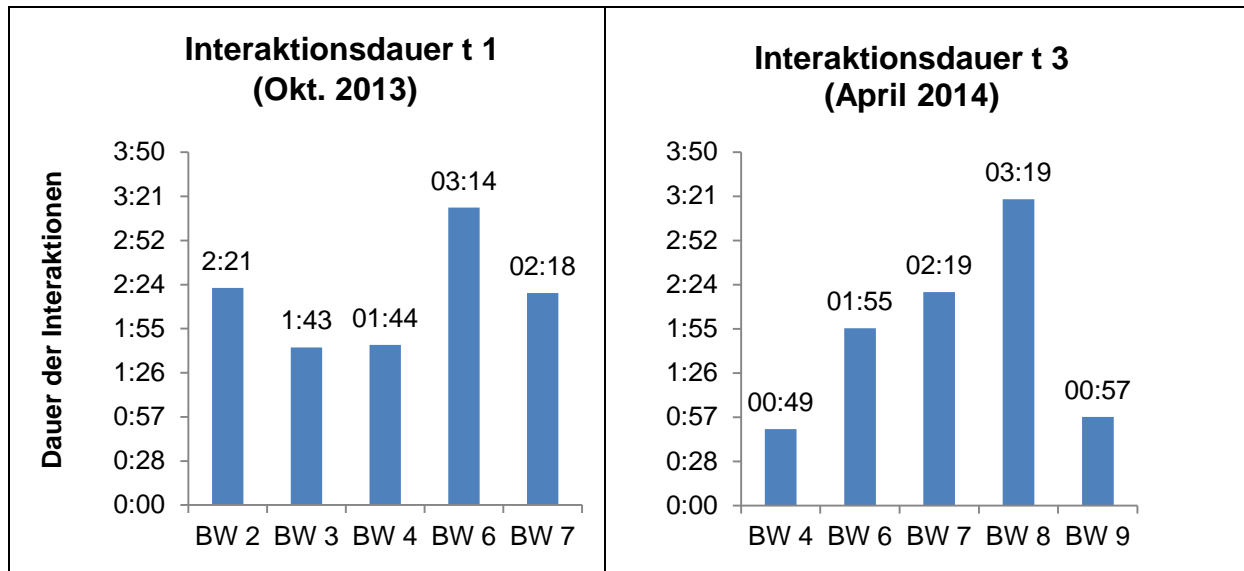


Abbildung 16: Interaktionsdauer t 1 und t 3

Analyse: Die Anzahl der Interaktionen mit den verschiedenen Bewohnerinnen differieren stark. So erhält BW 7 mehr als doppelt so viele Kontakte (34) wie BW 3 (14 Kontakte). Es zeigt sich jedoch, dass eine höhere Kontaktdichte nicht automatisch eine deutlich längere Kontaktdauer zur Folge hat. So hat BW 7, die fast kontinuierlich am Tisch sitzt und sich meist im Blickfeld der Pflegekraft befindet in t 1 34 kurze Interaktionen wie z. B. das Anreichen eines Getränkes oder eine kurze Körperberührung bei einer Kontaktdauer von insgesamt 2:18 h. Die ausschließlich im Bett liegende BW 3 hingegen hat mit „lediglich“ 14 Interaktionen zwar deutlich, weniger Kontakte, diese sind dafür aber deutlich länger mit einer Dauer von insgesamt 1:43 h. Die geringe Anzahl an Interaktionen wird demnach in t 1 durch eine längere Interaktionsdauer kompensiert. Bei den anderen Bewohnerinnen weist eine hohe Interaktionshäufigkeit auch tendenziell auf eine längere Interaktionsdauer hin, z. B. bei Bewohnerin 6, der bei 25 Interaktionen eine Interaktionsdauer von 3:14 h zukommt.

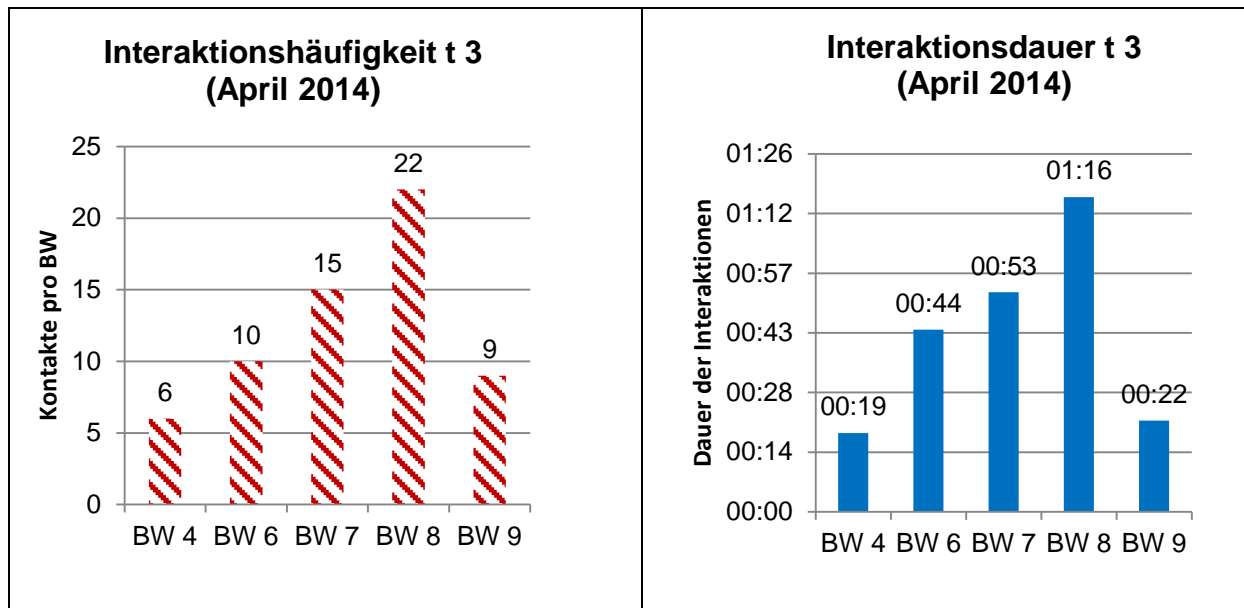


Abbildung 17: Interaktionshäufigkeit und Kontaktdauer t 3 (April 2014)

Im April 2014 werden weniger Interaktionen nicht durch eine längere Kontaktdauer kompensiert. BW 9 liegt während der Digierfassung im Bett und hat ihre Augen meist geschlossen. BW 4 wird ebenfalls nicht mobilisiert.

Die Ergebnisse werden dem Team während des Feedbacktermines im Juni 2014 vorgestellt. Gemeinsam werden mögliche Interaktionen erarbeitet, besprochen und geübt.

4.3.3 Qualität

Der Ablauf von Interaktionen zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen stellt ein wichtiges Bewertungsmerkmal der Pflegequalität dar. Die Interaktionsqualität wird in der vorliegenden Studie im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen erfasst und nachfolgend unter „Prozessbegleitung“ beschrieben. Nachfolgend werden die Interviewaussagen der Mitarbeiterinnen und Angehörigen beschrieben.

Prozessbegleitung

Für die Lebensqualität der Bewohnerinnen ist neben den vermehrten Kontakten und Interaktionen in der Pflegeoase (siehe Kapitel 4.3), vor allem die Qualität der Interaktionen von besonderer Bedeutung. Mit Hilfe des Dementia Care Mapping (DCM 7) (Bradford Dementia Group 1997) ist die Interaktionsqualität über Personale Detraktionen und Positive Ereignisse zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen erfasst worden. Die Grundannahmen des DCM sind der Personzentrierte Ansatz nach Kitwood (2000), worin die Sozialpsychologie (soziales Milieu) einen wichtigen Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz nimmt. 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.

Beobachtung und Rückmeldung (t 1, Oktober 2013): Die Mitarbeiterinnen haben einen personzentrierten, wertschätzenden und zugewandten Umgang mit den Bewohnerinnen. Immer wieder ist am Beobachtungstag zu sehen, wie die Bewohnerinnen mit einbezogen werden. Es werden Kontakte auf Augenhöhe ermöglicht und die verschiedenen Sinne der Bewohnerinnen z. B. über Handmassage oder Tasten von Materialien angesprochen. Alltagsangebote bereichern den Tag. Es werden Handtücher gefaltet, Wäsche gewaschen, Lieder vorgesungen (siehe Abbildung 18 und Abbildung 19): Die Bewohnerin erhält zusammengefaltete Servietten und Tücher in einem Körbchen. Sie breitet diese aus, streicht sie glatt, befühlt den Stoff. Später wird die Bewohnerin an das Waschbecken gefahren, wo sie die Tücher wäscht. Die Bewohnerin wirkt dabei, konzentriert, entspannt und zufrieden.



Abbildung 18: Bewohnerin bei Aktivität am Waschbecken



Abbildung 19: Beschäftigungsangebot „Tücher“

Die Pflegenden interpretieren die verbalen und nonverbalen Signale der Bewohnerinnen und handeln bedürfnisorientiert nach ihrem (mutmaßlichen) Willen. In der einen oder anderen Situation sind person-ignorierende Verhaltensweisen zu erkennen. Dabei kommen vor allem Verhaltensweisen vor, in denen Bewohnerinnen „überholt“ werden, also die Kontakte in einem zu schnellen Tempo erfolgen oder sie vorher nicht über die nächsten Handlungen informiert werden. Zum Beispiel, wenn eine Hilfe zur Anpassung der Sitzposition erfolgt oder das Essen im Stehen anstatt im Sitzen angereicht wird. Die Ansprache der Personen erfolgt teilweise infantilisiert, d. h. in „kindlicher – verniedlichender“ Form. Die Bewohnerinnen werden häufig mit dem Vornamen angesprochen. Die Beobachtungen werden dem Team eine Woche nach der Beobachtung im Rahmen des Feedbacktermins rückgemeldet. Die Rückmeldungen über den personzentrierten, wertschätzenden Umgang der Mitarbeiterinnen mit den Bewohnerinnen bestätigen das Pflegeselbstverständnis der Mitarbeiterinnen. Bezüglich der person-ignorierenden Verhaltensweisen des Infantilisierens wird diskutiert, bei welchen Bewohnerinnen z. B. Ansprachen mit „Du“ konkret erwünscht sind, da die Bewohnerinnen darauf stärkere Reaktionen zeigen und bei welchen Bewohnerinnen sich diese infantilisierenden Verhaltensweisen eher „eingeschlichen“ haben und wieder „abgeschafft“ werden können.

Beobachtung und Rückmeldung (t 3, April 2014):

Die Mitarbeiterinnen zeigen wieder einen überwiegend personzentrierten, wertschätzenden und zugewandten Umgang mit den Bewohnerinnen. Die Bewohnerinnen werden von den Mitarbeiterinnen freundlich begrüßt und über die geplanten Handlungen informiert. Das Essen wird meist auf Augenhöhe in einem entspannten Tempo angereicht. Die Mitarbeiterinnen berühren die Bewohnerinnen häufig, um einen Kontakt zu ihnen aufzubauen. Sie zeigen Fürsorge und Interesse für die Bewohnerinnen der Pflegeoase. Die Mitarbeiterinnen sind in der Lage die nonverbalen Signale der Bewohnerinnen zu interpretieren und bedürfnisorientiert zu handeln. Ablehnende nonverbale Gesten haben meistens das Unterlassen der geplanten Handlung zur Folge. In der einen oder anderen Situation sind wieder personignorierende Verhaltensweisen zu erkennen. So bekommen beispielsweise drei Bewohnerinnen von zwei Mitarbeiterinnen das Essen angereicht. Die beiden Mitarbeiterinnen stehen und unterhalten sich "über den Köpfen der Bewohnerinnen" miteinander. Gelegentlich werden die Bewohnerinnen aber angesprochen und über Handlungen informiert.

Zusammenfassung

An den Beobachtungstagen ist ein überwiegend personzentrierter, wertschätzender und zugewandter Umgang mit den Bewohnerinnen zu beobachten. Die Mitarbeiterinnen sind sehr emphatisch und liebevoll im Umgang mit den Bewohnerinnen. Non-verbale Bedürfnisse werden identifiziert und haben entsprechende Handlungen zur Folge. Die vereinzelt auffallenden, personignorierenden Verhaltensweisen werden vom Team konstruktiv aufgenommen und diskutiert und im Falle des „Infantilisierens“ in einem Qualitätszirkel weiterbearbeitet.

Interviewaussagen

Die Interaktionsqualität wird auch während der Interviews mit den Mitarbeiterinnen thematisiert. Die Pflegenden beschreiben verinnerlichte Rituale wie eine „initiale Berührung“ mit der Interaktionen und Ansprachen eingeleitet werden:

"Eine Initialberührung musst du sowieso immer machen. Das mach ich als erstes, wenn ich mit jemand rede, erst einmal die Hand, dann weiß die ganz genau, jetzt bin ich da. Weil die Sprache kommt nicht immer an am Anfang." (I 1)

"Das ist mir auch am Anfang so gegangen. Wenn ich so von hinten kam, das darfst Du ja dann auch nicht machen, dann erschrecken sie schon." (I 1)

4.4 Mobilität

Das Thema Mobilität und Mobilisation ist zentral für die Lebensqualität der Bewohnerinnen. Die Bewegungsförderung der überwiegend ortsfixierten, multimorbiden Bewohnerinnen stellt hohe Anforderungen an die Fachkompetenz der Pflegenden. Eine nicht fachgerecht durchgeführte Mobilisation hat unmittelbar Auswirkungen auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen.

Prozessbegleitung: Während der Beobachtungen (t 1 und t 3) wird ersichtlich, dass die Bewohnerinnen von den Mitarbeiterinnen selten nach kinästhetischen Gesichtspunkten mobilisiert werden. Die Bewohnerinnen werden fast ausschließlich in den Zwischenräumen (Achselhöhle, Kniegelenk) angefasst und mit viel Kraft in einem Zug aus dem Bett mobilisiert. Dies erschwert es den Bewohnerinnen die Bewegungen nachzuvollziehen und die eigenen Bewegungsressourcen zu nutzen. Hinzu kommt, dass die Mitarbeiterinnen mit einer großen Kraftanstrengung und nicht rückschonend mobilisieren. Dies stellt ein Gesundheitsrisiko dar und kann sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen in der Zukunft auswirken. Im Rahmen der Feedbacktermine (t 1 und t 3) werden gemeinsame praktische Mobilisationen gegenseitig und in der Pflegeoase durchgeführt. Die Mitarbeiterinnen beschließen die Transfers künftig gemeinsam nach kinästhetischen Gesichtspunkten durchzuführen und zu üben sowie Qualitätszirkel zum Thema Kinästhetik durchzuführen.

Interviewaussagen: Die Mobilisation stellt für die Mitarbeiterinnen nach eigener Aussage eine Herausforderung dar. Sie beschreiben dies teilweise als einen alleine nicht zu bewältigenden "Kraftakt" (Auch weil die Bewohnerinnen – teilweise im Gegensatz zu den Mitarbeiterinnen – vorwiegend groß und kräftig sind).

Die (Bewohnerinnen, Anm. d. Vfs.) sind ja auch meistens schwer und wenn man alleine arbeitet, muss man sich Hilfe von vorne holen, beim Heraussetzen, das kann man nicht immer alleine machen.“ (I 1)

"Mit der Frau Mangold haben wir, ich weiß nicht wie es Euch geht, also ich habe mit der Frau Mangold die meisten Schwierigkeiten sie zu halten, zu mobilisieren, weil sie sich überall festhält, aber nicht aus Angst. Sie nimmt einfach deinen Kittel und das ist dann ihr Leben, oder meinen Zopf." (I 3)

Zusammenfassung

Das Thema Mobilisierung stellt ein wichtiges Thema für die Lebensqualität und Bewegungsförderung der Bewohnerinnen, aber auch für die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen dar. Im Rahmen der Feedbacks, Workshops und Interviews wird dies thematisiert und an möglichen Lösungen gearbeitet. Um das im Team vorhandene Wissen einzelner Mitarbeiterinnen dem gesamten Team zugänglich zu machen, wird angeregt einmal pro Woche, z. B. im Rahmen der Qualitätszirkel, Raum für kollegiale Beratung und praktische Übungen durch gemeinsames Mobilisieren der Bewohnerinnen einzuplanen.

4.5 Physischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen

4.5.1 Medizinischer Gesundheitsstatus

Pflegeoase	BW 1	BW 2	BW 3	BW 4	BW 5	BW 6	BW 7	BW 8	BW 9
Alter*	87	93	64	76	98	86	91	87	84
Geschlecht	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich
Einzug in die Pflegeoase	nie	01.07.2013	01.07.2013	01.07.2013	nie	01.07.2013	08.08.2013	17.12.2013	19.12.2013
Einzug in Einrichtung	2010	Juli 2008	Dez. 2006	Dez. 2010	Sept. 2010	Feb. 2012	Apr. 2011	Dez. 2011	Sept 2006
Diagnosen	Alzheimer Demenz Art. Hypertonie Chronische Niereninsuffizienz Hyperlipoproteinämie Hypothyreose V.a. renale Anämie Z. n. nach Hüft TEP	Vaskuläre Demenz Hemiparese re Z. n. Apoplex Herzinsuffizienz Hypertonie Diabetes Mellitus	frontotemporale Demenz bitemperobasale Atrophie	Alzheimer Demenz Diabetes Mellitus Typ 2 Hemiparese Infrarenales Bauchaortenaneurysma Z. n. Medialischämie. PEG- Anlage	Demenz Apoplexie mit Hemiparese Chronisches Schmerzsyndrom Art. Hypertonie Osteoporose Z. n. nach Hüft TEP links	Demenz Hyperthyreose	Demenz	Demenz Depression	Demenz Diabetes mellitus arterielle Hypertonie
Pflegestufe	3	3	3	3	3	3	3	3	2
verstorben	verstorben Juli 2013	verstorben Oktober 2013	verstorben April 2014		verstorben Mai 2013				

Kontrollgruppe	BW 1	BW 2	BW 3	BW 4	BW 5	BW 6	BW 7	BW 8
Alter*	88	70	87	79	*88	*83	71	*78
Geschlecht	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	weiblich	männlich	männlich
Einzug in Einrichtung	10.03.2004	30.07.2009	15.12.2011	26.03.2012	11.10.2007	27.05.2009	24.01.2011	11.06.2012
Diagnosen	senile schitzoaf-fektive Psychose bei vaskulärer Enzephalopathie	Demenz	Demenz Depression	Hypoxischer Hirnschaden Spastische Tetraplegie Amnestisch COPD Amnestische rheumatoide Arthritis Aterielle Hypertonie Chronisch venöse Insuffizienz bds. Dysphagie Gelenkkontrakturen: Knie-, Ellbogen-, Sprunggelenk Passagere Hypernatriämie Z.n. Aspirationspneumonie Nutritiver Eiweiß- und Albuminmangel	Demenz Diabetes Mellitus	Vaskuläre Demenz Hüft TEP bds. Knie TEP rechts Niereninsuffizienz Harnwegsinfekt Sjörger-Syndrom Dekompensierte Herzinsuffizienz Z.n. Apoplex mit Hemiparese	Demenz Z.n. Blasentumor Hypertonie Koronare Herzkrankheit Z.n. Acetabulumfraktur	Demenz Parkinsonsyndrom Prostatahypertrophie
Pflegestufe	3	2	3	3 +	3	2 aber Barthel 0 Punkte	3	3
Verstorben/ Auszug			Umzug in die Oase am 17.02.2013		verstorben September 2013	verstorben Mai 2013	verstorben Februar 2014	verstorben Dezember 2013

Tabelle 3: Medizinischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen der Pflegeoase und Kontrollgruppe (* Stand 1.1.2014 bzw. Sterbedatum, wenn davor)

4.5.2 Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Die Schmerzeinschätzung erfolgt anhand der BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). Diese wird neben der "BISAD" und "ZOPA" vom DNQP (2011) als am besten geeignet für die Fremdeinschätzung von Schmerzen von Menschen mit schwerer Demenz beurteilt.

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. Punktwerte ab 2 werden als ein Indikator für ein Schmerzerleben definiert, das weitere Interventionen erforderlich macht.

Ergebnisse:

Die BESD wird bei den Bewohnerinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe einmal monatlich in einer Ruhe- und einer Belastungssituation erhoben (jeweils ein Bogen in Ruhe, ein zweiter in einer Bewegungssituation. Insgesamt werden 78 Bögen ausgewertet.

t 0 (Februar–Juni):

Die Auswertung der Einzelverläufe (Mittelwerte pro BW und Erhebungsphase) zeigt, dass der bewegungsabhängige Schmerz bei den meisten Bewohnerinnen (außer bei der BW 1 in der Pflegeoase) deutlich ausgeprägter ist, als der Ruheschmerz. Der Punktwert von „2“, welcher als behandlungsbedürftiger Schmerz gewertet wird und eine Intervention erforderlich macht, wird insbesondere in Bewegung sowohl in der Pflegeoase als auch in der Kontrollgruppe (jeweils mit einer Ausnahme) überschritten. Die Betrachtung der Mittelwerte in Ruhe (Oase 1,8/KG 2,0) und Bewegung (Oase 3,3/KG 3,6) zeigen keine nennenswerten Unterschiede zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe vor Einzug in die Pflegeoase.

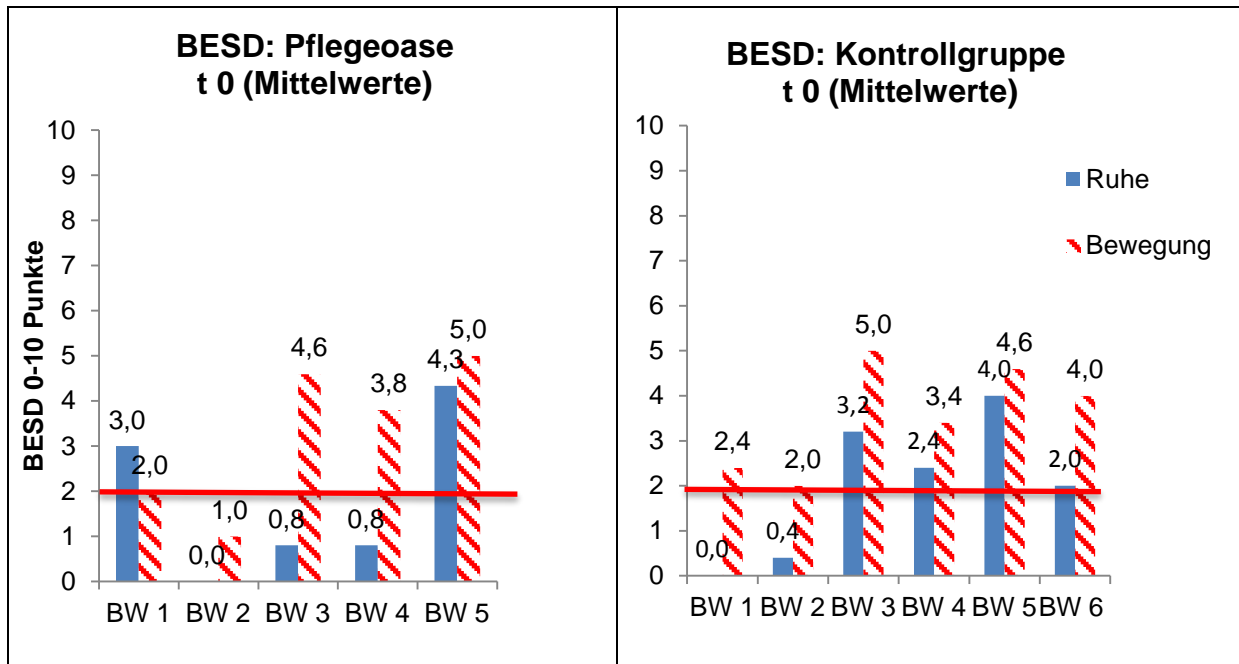


Abbildung 20: BESD t 0 Schmerzen in der Pflegeoase und Kontrollgruppe

t 1 (Juli–Oktober):

Im Erhebungszeitraum t 1 nach Einzug in die Pflegeoase zeigt sich besonders in der Pflegeoase ein Bewegungsschmerz, der bei allen Bewohnerinnen deutlich stärker ausgeprägt ist als der Ruheschmerz. Insbesondere bei Bewohnerin 2 in der Pflegeoase, welche im Oktober verstirbt, wird ein ausgeprägter Bewegungsschmerz beschrieben (BESD Wert in Bewegung 5,8). Der Vergleich der Mittelwerte der Erhebungsphasen von Pflegeoase und Kontrollgruppe weist auf einen schwächeren Ruheschmerz (Oase 1,0/KG 1,8), aber einen ausgeprägteren Bewegungsschmerz (Oase 3,7/KG 3,3) in der Pflegeoase hin.

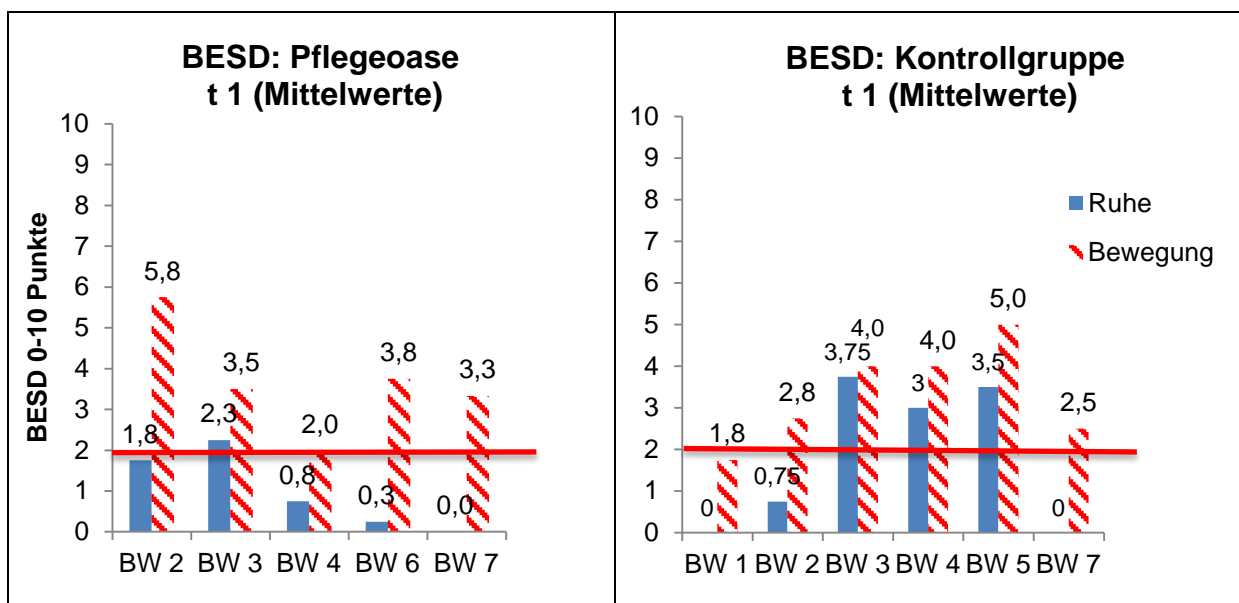


Abbildung 21: BESD t 1 Schmerzen in der Pflegeoase und Kontrollgruppe

t 2 (November–März):

Die Analyse des Erhebungszeitraums t 2 zeigt einen deutlichen Abfall der BESD Werte. Besonders positiv verändern sich die Mittelwerte in Ruhe im Vergleich zu den vorherigen Erhebungsphasen: Oase 0,9/KG 0,7. Die Mittelwerte des Bewegungsschmerzes (Oase 2,5/KG 2,3) sinken ebenfalls deutlich und befinden sich nur noch knapp über der Schmerzgrenze von 2,0. In der Pflegeoase zeigen zwei Bewohnerinnen (BW 8 und BW 9) und in der Kontrollgruppe die BW 4 deutliche Bewegungsschmerzen.

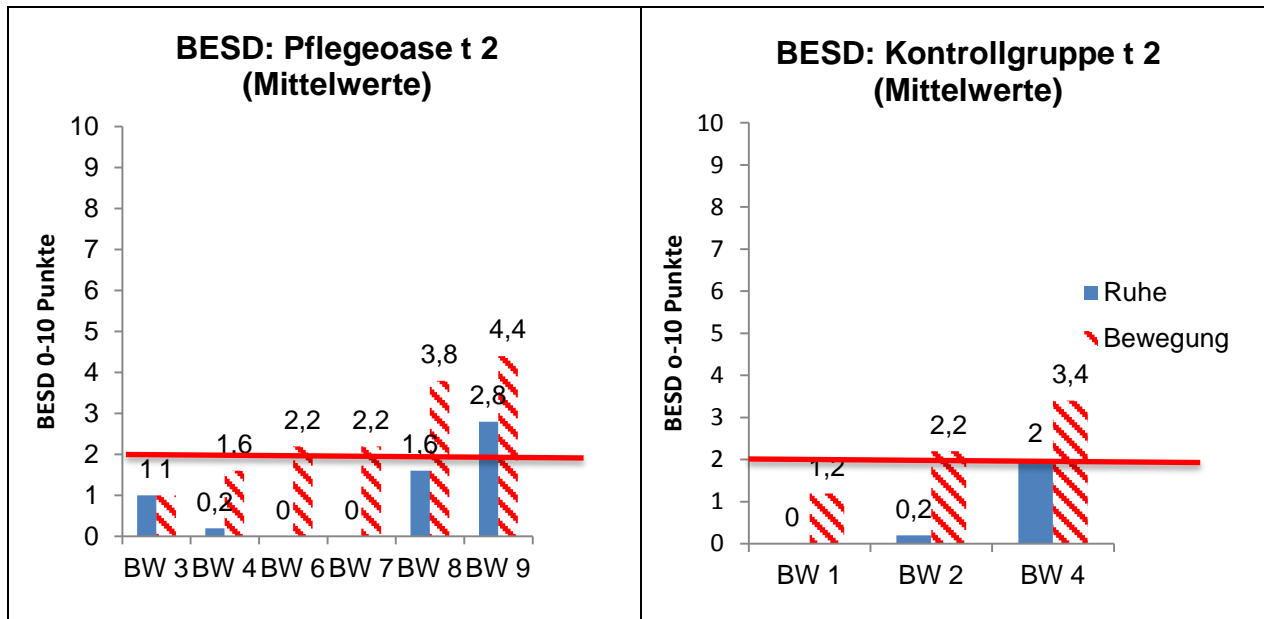


Abbildung 22: BESD t 2 Schmerzen in der Pflegeoase und Kontrollgruppe

t 3 (April–Juni):

In der Erhebungsphase t 3 verschlechtern sich die Punktwerte der Kontrollgruppe in Vergleich zu t 2 leicht. In der Pflegeoase ist eine Verbesserung der Ruhewerte zu verzeichnen. (Oase: 0,3/KG: 1,0). Lediglich die bewegungsabhängigen Schmerzen der BW 8 und 9 sind im Vergleich zu t 2 gestiegen und weiterhin deutlich über der Schmerzgrenze von 2,0 und damit behandlungsbedürftig.

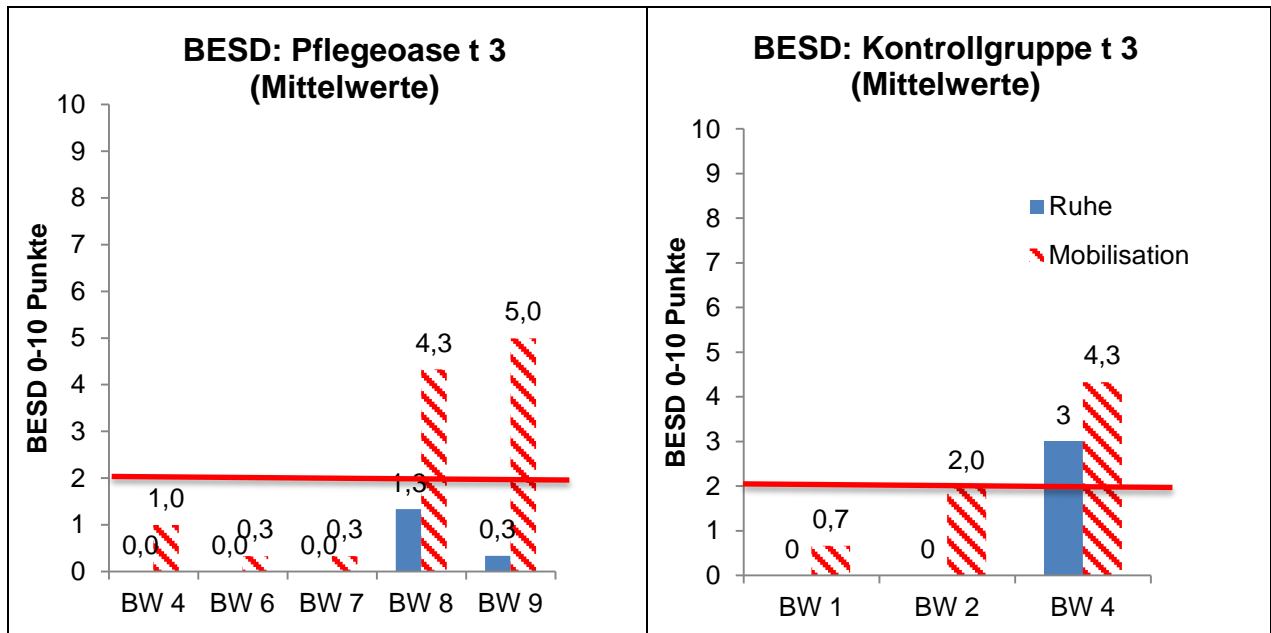


Abbildung 23: BESD t 3 Schmerzen in der Pflegeoase und der Kontrollgruppe

Zusammenfassung:

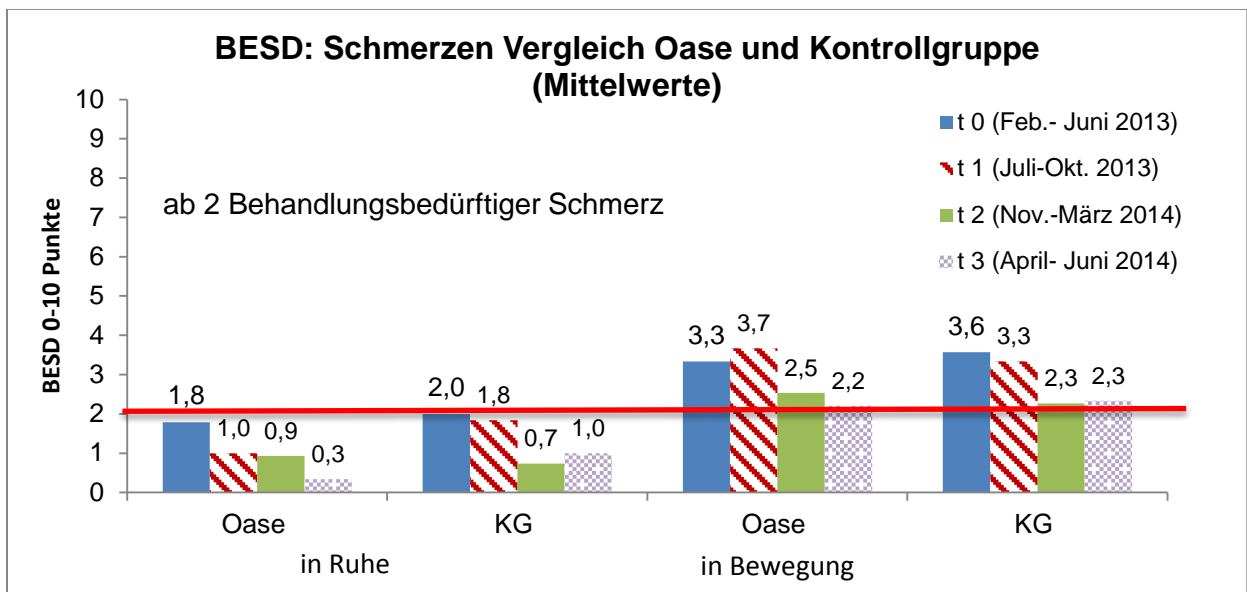


Abbildung 24: BESD: Schmerzen Vergleich Oase und Kontrollgruppe (Mittelwerte)

Die Schmerzen werden in der Pflegeoase und der Kontrollgruppe ähnlich eingeschätzt. Wie in Abbildung 24 visualisiert erreicht die Schmerzsymptomatik in Ruhe (im Mittel) in beiden Erhebungsgruppen nicht die Grenze von 2, welche vom DNQP (2011) als Grenze für behandlungsbedürftigen Schmerz definiert wird. Beide Erhebungsgruppen starten mit ähnlichen Ausgangswerten. In der Pflegeoase zeigt sich danach eine deutliche, kontinuierliche Senkung der Ruheschmerzwerte. Diese ist auch in der Kontrollgruppe zu beobachten, wenngleich weniger ausgeprägt. Die bewegungsabhängigen Schmerzen sind sowohl in der Kon-

trollgruppe als auch in der Pflegeoase kontinuierlich in einem Bereich, welcher eine Intervention erforderlich macht. Wie auch beim Ruheschmerz zeichnet sich hier eine deutliche Verbesserung der Werte im Laufe der Evaluation ab. Dies lässt auf eine gestiegene Sensibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beider Erhebungsgruppen schließen. Die Einzelverläufe werden den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase (und der Kontrollgruppe in t 1 auch von der Pflegedienstleitung) während der Feedbacks vorgestellt und mit diesen gemeinsam diskutiert und reflektiert. Inwieweit sich dies auf die Verabreichung von Analgetika auswirkt, wird unter anderem im nachfolgenden Gliederungspunkt erläutert.

4.5.3 Medikation

Es erfolgt eine Analyse der Medikation in der Pflegeoase und der Kontrollgruppe. Aufgrund der Relevanz für die im vorherigen Kapitel erläuterte Schmerzeinschätzung, wird zunächst die Schmerzmedikation erläutert. Mit der Standardmedikation wird die "fest" angeordnete täglich verabreichte Medikation im Hinblick auf die Anzahl der verschiedenen Substanzen analysiert. (Laxantien, die einen hohen Anteil der Medikation, sowie NaCL-Infusionen, Hautcremes und Wundauflagen sind nicht in die Berechnungen einbezogen worden, um keine verfälschten Aussagen zur Polymedikation zu treffen.) Die Standardmedikation wird einmal pro Erhebungszeitraum und die Bedarfsmedikation monatlich ausgewertet.

Schmerzmedikation

In der Pflegeoase erhalten 1–4 Bewohnerinnen regelmäßig Analgetika, in der Kontrollgruppe 1–2 Bewohnerinnen. Abbildung 25 visualisiert die Anzahl der Medikamente (Substanzen) welche die Bewohnerinnen (im Mittel) als Standardmedikation pro Tag erhalten. In der Pflegeoase ist eine deutliche Steigerung der Schmerzmedikation zum Studienende in t 2 und t 3 zu beobachten, während diese in der Kontrollgruppe relativ konstant bleibt.

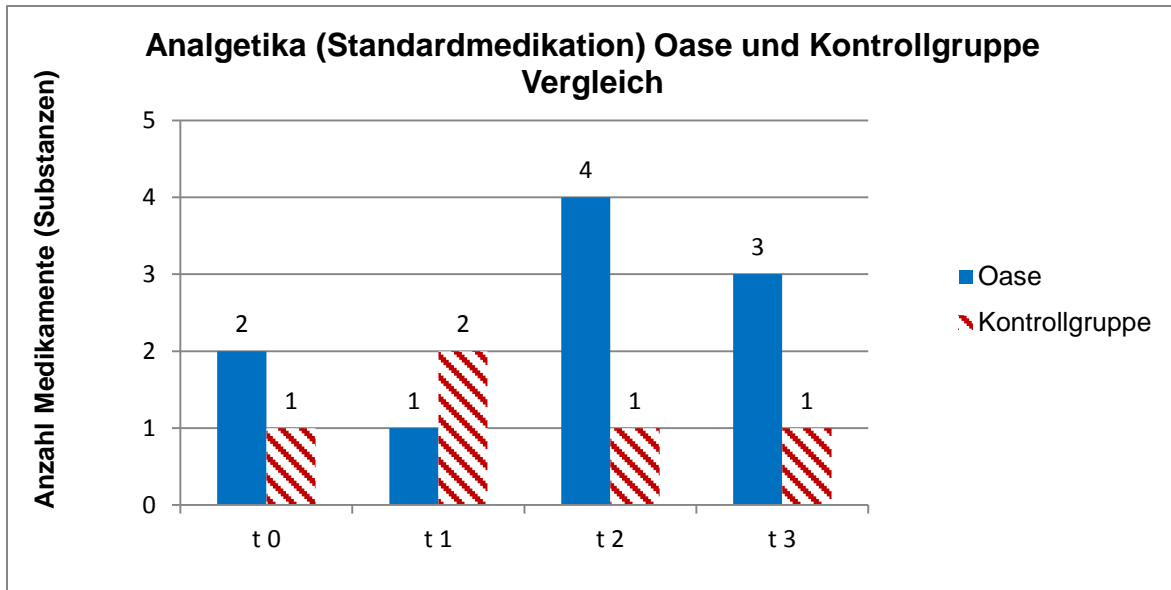


Abbildung 25: Analgetika (Standardmedikation) Oase und Kontrollgruppe Vergleich

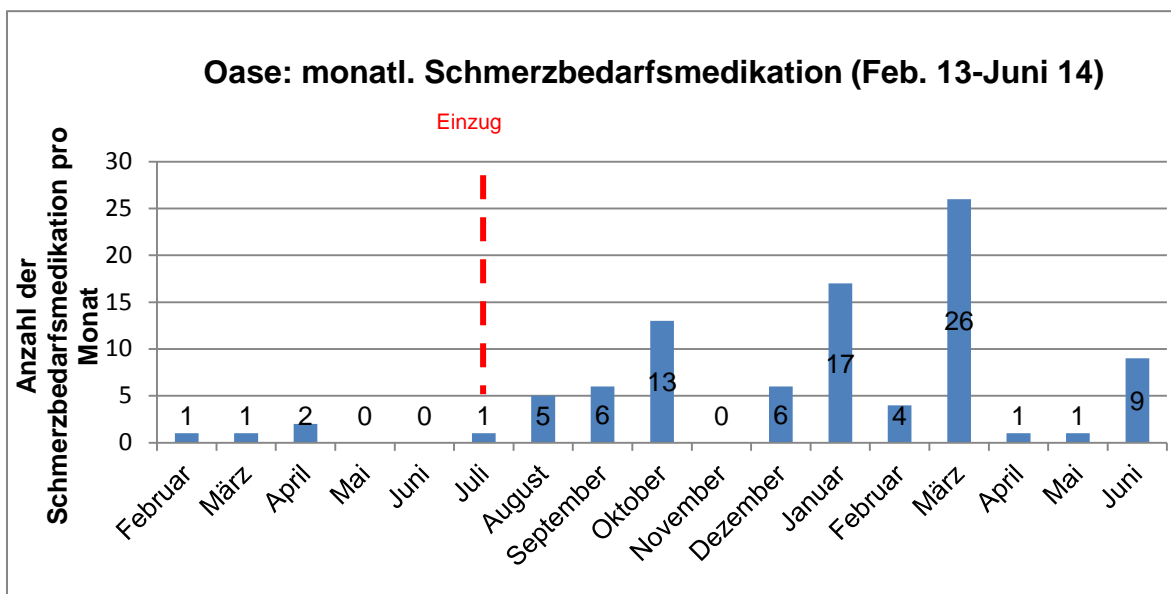


Abbildung 26: Verabreichte Schmerzbedarfsmedikation Oase pro Monat

In Abbildung 26 wird die tatsächlich verabreichte Schmerzmedikation – die Anzahl der Medikation welche die Oasenbewohnerinnen zusammen pro Monat erhalten haben – dargestellt. Vor Einzug in die Pflegeoase im Juli 2013 erhielten die Bewohnerinnen im Zeitraum t 0 von Februar bis Juni im Mittel 0,8 Schmerzmittelgaben. In den darauffolgenden Monaten steigt die Verabreichung der Bedarfsmedikation kontinuierlich an. So werden in t 1 (Juli–Okt.) im Mittel 6,25 Schmerzmittel verabreicht und in t 2 (Nov.–März) 10,6 Verabreichungen. Zum Studienende hin sinkt die Anzahl der Bedarfsmedikation wieder deutlich. In der Kontrollgruppe werden während der Evaluationsphase keine Analgetika als Bedarfsmedikation gereicht.

Standardmedikation

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Kontrollgruppe erhalten vor allem zu Studienbeginn in t 0 und t 1 eine geringere Anzahl an Medikamenten, als die Bewohnerinnen der Pflegeoase. In t 2 gleichen sich die Werte an, lediglich zum Studienende in t 3 werden in der Pflegeoase weniger Medikamente verabreicht als in der Kontrollgruppe. In der Pflegeoase erhalten die Bewohnerinnen eine Anzahl von minimal 1 und maximal 8 Medikamenten. In der Kontrollgruppe erhalten die Bewohnerinnen eine Anzahl von 1–6 Medikamenten.

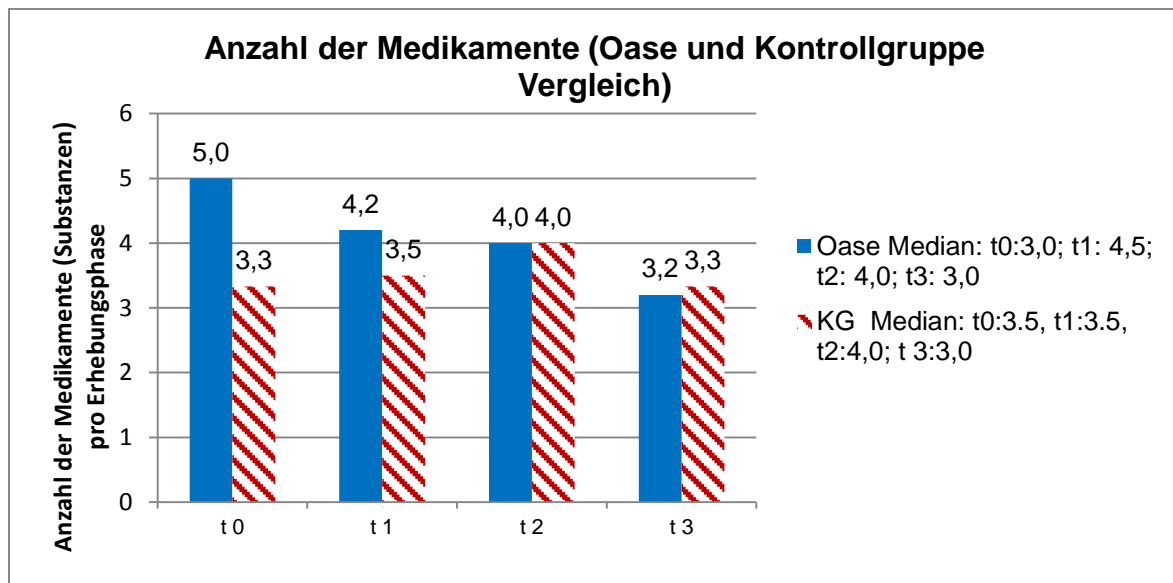


Abbildung 27: Anzahl der Medikamente (Oase und Kontrollgruppe Vergleich)

Medikamentengruppen

Differenziert nach den Medikamentengruppen, also nach Psychopharmaka, Schmerzmedikation und Medikation für die Multimorbidität (d. h. in diesem Zusammenhang die weitere Medikation), erhalten die Bewohnerinnen der Kontrollgruppe im Mittel weniger Medikamente für die Multimorbidität, als die Bewohnerinnen der Pflegeoase (siehe Abbildung 28 und 29. In der Pflegeoase ist ein kontinuierlicher Rückgang im Laufe der Evaluation zu konstatieren, während die Anzahl in der Kontrollgruppe nahezu konstant bleibt. Die Analgetikagabe (Standardmedikation) hingegen nimmt in der Oase im Laufe der Evaluation zu, während sie in der Kontrollgruppe tendenziell abnimmt.

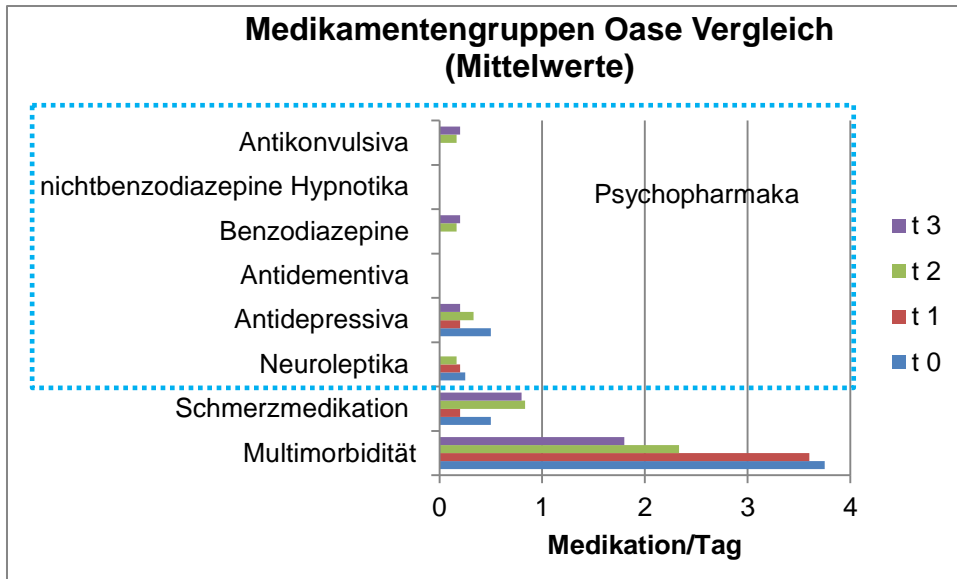


Abbildung 28: Medikamentengruppen Oase Vergleich (Mittelwerte)

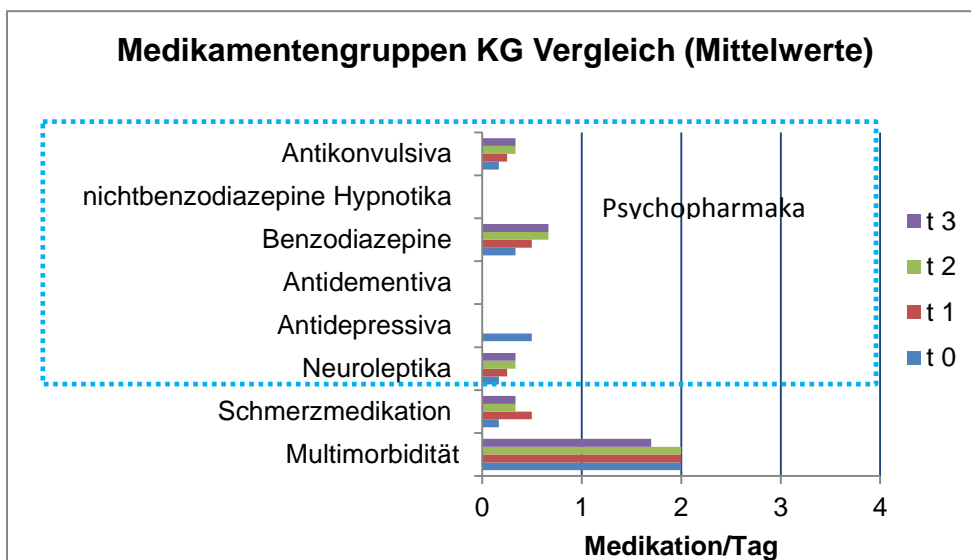


Abbildung 29: Medikamentengruppen Kontrollgruppe Vergleich (Mittelwerte)

In der Pflegeoase erhalten 1–4 Bewohnerinnen regelmäßig Analgetika, in der Kontrollgruppe 1–2 Bewohnerinnen. (Hier ist die wechselnde Teilnehmeranzahl zu beachten.) Regelmäßig Psychopharmaka erhalten in der Pflegeoase 1–3 Bewohnerinnen und in der Kontrollgruppe 3–4 Bewohnerinnen. In der Pflegeoase werden vorwiegend Antidepressiva und in der Kontrollgruppe Neuroleptika, Antikonvulsiva und vor allem Benzodiazepine verabreicht (Tabelle 4).

	Oase				Kontrollgruppe			
	t 0 (n=4)	t 1 (n=5)	t 2 (n=6)	t 3 (n=5)	t 0 (n=6)	t 1 (n=5)	t 2 (n=3)	t 3 (n=3)
Anzahl Bewohner								
regelmäßige Einnahme von Analgetika (Schmerzmedikation)	2	1	4	3	1	2	1	1
regelmäßige Einnahme von Psychopharmaka	2	1	2	3	4	3	3	3
Psychopharmaka nach Substanzklassen								
Neuroleptika	1	1	1	0	1	1	1	3
Antidepressiva	2	1	2	1	1	0	0	0
Antidementiva	0	0	0	0	0	0	0	0
Benzodiazepine	0	0	1	1	2	2	2	3
nichtbenzodiazepine Hypnotika	0	0	0	0	0	0	0	3
Antikonvulsiva	0	0	1	1	1	1	1	3

Tabelle 4: Psychopharmaka nach Substanzklassen

Zusammenfassung:

Im Elisabethenhaus werden (im Mittelwert) maximal 8 Substanzen in der Pflegeoase und 6 Substanzen in der Kontrollgruppe verabreicht. Eine Polypharmazie, von welcher man bei der gleichzeitigen Verordnung von mehr als 5 Substanzen spricht (Gosch & Pils 2012) trifft in den Untersuchungsgruppe nur teilweise zu. Sehr positiv ist der deutliche Rückgang der Medikation der Multimorbidität bei gleichzeitiger Zunahme der Schmerzmedikation (Regelmedikation) insbesondere in der Pflegeoase zu werten.

Schmerzmedikation: Die Ergebnisse weisen auf eine gestiegene Sensibilität und Achtsamkeit der Mitarbeiterinnen auf die nonverbalen Anzeichen für die Schmerzen der Bewohnerinnen hin. Dies ist auch ganz praktisch anhand der in 4.5.2 analysierten Schmerzerfassung durch die BESD Auswertungsbögen zu erkennen. Die Pflegenden reflektieren ihre Einschätzungen, notieren nonverbale Anzeichen für Schmerz auf dem BESD Bogen und reagieren immer häufiger unmittelbar auf erhöhte BESD Werte mit der Organisation von Anordnungen bzw. einer Schmerzmittelgabe. Zum Studienende nimmt die Gabe der Bedarfsmedikation wieder ab, was auch mit dem Sterben einer Bewohnerin zusammenhängt. Die Auswertungen der BESD Bögen weist auf ein Schmerzerleben der Bewohnerinnen, insbesondere in Mobilitätssituationen hin. Die Verabreichung der Schmerzmedikation ist nach Einzug in die Pflegeoase kontinuierlich gestiegen. Dennoch ist bei der multimorbiden, ortsfixierten Personengruppe der Pflegeoasenbewohnerinnen von einem Schmerzerleben, insbesondere in Mobilitätssituationen auszugehen. Daher wird empfohlen, die Bedarfsmedikation häufig(er) auszuschöpfen.

4.5.4 Nahrungsaufnahme und Ernährungszustand (Body-Mass-Index)

Die Bewohnerinnen der Pflegeoase sind – bis auf eine Bewohnerin – bei der Nahrungsaufnahme komplett auf die Hilfe der Pflegenden angewiesen. Eine Bewohnerin ist gelegentlich in der Lage selbst zu essen und zu trinken.

„Also, eine Person kann, wenn sie mobilisiert ist am Tisch, wenn sie will, dann nimmt sie den Löffel und probiert selber. Aber nicht jeden Tag. Den anderen muss man Essen anreichen.“ (I 1)

Eine Bewohnerin hat eine Magensonde und wird ausschließlich über diese ernährt. Die Mitarbeiterinnen berichten von vergeblichen Versuchen der Bewohnerin die Nahrung oral anzureichen.

„Ich habe, wo sie das erste Mal da war, ein bisschen versucht, aber sie würgt sofort. Das bringt nichts.“ (I 1)

„Sie würde erbrechen also. Wir haben es versucht. In Kompressen eingewickeltes Obst und solche Sachen machen wir, Ahoi Brause und lauter so Sachen.“ (I 1)

Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase haben die Möglichkeit das Essen individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen abgestimmt zu bestellen.

„Wir bekommen jetzt den Essensplan in Kleinformat, in DIN A 4, und können jetzt selbst anhand des Essensplanes hinschreiben, zwei Mal das, ein Mal das ... je nach dem was es gibt, weil wir wissen z. B. Käsespätzle sind weich, das ... das muss nicht passiert sein, das kann man so essen, da haben wir jetzt eine ganz gute Lösung gefunden. Das wir das jetzt wirklich individuell ... selber entscheiden und bestellen können, für die Bewohner, was wir an Essen anbieten wollen.“ (I 5)

Das Essen in der Pflegeoase wird mit einem Wärmewagen angeliefert und von den Mitarbeiterinnen geschöpft.

„Wir schöpfen selbst. Wir versuchen trotzdem alles schön anzurichten, wir essen mit den Augen auch. Auch in der Oase.“ (I 5)

Ernährungszustand: Body-Mass-Index (BMI)

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 (Februar 2013 bis Juni 2014).

Hintergrund: Ein BMI-Wert unter 18,5 kg/m² wird als kritischer BMI-Wert bezeichnet. Ein BMI zwischen 18,5–25,0 kg/m² wird als Normalgewicht gewertet. Ein BMI über 25–30 kg/m² wird als „Präadipositas“ (Übergewicht) bezeichnet.

Der Mittelwertverlauf der Pflegeoase und der Kontrollgruppe ist in Abbildung 30 visualisiert. Die Mittelwerte der Bewohnerinnen der Pflegeoase zusammen betragen zu Beginn der Studie 19,9 kg/m² und erreichen im April mit 18,5 kg/m² noch vor Einzug in die Pflegeoase einen Tiefpunkt an der Grenze zum Untergewicht. Danach steigt der Mittelwert kontinuierlich an bis

max. 22,6 kg/m² im Juni 2014. Die Mediane weichen nur wenig ab (min. 18,5 kg/m², max. 23,0 kg/m²).

Der BMI Verlauf der Kontrollgruppe beginnt im Februar 2013 mit Werten von 21,9 kg/m² und erreicht im August 20,2 kg/m² und September 20,3 kg/m² die niedrigsten Werte. Danach steigen die BMI-Werte nahezu kontinuierlich an, um im Juni 2014 zum Ende der Datenerhebung BMI-Werte von 23,3 kg/m² zu erreichen. Die Spannweite der Pflegeoase ist mit 4,2 ausgeprägter als die der Kontrollgruppe einer mit Spannweite von 3,1 (min. 20,2 kg/m²; max. 23,3 kg/m²). Die Mediane weichen hier deutlicher ab (min. 18,6 kg/m² und max. 23,3 kg/m²) und weisen auf Ausreißer im Gewichtsverlauf hin (siehe Abbildung 30).

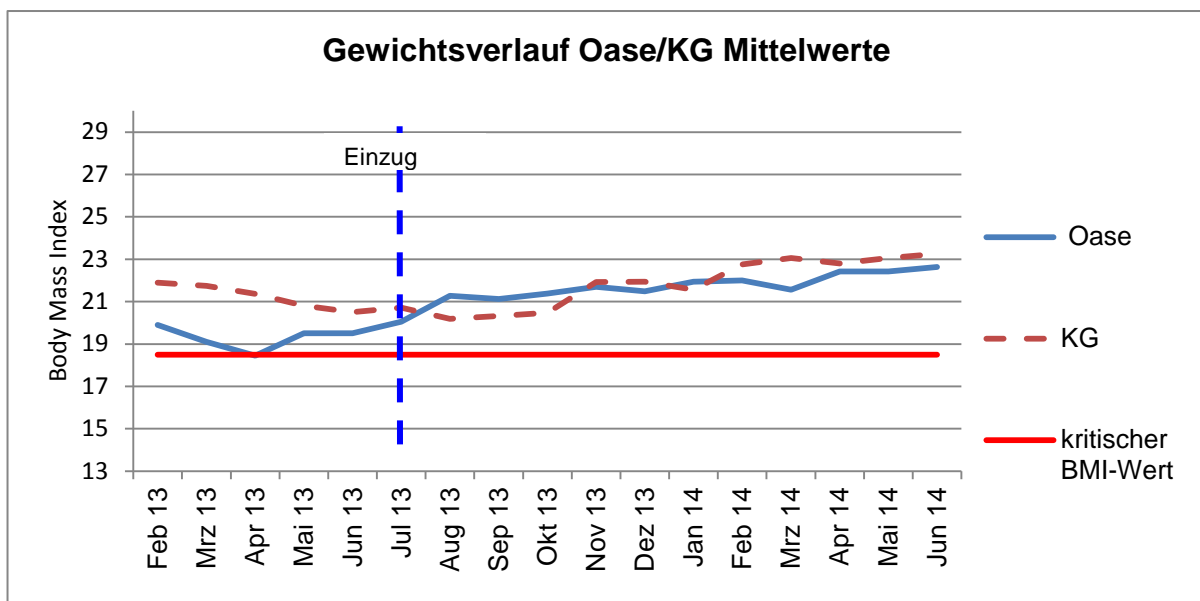


Abbildung 30: Gewichtsverlauf Oase/KG

Ein differenzierteres Bild zeigt die Auswertung der Einzelverläufe in der Pflegeoase. Wie in Abbildung 31 ersichtlich bewegt sich der Gewichtsverlauf bei 6 der 7 in die Evaluation einbezogenen Bewohnerinnen im Bereich des Normalgewichtes oder darüber. Die Mediane unterstreichen diese Aussage in der Tendenz. Über den gesamten Erhebungszeitraum haben 5 der 7 Bewohnerinnen abgenommen. BW 2, BW 7 und BW 8 nur sehr leicht, BW 9 etwas stärker (Jan 14: 23,1 kg/m²; Mai 14: 21,10 kg/m²) und BW 4 sehr deutlich von (BMI Jan/Feb 13: 23,8 kg/m²; Mai 14: 20,0 kg/m²). Der BMI der Bewohnerin 7 bewegt sich mit Werten von min: 25,60 kg/m² und max. 26,40 kg/m² im Bereich der Präadipositas.

Lediglich BW 3 hat einen BMI unter der kritischen Marke von 18,5 kg/m². Ihr BMI befindet sich bereits vor Einzug in die Oase auf einem konstanten und sehr niedrigen Niveau. Bei

Einzug im Juli 2013 hatte sie einen BMI von 16,4 kg/m², nahm dann bis Dezember (17,5 kg/m²) kontinuierlich an Gewicht zu. In ihren letzten Lebensmonaten nahm sie wieder leicht ab, so dass sie im Monat ihres Versterbens im März 2014 einen BMI von 16,5 kg/m² hat.

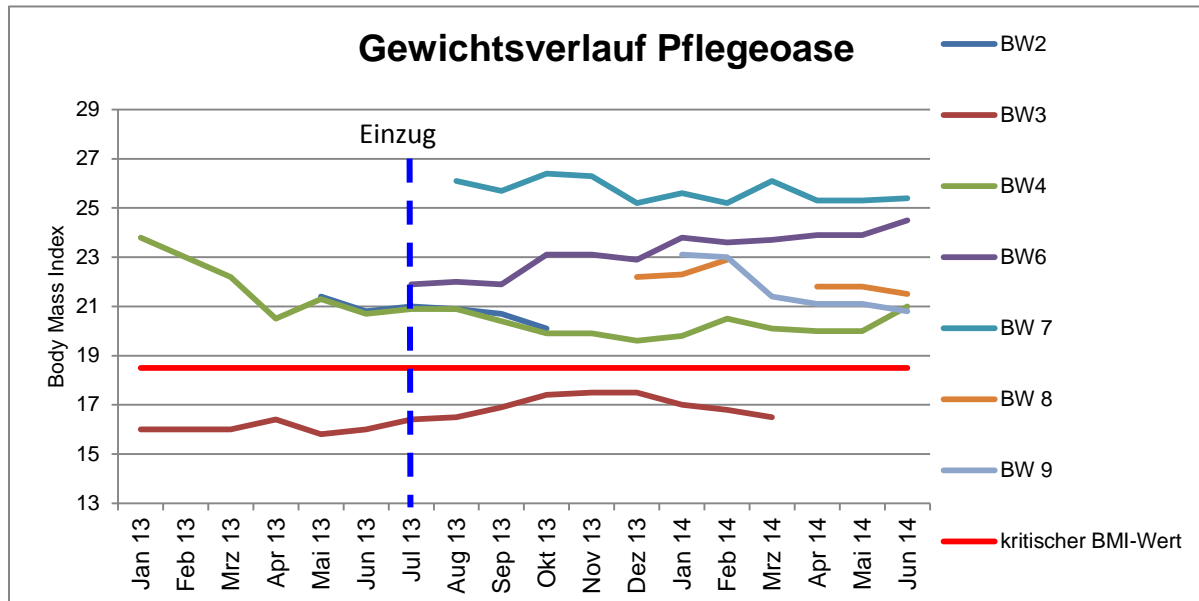


Abbildung 31: Gewichtsverlauf Pflegeoase

In der Kontrollgruppe haben 3 der 6 Bewohnerinnen und Bewohner während der Evaluationsphase abgenommen (BW 1, BW 2, BW 5). Bei zwei Bewohnerinnen ist das Gewicht nahezu konstant (leichte Gewichtszunahme) geblieben (BW 4, BW 7). Eine Bewohnerin hat deutlich zugenommen (BW 3). Drei Bewohnerinnen und Bewohner (BW 1, BW 2 und BW 7) weisen einen BMI unter dem kritischen Wert von 18,5 kg/m² auf. Kontinuierlich im Bereich des leichten bis starken Untergewichtes (BMI ≤ 16,0 kg/m²) bewegen sich die Werte der BW 1 (min. 13,9 und max. 17,80 kg/m²). Das Wiegen der Bewohnerin war ab Oktober 2013 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich.

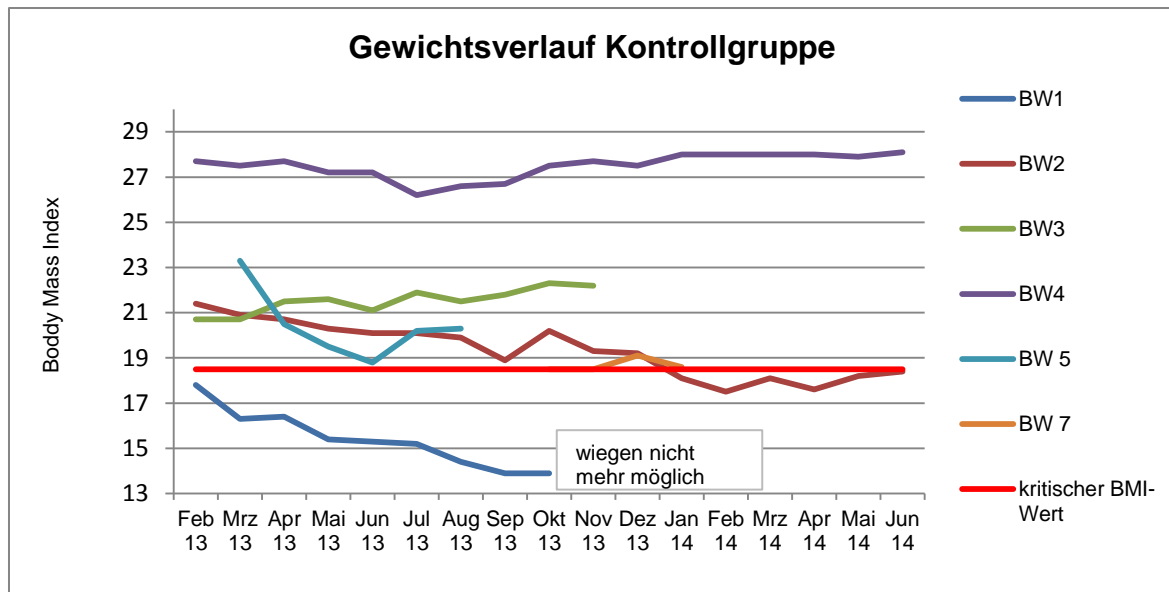


Abbildung 32: Gewichtsverlauf Kontrollgruppe

Zusammenfassung:

Sowohl in der Pflegeoase als auch in der Kontrollgruppe ist ein Anstieg der BMI-Werte im Verlaufe der Evaluation zu erkennen. In der Pflegeoase ist dieser auch aufgrund des niederen Ausgangsniveaus deutlicher ersichtlicher. In der Pflegeoase unterschreitet nur eine Bewohnerin die kritische Marke von $18,5 \text{ kg/m}^2$ – die laut Weltgesundheitsorganisation weltweit als Grenzwert für Unterernährung bzw. Mangelernährung angegeben wird (Pirlich et al. 2003). Sie weist eine deutliche Gewichtszunahme auf und scheint von der Versorgung in der Pflegeoase zu profitieren. In der Kontrollgruppe ist bei den Bewohnerinnen, welche sich unterhalb des kritischen Wertes befinden, keine eindeutige Verbesserung zu verzeichnen. Insgesamt lässt sich hier kein eindeutiger Trend aufzeigen. Insbesondere deshalb, weil es sich bei den Bewohnerinnen um multimorbide Bewohnerinnen in der letzten Lebensphase handelt, einer Lebensphase in der eine progrediente Gewichtsabnahme physiologisch ist.

4.5.5 Schlafverhalten

Schlafstörungen 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. Verantwortlich für die Störungen des circadianen Rhythmus bei demenziell erkrankten Menschen werden eine schwache Kopplung mit Zeitgebern wie Licht, Geräusche, soziale Interaktionen, körperliche Aktivitäten, Tagesroutinen und das fehlende Training der noch verbliebenen geistigen Leistungsfähigkeit gemacht. Im Spätstadium, einhergehend mit zunehmendem geistigen Verfall und Ortsfixierung, kommt das Unterlassen von basaler Stimulation der verschiedenen Sinnesqualitäten als weitere Ursache für die Fragmentierung des circadianen Rhythmus hinzu (Volk 1997). Eine häufige

Störung des Schlafablaufes bei demenziell erkrankten Menschen ist das „Sundowning“. Der Begriff „Sundowning“ steht für eine Agitation mit Ausprägungshöhepunkt am späten Nachmittag oder Abend. Es handelt sich um eine typischerweise in der Dämmerung auftretende Unruhe oder Erregtheit, bei der die Betroffenen desorientiert sind, unkontrollierbar scheinen und schwer zu beruhigen sind. Mit zunehmendem Alter führt der fragmentierte Schlaf zu häufigen Schläfchen, die wiederum eine Phasenverschiebung (Tag-/Nachtumkehr) bedingen (Ancoli-Israel und Kripke, 1989).

Das Schlafverhalten der Bewohnerinnen wird mittels eines Schlafprotokolles analysiert. Es wird in den Erhebungsphasen (t 1–t 3) jeweils an einem Tag (24 Stunden) erhoben. Das Pflegepersonal notiert alle 5 Minuten mittels eines Kürzels, ob die Bewohnerin wach ist, unruhig ist oder schläft (w = wach und ruhig, u = wach und unruhig, s = schläft). Das Schlafprotokoll wird ausschließlich in der Pflegeoase durchgeführt, da die Bewohnerinnen der Kontrollgruppe auf unterschiedlichen Wohnbereichen leben und eine fünfminütige Beurteilung durch das Pflegepersonal nicht in den Pflegealltag integrierbar ist.

Ergebnisse:

t 1: Die für das Sundowning typische Unruhe ist bei den Bewohnerinnen am späten Nachmittag oder Abend (im Zeitraum zwischen 16:00 und 18:00 Uhr) nicht zu beobachten. Bei vier der sechs Bewohnerinnen werden unruhige Phasen angegeben. Diese treten vorwiegend um die Mittagszeit gegen 11:00 und 15:00 Uhr auf. Der Schlaf der Bewohnerinnen ist fragmentiert, es wechseln sich Phasen des Schlafens und Wachens zur Tag- und Nachtzeit ab. Abbildung 33 visualisiert, wie lange die einzelnen Bewohnerinnen wach und ruhig, wach und unruhig oder geschlafen haben. Die Schlafdauer ist mit 9,5–11,8 Stunden für die Personengruppe vergleichsweise kurz.

Die Schlafdauer von Bewohnerinnen der Pflegeoase in Eislingen, einer vergleichbaren Personengruppe, betragen beispielsweise im Mittelwert 16,4 und 15,3 Stunden. Das Ergebnis im Elisabethenhaus könnte auf die gute Tagesstrukturierung und Aktivierung der Bewohnerinnen hindeuten. Auch die hohe Luxzahl im Esstischbereich sowie der bettengängige Balkon könnten sich positiv auf den Tag-Nacht-Rhythmus der Bewohnerinnen auswirken.

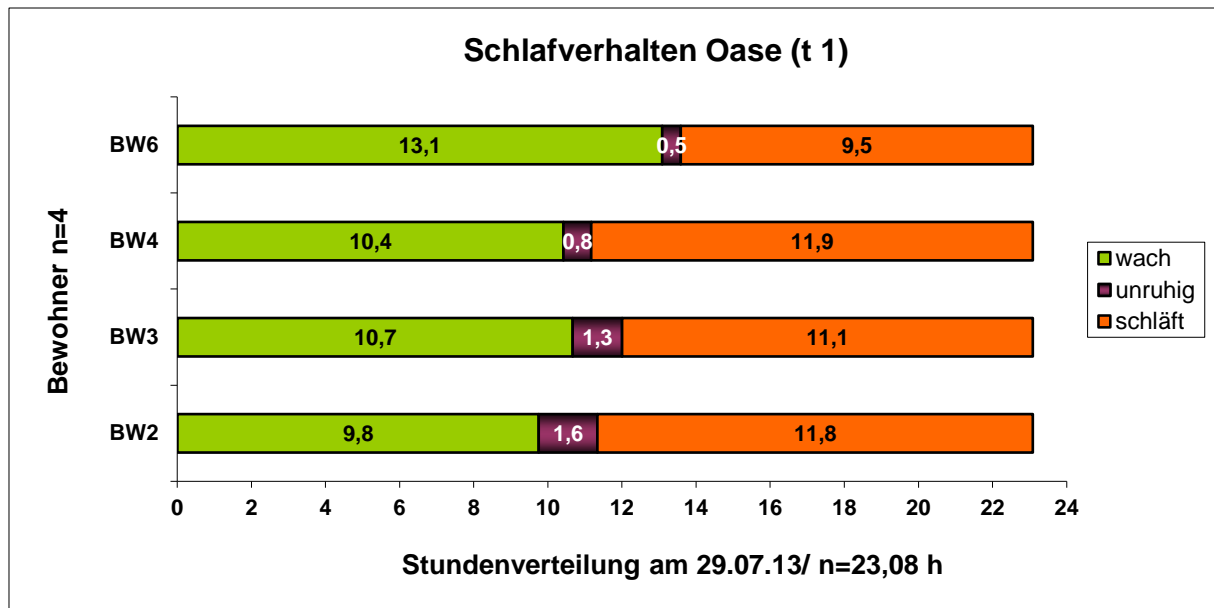


Abbildung 33: Schlafverhalten in der Pflegeoase t 1

4.5.6 Kognitiver Gesundheitsstatus (Mini Mental Status Test)

Beschreibung Instrument: Der MMSE wurde 1975 von Folstein, Folstein und McHugh in den USA veröffentlicht (vgl. Wegener 2003, 153). Das Screeningverfahren erfasst Angaben zum Gedächtnis, zur Orientierung und zur visuokonstruktorischen Fähigkeit und dient der Quantifizierung und Verlaufskontrolle des kognitiven Zustandsbildes (vgl. Maciejewski, Sowinski, Besselmann et al. 2001, 103). Die Skala besteht aus insgesamt 30 Fragen und Aufgaben, in denen die Erinnerungsfähigkeit und die Fähigkeit, zum Beispiel Gegenstände benennen zu können sowie die Sprache bewertet wird. Das Gesamtergebnis reicht von 0 bis 30 Punkten. Ein Wert von 24 bis 30 zeigt, dass keine kognitive Beeinträchtigung vorliegt. Ein Wert von 18 bis 23 zeigt eine milde bis mäßige kognitive Beeinträchtigung an. Ein Wert von unter 17 steht für eine schwere kognitive Beeinträchtigung

Die Einschätzung mittels des MMSE wird im Erhebungszeitraum t 0 und t 3 durchgeführt. Alle Bewohnerinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe werden im Mini Mental Test mit 0 Punkten eingeschätzt. In der Praxis bedeutet dies, dass der Test nicht durchführbar ist, weil die Fähigkeiten der Bewohnerinnen es nicht zulassen.

4.5.7 Neuropsychiatrische Symptome (NPI)

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, Erre-

gung/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: Es liegt ein Datensatz von 39 NPI-Bögen (21 Oase, 18 KG) vor, die über einen Zeitraum von 23 Monaten (Januar/Februar 2013 bis Juli 2014) erfasst werden. Im Mittelwert treten in der Pflegeoase deutlich mehr Symptome auf als in der Kontrollgruppe (Tabelle 5). In der Pflegeoase werden in t 0 (Mittelwert 1,6; Median 0) vor Einzug die geringsten Werte erhoben. In t 1 (Mittelwert 5,0; Median 4,0) nimmt die durchschnittliche Anzahl der Symptome stark zu. In t 2 reduzieren sich die nicht-kognitiven Symptome, erreichen jedoch nicht mehr das Niveau des Ausgangswertes. Die Werte der Bewohnerinnen der Kontrollgruppe halten sich auf einem konstant niederen Niveau und bewegen sich zu allen Erhebungszeitpunkten zwischen 0,3 und 1 (Median 0–1).

NPI Anzahl Symptome pro BW	Oase				Kontrollgruppe			
	t 0	t 1	t 2	t 3	t 0	t 1	t 2	t 3
Mittelwert	1,6	5,0	2,3	2,8	0,7	0,5	0,3	1,0
Median	0,0	4,0	3,0	3,0	0,0	0,5	0,0	1,0
Min-Max	0–7	3–8	0–4	2–4	0–2	0–1	0–1	0–2

Tabelle 5: Vergleich Anzahl NPI-Symptome pro BW Oase – Kontrollgruppe

Anzahl der neuropsychiatrischen Symptome pro Bewohnerin: In der Pflegeoase zeigt sich ein deutlich heterogeneres und häufigeres Symptomaufkommen, als in der Kontrollgruppe. Die Spanne der Anzahl der auftretenden Symptome in der Oase ist mit 0 bis 8 Symptomen in der Pflegeoase deutlich breiter als mit 0 bis 2 Symptomen in der Kontrollgruppe. Der Median bestätigt das heterogene Auftreten der Symptome in der Pflegeoase (siehe Tabelle 5 und Abbildung 34 und 35).

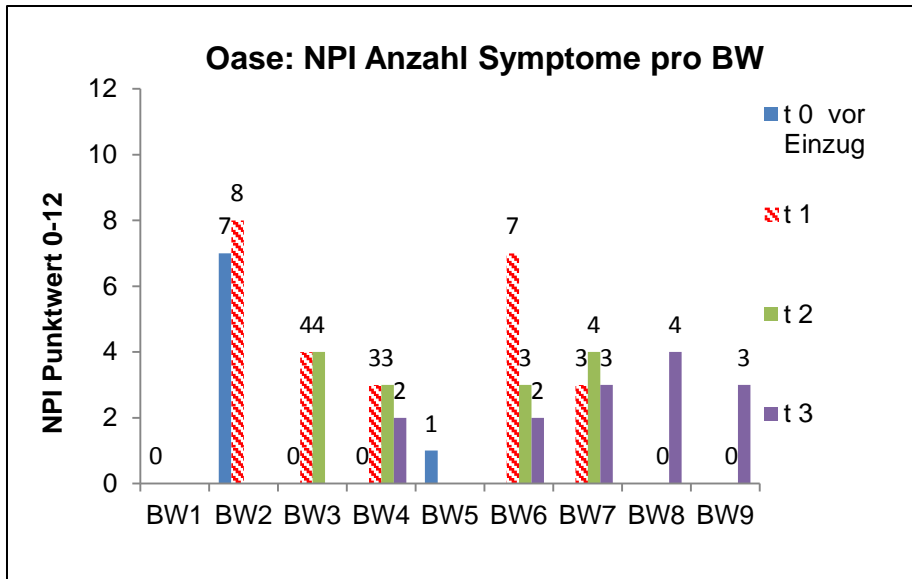


Abbildung 34: Anzahl Symptome pro Bewohnerin Oase

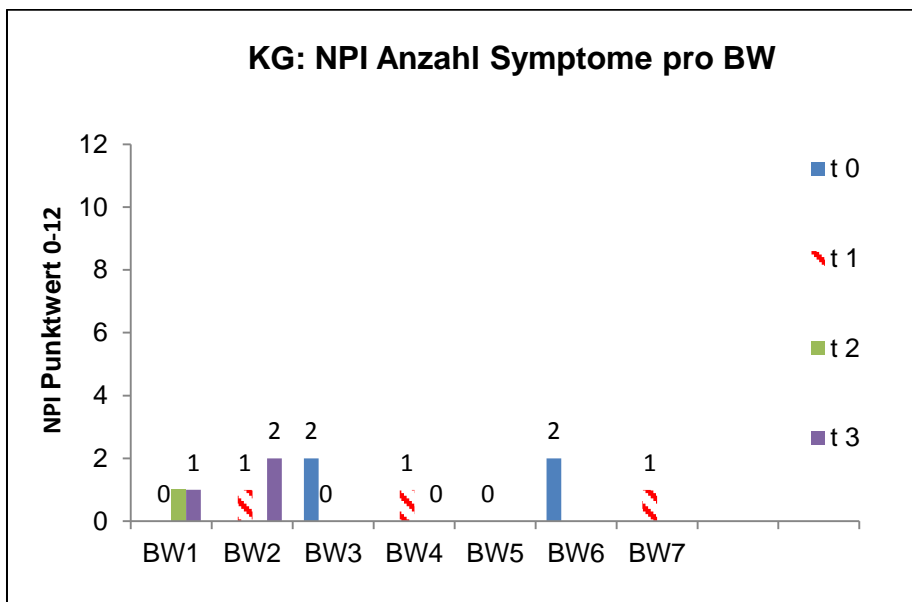


Abbildung 35: Anzahl Symptome pro Bewohnerin KG

Gesamtscore Mittelwerte: Von möglichen 144 Punkten werden in keiner Gruppe mehr als 8 Punkte erreicht, was das insgesamt sehr geringe Auftreten von neuropsychiatrischen Symptome beider Erhebungsgruppen verdeutlicht. In der Pflegeoase treten zu allen Erhebungszeitpunkten Symptome auf. Diese variieren im Mittelwert zwischen 2,6 und 3,5 und sind daher im Gesamtscore sehr wenig ausgeprägt. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Kontrollgruppe zeigen lediglich in t 1 und t 2 Symptome. Die Werte des Gesamtscores sind in der Kontrollgruppe mit Werten von 5,7 und 8,0 deutlich ausgeprägter als in der Pflegeoase. (Der Gesamtscore wird durch Häufigkeit multipliziert mit Schwere ermittelt).

Anzahl auftretender Symptome: Vor Einzug in die Pflegeoase werden 8 verschiedene neuropsychiatrische Symptome bei den Bewohnerinnen der Pflegeoase erfasst. Nach Einzug in die Pflegeoase steigt die Anzahl auf 25 (t 1) an. In t 2 und t 3 sinkt die Anzahl auf 14 Symptome. Die Analyse der einzelnen Dimensionen zeigt, dass in der Pflegeoase (t 0-3) insbesondere Apathie (13), Depression/Dysphorie (12), sowie Angst (9) häufig vorkommen (Abbildung 36). In der Kontrollgruppe, die ein deutlich geringeres Symptomaufkommen zeigt (Abbildung 37), werden insbesondere Angst (4) und Appetit und Essstörungen (4) beschrieben.

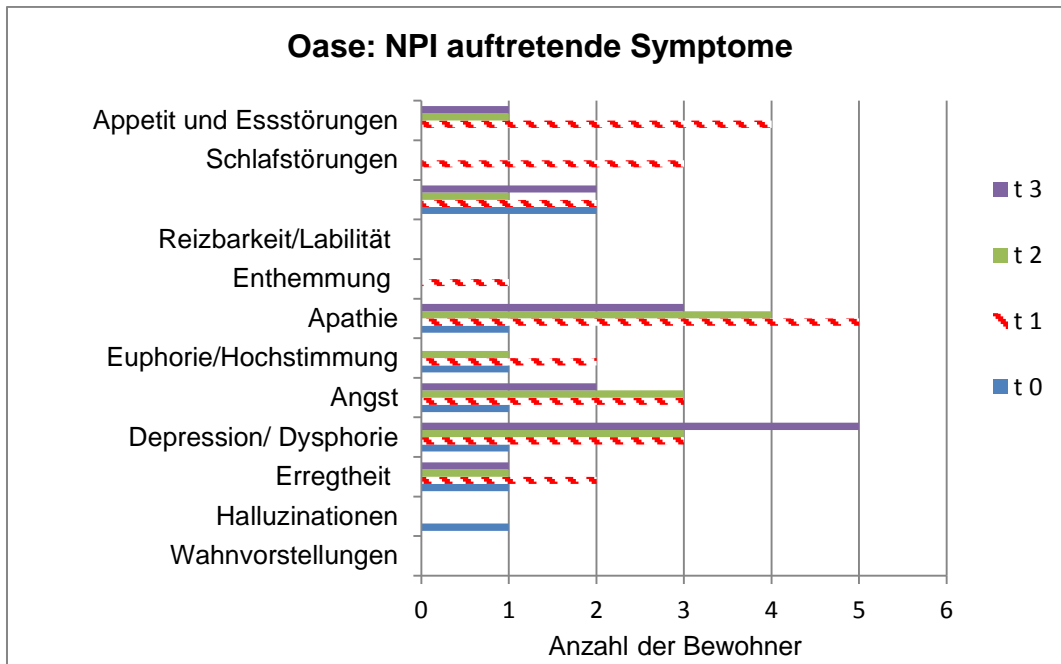


Abbildung 36: NPI Anzahl auftretender Symptome Pflegeoase

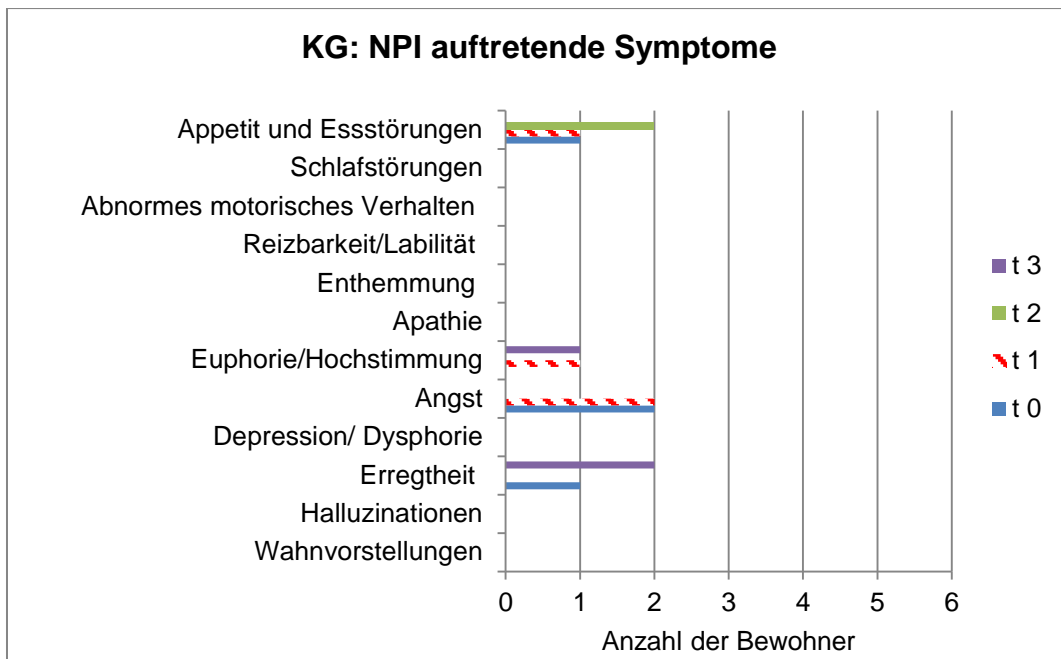


Abbildung 37: NPI Anzahl auftretender Symptome Kontrollgruppe

Analyse häufig auftretender neuropsychiatrischer Symptome (Oase): Abbildung 38 visualisiert die Bereichswerte (Häufigkeit multipliziert mit Schwere) der Dimensionen Depression/Dysphorie, Angst, Apathie/Gleichgültigkeit der Pflegeoase. Die Dimension Angst erreicht ihren höchsten Wert zu t 0 (6,3) vor Einzug in die Pflegeoase. In t 1 (5,3) und t 2 (3,3) sinkt der Wert. In t 3 (4,0) nimmt die Dimension Angst wieder zu, erreicht aber nicht mehr das Ausgangsniveau von 6,3 Punkten. Die Dimension Depression/Dysphorie startet zu t 0 mit dem vergleichsweise niederen Ausgangswert von 2,0, dieser sinkt im Erhebungszeitraum t 1 auf 1,5 und erreicht in t 2 (4,0) den höchsten Wert mit 4 von 12 möglichen Punkten. Zum Studienende in t 3 wird der niederste Wert (1,4) gemessen. Die Dimension Apathie/Gleichgültigkeit tritt erstmals in t 2 (3,8) auf und sinkt zum Studienende auf 1,3.

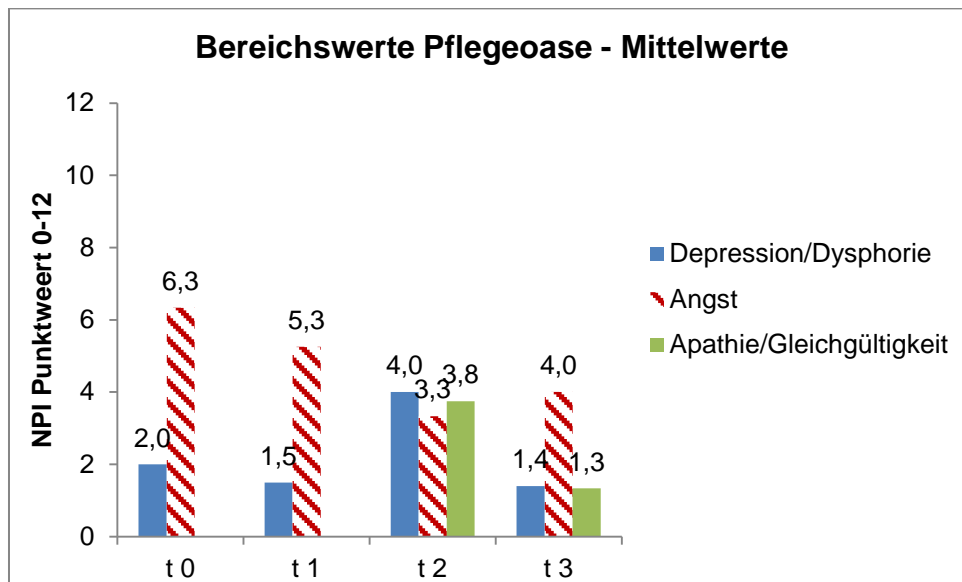


Abbildung 38: Bereichswerte der Dimensionen Depression/Dysphorie, Angst, Apathie/Gleichgültigkeit

Belastungserleben der Pflegenden: Im Rahmen des NPI wird die emotionale Belastung der Pflegenden in Bezug auf die neuropsychiatrischen Symptome der Bewohnerinnen abgefragt. Die eigene emotionale Belastung der Mitarbeiterinnen kann von „0 = überhaupt nicht belastend“ bis „5 = sehr schwer belastend“ eingestuft werden.

Die Belastung der Pflegenden in der Oase bewegt sich während der Erhebungsphasen im Mittelwert zwischen 0,7 und 2,0 (Median min: 0,4; max: 2,0). Die Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe geben Werte zwischen 0,8 und 2,0 (Median min: 1 und max: 1,5) an. Demnach bewerten die Mitarbeiterinnen beider Erhebungsgruppen ihre emotionale Belastung als minimal bis leicht belastend. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase fühlen sich durch deutlich mehr Verhaltensweisen belastet, als die Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe (siehe Abbil-

dung 39 und 40). Bei den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase werden insbesondere Halluzinationen, Erregung, Aggression und die Angst der Bewohnerinnen als belastend empfunden. In der Kontrollgruppe werden hauptsächlich Euphorie/Hochstimmung und Veränderungen des Appetits/Essverhaltens als emotional belastend beschrieben.

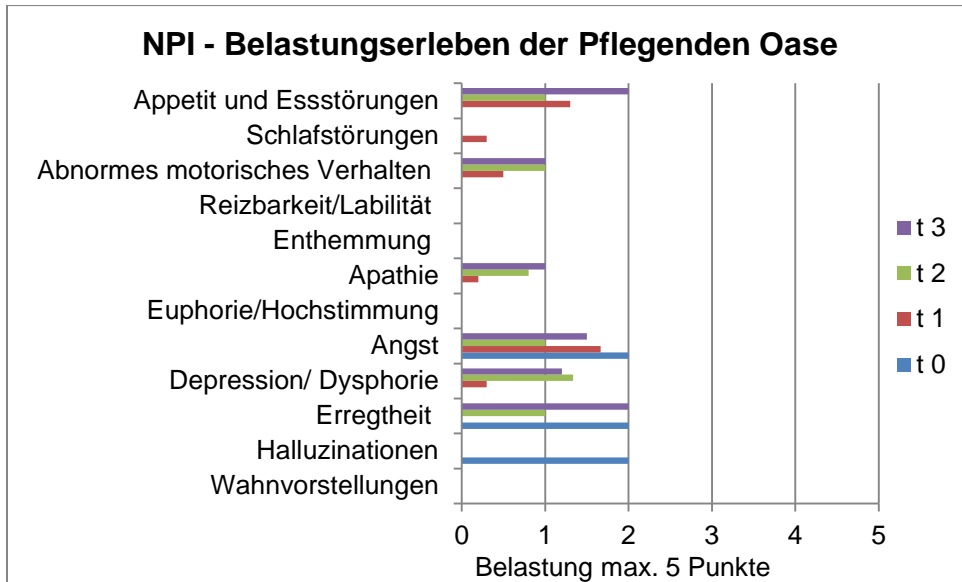


Abbildung 39: NPI – Belastungserleben der Pflegenden Oase

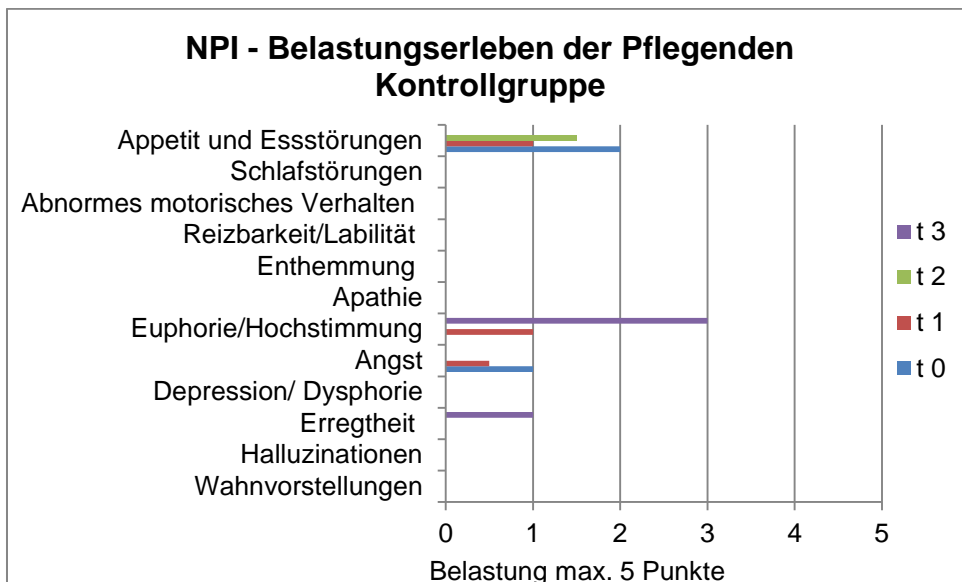


Abbildung 40: NPI – Belastungserleben der Pflegenden Kontrollgruppe

Zusammenfassung: In beiden Erhebungsgruppen werden (in Relation zur möglichen Gesamtpunktzahl) wenig neuropsychiatrische Symptome gemessen. In der Pflegeoase treten deutlich mehr Symptome auf als in der Kontrollgruppe. In der Pflegeoase kommen vor allem Apathie, Depression/Dysphorie sowie Angst vor. Hier ist in t 1 eine deutliche Zunahme der

Symptomatik zu beobachten, während sich in der Kontrollgruppe ein konstantes Bild zeigt. Dieses Phänomen konnten wir bereits in vorangegangenen Evaluationsstudien beobachten (Rutenkröger, Kuhn 2008; Rutenkröger, Berner, Kuhn 2012). Zum einen liegt die Vermutung nahe, dass die neuropsychiatrischen Symptome in der Pflegeoase eher erkannt werden, da hier eine Pflegekraft kontinuierlich präsent ist. Es könnte auch sein, dass durch diese Art von Begleitstudie eine Beeinflussung der Pflegenden in der Hinsicht stattfindet, dass ihre Wahrnehmungsfähigkeit sensibler bzw. geschärft wird – was wahrscheinlich auch einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Symptommhäufigkeit hat. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase sind – bedingt durch ihre kontinuierliche Präsenz – konstant mit den "NPI- Verhaltensweisen" konfrontiert, was ursächlich für ausgeprägtere Belastung sein könnte.

Die Mitarbeiterinnen beider Erhebungsgruppen bewerten ihre Belastung in Bezug auf die neuropsychiatrischen Symptome als insgesamt gering. Stärker belastet fühlen sie sich insbesondere durch das Auftreten von Angst, Apathie und Gleichgültigkeit sowie Depression und Dysphorie.

5 Studienergebnisse zum subjektiven Erleben der Angehörigen

In diesem Kapitel werden die Interviewaussagen der Angehörigen der Pflegeoase zu ihrem subjektiven Erleben ausgewertet.

5.1 Gründe für den Einzug

Nachfolgend werden die Beweggründe der Angehörigen, die zum Einzug in die Pflegeoase geführt haben, erläutert. Ein Angehöriger berichtet im Interview, dass er anfängliche Bedenken wegen der Ruhe in der Pflegeoase hatte. Obwohl es in der Pflegeoase tatsächlich deutlich ruhiger sei als auf dem vorherigen Wohnbereich, überwiegen für ihn die Vorteile. Die Möglichkeit des Probewohnens d. h. die Möglichkeit bei Nichtgefallen wieder in den herkömmlichen Wohnbereich zurückzuziehen, hätte die Entscheidung wesentlich erleichtert:

*„Also bei uns war es so ... (die Teamleitung der Pflegeoase, Anm. d. Vfs.) hat uns darauf angesprochen, ob das etwas für die Mutter wär, sie soll sich das mal überlegen und gut, ich habe mir gedacht: **Vorteile, Nachteile? Versuchen wir das mal! Das war ja auch mit dem Hinweis, sie kann jeder Zeit wieder zurück in die Geschlossene ... wenn man zu dem Ergebnis käme, dass es vielleicht nicht so gut ist. Aber bisher muss ich sagen: Toll, wirklich also. Also, ich muss dazu sagen, dass ich etwas Bedenken hatte.**“ (I 4)*

Für einen weiteren Angehörigen spielt die kontinuierliche Personalpräsenz der Mitarbeiterinnen im Tagdienst eine wichtige und entscheidende Rolle.

"Dadurch dass ständig jemand dabei ist und das habe ich mir so gedacht und habe gedacht, o.k. da stimme ich zu." (I 4)

„Was ... gut ist, ist, dass mehr betreut wird, in längeren Phasen, nahezu rund um die Uhr.“ (I 4)

Neben dem Wohl seiner Schwester macht der Angehörige sich auch Gedanken um das Wohl der ehemaligen Mitbewohnerinnen. Er selbst stellt sich das Zusammenleben mit einer schwer dementiell erkrankten Frau sehr belastend vor:

*„Wir sind angesprochen worden, dass hier eine Pflegeoase aufgebaut wird. Wir wussten natürlich zunächst nicht, was wir damit anfangen sollten. **Ich sehe also, dass man Demenzkranke ... zusammen in einen großen Raum reinlegt und dass sie dann besser betreut werden sollen.** Unsere Schwester, die war in einem Zweibettzimmer, da war ein normaler Patient ... der war nicht demenzkrank ... **Da habe ich für mich gedacht ein richtig Demenzkranker zu einem normalen alten Menschen hineintun ... mich würde das belasten.** Wenn ich jetzt ins Altenheim müsste ... zu einem Demenzkranken ins Zimmer rein gesteckt werden, der ja permanent nur da liegt und total dement ist einfach, so wie meine Schwester einfach nur da liegt.“ (I 4)*

Aus dieser Erfahrung heraus schließt der Angehörige, dass eine homogene Einrichtung Vorteile habe und gewünscht sei, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

"Und dann habe ich gedacht, das sind wahrscheinlich die Hintergründe, hier im Heim, dass man denkt, man trennt doch die Demenzkranken von den normal alten Menschen und betreut die Demenzkranken natürlich auch ein bisschen anders, klar." (I 4)

Da sich die Pflegeoase – wie die anderen Wohnbereiche – über Pflegestufen finanziert, entstehen keine Mehrkosten durch eine Betreuung in der Pflegeoase. Dies wird im Interview als wichtiges Entscheidungskriterium beschrieben. Eine Abwägung für oder gegen die Pflegeoase erfolgt daher mit Fokus auf die Lebensqualität der potentiellen Bewohnerin. Die Angehörigen begreifen die Pflegeoase als eine Chance zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohnerinnen, wie die nachfolgenden Zitate zeigen:

*„Weil ich selbst einen großen Teil zuzahle. Das war natürlich auch schon ein Punkt. **Das kostet nicht mehr. Das probieren wir mal. Der entscheidende Punkt, ist es für sie eine Verbesserung oder Verschlechterung?** ... Aber bis jetzt muss ich wirklich sagen, auf jeden Fall eher eine Verbesserung. **Das war ja der Hauptpunkt, für sie etwas, neue Lebensqualität, es wäre ja schade, wenn man das nicht versucht, wenn man die Chance hat.**“ (I 4)*

„Ein Versuch war es wert. Ich habe gesagt, schlimmer kann es ja nicht werden, habe ich gesagt. Im Gegenteil, dass sie es halt doch noch angenehmer hat, so gut es geht.“ (I 4)

Zusammenfassung:

Die Angehörigen schätzen die Pflegeoase, trotz anfänglicher Bedenken, z. B. wegen der Ruhe in der Pflegeoase, sehr positiv ein. Ein wichtiges Entscheidungskriterium stellt hier die kontinuierliche Personalpräsenz der Mitarbeiterinnen im Tagdienst dar. Dass durch die Betreuung in der Pflegeoase keine zusätzlichen Kosten anfallen, wirkt sich ebenfalls entscheidend aus.

5.2 Belastung und Entlastung

Die Auseinandersetzung mit der progredient fortschreitenden demenziellen Erkrankung stellt eine Belastung und Herausforderung für die Angehörigen dar. Das Gefühl, dass die Mutter sämtliche Erinnerungen an ihr bisheriges Leben verloren hat, belastet eine Angehörige:

*„Das macht mich ja dann manchmal schon sehr traurig. **Ja, das macht mich auch bei meiner Mutter traurig, weil ich denke, sie hat ein Leben gelebt und weiß nichts mehr davon.**“ (I 11)*

Ein weiterer Angehöriger berichtet von anfänglichen Schwierigkeiten die dementiell erkrankte Schwester zu besuchen. Diese haben sich aber im Laufe der Zeit, nachdem er sich mit der Erkrankung auseinandergesetzt hat, jedoch verloren:

*„**Ich muss auch sagen, ich habe am Anfang auch dermaßen Schwierigkeiten gehabt, da mit zu gehen.** Und erst im letzten Jahr, bin ich jeden Mittwoch gekommen **und es macht mir eigentlich auch noch Spaß ...**“ (I 4)*

„Weiß ich nicht, irgendetwas hat sich da auch in mir auch abgespielt, irgendwie habe ich einen näheren Bezug zu ihr bekommen, die Angst verloren vor der Krankheit. Man hat halt vorher überhaupt keine Ahnung gehabt von Demenz, oder wir haben uns nicht beschäftigt damit. Will man ja nicht, wenn man jung ist.“ (I 4)

Eine Angehörige berichtet von dem entlastenden Gefühl, ihre Mutter in der Pflegeoase in der Gemeinschaft mit anderen Menschen zu wissen. Insbesondere die in der Pflegeoase praktizierte Bedürfnisorientierung wird (im Vergleich mit der Ablauforientierung des bisherigen Wohnbereich) als entlastend beschrieben:

*"Es war oft so, dass ich sie erst um fünf hier besuchen konnte und ich weiß ja, wie der Ablauf ist beim Pflegepersonal. **Die mussten meine Mutter um fünf ins Bett tun. Die hat dann zwar noch Abendessen bekommen und so, sie war halt müde, musste aus ihrem Stuhl raus, dann ging es halt nicht anders als das sie ins Bett gekommen ist.** Weil die ja immer noch so viele andere zu versorgen hatten. **Und da fand ich halt schon, dass sie ein bisschen isoliert war und ich habe das Gefühl, dass es ihr da besser geht. Das sie da mehr mitbekommt.** Dass sie zwar auch ihren Rückzug hat. Ja meine Mutter ist halt auch in einer ruhigen Phase in der Demenz, also die schläft viel trotz allem Trubel, zieht sich dann so zurück aber ist dann auch wach, wenn etwas los ist." (I 6)*

Ein anderer Angehöriger hat das Gefühl, dass seiner Angehörigen mehr bewohnernahe Zeit zuteil wird:

"Das ist halt so, da ist doch ein bisschen mehr Zeit, für den einzelnen, die sie in den anderen Stationen halt nicht haben." (I 4)

Zusammenfassung:

Das Wissen um die Gemeinschaft und die kontinuierliche Personalpräsenz sowie die in der Pflegeoase praktizierte Bedürfnisorientierung wirken sich entlastend auf die Angehörigen aus. Der Umgang und das Akzeptieren der dementiell veränderten Angehörigen wird als Hürde beschrieben, die es zu überwinden gilt.

5.3 Besuche

Ein Angehöriger, der in der Nähe wohnt besucht seine Mutter nahezu täglich und nimmt sie auch gelegentlich mit zu sich nach Hause:

"Ich habe das Glück, ich kann sie mit heim nehmen, heute auch ... dann fahren wir heim, bringe sie dann abends wieder und das ist dann für mich auch eine Situation, ich kann sie mit heim nehmen, bin bei der Familie sozusagen, kann dann beides verbinden." (I 4)

Die Bewohnerin lässt sich nur noch von ihrem Sohn zum Laufen animieren, weswegen dieser sie nach Möglichkeit häufig mobilisiert:

„Dann versuche ich sie mobil zu halten ... ein paar Schritte, wenn es ihr auch nicht immer gefällt." (I 4)

Ein anderer Angehöriger besucht seine Schwester regelmäßig mit seinem Hund. Er hat positive Erfahrungen mit dem Tier in der Pflegeoase gemacht.

"Die haben ihren Spaß daran, direkt. Irgendwas neues oder was kuscheliges, oder weiß ich was. Der geht ja eigentlich auch auf die Leute zu." (I 4)

Eine Angehörige kann ihre Besuche in der Pflegeoase mit ihrem Arbeitsweg vereinbaren:

"Ich fahre meistens freitags zur Arbeit ... und da komme ich vorher hier vorbei. Da treffe ich sie halt manchmal im Bad an, wenn sie gerade lang geschlafen hat." (I 6)

"Ich komme (Anm. d. Verf.) also mindestens ein Mal in der Woche. Wenn ich es schaffe, zwei Mal." (I 6)

Von den Angehörigenbesuchen profitieren alle Bewohnerinnen, weil dadurch mehr Leben in die Pflegeoase kommt. Einige Bewohnerinnen erhalten jedoch nach Auffassung eines Angehörigen zu wenig Besuch:

*"Ja, das müsste natürlich noch mehr sein, sag ich mal. Jeder einzelne Besuch bringt allen etwas ... Bei vielen lässt es zu wünschen übrig. **Wenn da mehr kämen, wäre mehr Unterhaltung mehr Abwechslung.**" (I 4)*

Zusammenfassung:

Die Besuchsfrequenz der einzelnen Bewohnerinnen differiert stark. So erhalten vier Bewohnerinnen ca. 2–3-mal wöchentlich Besuch, eine Bewohnerin ca. einmal monatlich und eine Bewohnerin 2-mal im Jahr (Stand April 2014). In der Kontrollgruppe erhält eine Bewohnerin (Stand April 2014) „fast“ täglich Besuch, eine weitere 2-3-mal wöchentlich und eine Bewohnerin 3-mal im Jahr. Der Kreativität während der Besuche in der Pflegeoase sind keine Grenzen gesetzt, so erhalten die Bewohnerinnen regelmäßig Besuch von einem kleinen Hund, werden mobilisiert oder mit nach Hause genommen.

5.4 Beurteilung der Pflegeoase

Die Angehörigen sind sehr angetan vom Umgang mit den Bewohnerinnen in der Pflegeoase. Insbesondere der mit den unterschiedlichen Persönlichkeiten der Pflegenden verbundene differierende Umgang mit den Bewohnerinnen wird sehr geschätzt:

*"Ich kann so sagen, es ist toll. **Jeder mit seiner Art.** Das passt da alles. Erwartung? Sie machen es toll. Das muss ich wirklich sagen, doch." (I 4)*

*"Also jeder mit seiner Eigenheit, also ... (eine Pflegekraft macht, Anm. d. Vfs.) immer mal ein bisschen Spaß ... (eine weitere Pflegenden, Anm. d. Vfs.) zum Beispiel ist ganz ruhig. Mit Bedacht. Sie macht alles mit Ruhe und strahlt Ruhe aus. Ganz, ganz toll. **Also jeder bringt sich da so mit seiner Eigenheit ein bisschen ein, ja, das finde ich auch gut, dass jeder ein bisschen anders ist und das dann so einbringt.**" (I 4)*

Eine Angehörige beschreibt ihren Eindruck, dass die Mitarbeiterinnen das Konzept der Bedürfnisorientierung verinnerlicht haben:

*"Aber ich habe auch den Eindruck, dass das Pflegepersonal **wirklich versucht, auf die Bedürfnisse von den Menschen einzugehen** und nicht nur nach außen." (I 6)*

Die Gemeinschaft der Pflegeoase, die menschliche Zuwendung, Bewegung und Geräusche werden positiv gewertet, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

*"Die finde ich ausgesprochen gut... **Dass sich um sie herum etwas bewegt. Erstens das und zweitens, dass sie auch etwas hört. Und da nicht, sagen wir mal stundenlang mehr oder weniger alleine liegt, sondern dass da mal ... die Schwester rum geht und außerdem finde ich, dass die Pflege sehr gut ist. Also, sehr auf den individuellen Patienten eingestellt und auch sehr sorgfältig.**" (I 10)*

Eine Angehörige wägt die Vorteile des herkömmlichen Wohnbereiches und die Vorteile der Pflegeoase ab:

*Ja, ganz anders als oben im vierten Stock, **wo sie halt ihr Zimmer gehabt hat, wohl mit ihren Möbeln und wenn man gekommen ist, dann hat man vielleicht ein bisschen intimer mit ihr noch gesprochen, aber es ist einfach wohltuend da unten.** Weil man mehr hört, weil auch **die Pfleger und die Schwestern sehr engagiert sind und, ja, besser könnte es nicht sein,** sehen Sie, die sind auch sehr aufmerksam wenn irgendetwas los ist, wenn sie sehr viel husten muss zum Beispiel ... Und ich bin froh." (I 10)*

Aus ihrer Sicht sind Menschen in fortgeschrittenen Stadien der demenziellen Erkrankung und schwerstpflegebedürftige Menschen in der Pflegeoase sehr gut betreut:

"Ja, also wenn jemand wirklich sehr pflegebedürftig oder dement ist, dann ist es ausgesprochen gut. Ich bin froh, dass ich darauf hingewiesen worden bin, und dass ich mir das überlegt habe und auch besprochen habe mit meinen Buben und meinem Mann." (I 10)

"Ja das ist faszinierend bei meiner Mutter. Man sagt ja, Alzheimer Kranke leben nicht länger, als acht bis 10 Jahre. Aber ich glaube, so gut wie es ihr jetzt gerade geht, lebt sie schon noch länger." (I 6)

Erforderliche Kompetenzen

Aus Sicht der Angehörigen müssen die Mitarbeiter empathisch, fachkompetent und in der Lage sein die nonverbalen Zeichen der Kommunikation zu erkennen:

"Sie muss mitfühlend sein, sie muss natürlich ihr Fach können, sie muss viel Geduld haben, und sie muss ein bisschen sehen, was braucht derjenige." (I 10)

Dass sie mit dem Herzen dabei sind und dass sie auf die Einzelnen eingehen, auch wenn sie, wie meine Schwester, sich nicht mehr äußern können oder auch die anderen, die vielleicht noch ein bisschen mit den Händen irgendetwas tun wollen oder so, dass sie denen dann irgend etwas in die Hand geben, dass sie die Hände beschäftigen können und solche Sachen, und sie sind sehr aufmerksam, wie es geht." (I 10)

Nach Meinung einer Angehörigen ist die Fähigkeit zur Empathie die wichtigste Voraussetzung für die Pflege in der Oase. Sie beobachtet, dass einige Mitarbeiterinnen empathischer mit ihrer Mutter umgehen können, als andere Mitarbeiterinnen:

"Empathie. Das haben sie aber auch. Und dass sie eben die Menschen mögen. Aber das habe ich bei fast allen. Also ich merke schon immer, wer im Dienst ist, es gibt ein, zwei, da ist meine Mutter, glaube ich, nicht so glücklich, die sind, glaube ich, auch nicht so glücklich mit ihr, aber das ist überall so." (I 6)

Sie beschreibt im nächsten Zitat an was sie merkt, dass eine emphatische, ihrer Mutter nahestehende Pflegekraft in der Oase ist. Ihrer Mutter sei:

"Viel strahlender. Also sie zieht sich zurück, wenn sie merkt das ist jetzt nicht diejenige, die ihr so liegt." (I 6)

"Da ist sie dann müder und macht nicht so die Augen auf und lächelt nicht so viel." (I 6)

Zusammenfassung

Die Pflegeoase wird von Seiten der Angehörigen sehr gut bewertet. Maßgeblich für die positive Einschätzung der Pflegeoase sind die Pflegenden: Die unterschiedlichen Charaktere und deren emphatischer Umgang mit den Bewohnerinnen sowie die Fachkompetenz der Pflegenden werden hier genannt. Ein weiterer Grund für die positive Bewertung ist die Gemeinschaft der Bewohnerinnen in der Pflegeoase und das damit verbundene "nicht alleine sein".

5.4.1 Zufriedenheitsbefragungen

Zur standardisierten 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) eingesetzt worden. Dieser 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.

Auswertung

Insgesamt werden 3 gültige Bögen ausschließlich von Angehörigen der Pflegeoase ausgewertet. Eine Person bewertet die Zufriedenheit der Betreuung in t 1 mit der Maximalpunktzahl von 40 Punkten, die zwei weiteren Einschätzungen mit Werten von 29 (t 1) bzw. 31 (t 2) drücken ebenfalls eine große Zufriedenheit mit der Betreuung in der Pflegeoase aus.

6 Studienergebnisse zum subjektiven Erleben der Mitarbeiterinnen

In diesem Kapitel wird das Belastungserleben der Pflegenden anhand des Maslach Burnout Inventory analysiert. Danach werden die Interviewaussagen der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase zu ihrem subjektiven Erleben ausgewertet.

6.1 Burnoutbefragung

Zur Ermittlung des Burnout-Syndroms wird die deutsche revidierte Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D nach Büssing & 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. Bei den Subskalen „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ gehen Glaser (2009) und Glaser, Lampert und Weigl (2008) 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. 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.

Ergebnisse

Insgesamt liegen 73 MBI-Fragebögen aus beiden Untersuchungsgruppen (29 Pflegeoase; 44 Kontrollgruppe) vor. Diese werden pro Erhebungsphase im Anschluss an die Fokusgruppeninterviews von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anonymisiert ausgefüllt. (Es handelte sich auch in der Kontrollgruppe um eine relativ gleichbleibende Mitarbeitergruppe.) Nicht anwesende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten die Fragebögen, um die Anonymität zu gewährleisten, mitsamt frankierten Rückumschlägen.

Die Auswertung der Bögen der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase (n=29) ergibt eine Berufserfahrung von 11,8 Jahren. Das Alter der Pflegenden wird in Zehnjahreskategorien erfasst. In

der Pflegeoase sind die Mitarbeiterinnen, welche die MBI Fragebögen ausgefüllt haben im Mittelwert zwischen 30 und 39 Jahre alt. Die Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe (n=44) weisen im Mittel eine Berufserfahrung von 16,9 Jahren auf und sind zwischen 40 und 49 Jahre alt. Nachfolgend werden die drei Subskalen im Einzelnen erläutert.

Emotionale Erschöpfung

Nach Einzug in die Pflegeoase in t 1 verbessert sich der Ausgangswert in der Pflegeoase (t 0: 2,2; t 1: 2,0). In t 2 steigt die emotionale Erschöpfung auf 2,5 und erreicht zum Evaluationsende in t 3 mit 2,4 einen Wert über dem Niveau des Ausgangswertes. In der Kontrollgruppe ist ein relativ gleichbleibender Verlauf zu beobachten. Die Werte variieren zwischen 2,4 und 2,6 und befinden sich über den Werten der Pflegeoase (außer in t 2 beide 2,5), weswegen in der Kontrollgruppe von einer geringfügig höheren emotionalen Belastung ausgegangen werden kann. Insgesamt ist zu konstatieren, dass sich die Werte in beiden Erhebungsgruppen und zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich unterhalb des kritischen Wertes für die Emotionale Erschöpfung von 3,5 Punkten befinden.

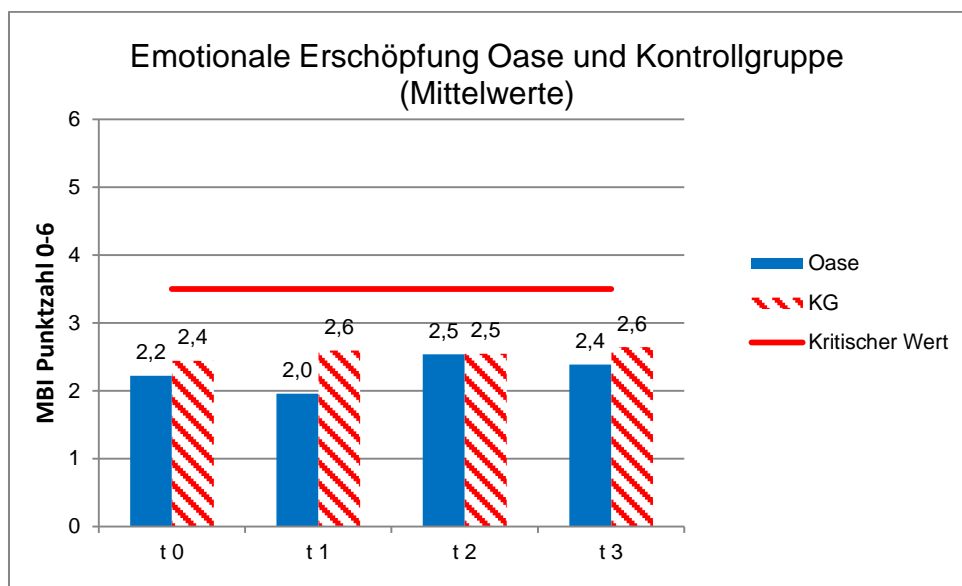


Abbildung 41: Burnout-Risiko Emotionale Erschöpfung Oase/KG

Depersonalisation

Bei den künftigen Mitarbeiterinnen der Pflegeoase werden in t 0 vor Einzug in die Pflegeoase die höchsten Werte der Depersonalisation gemessen. Nach dem Einzug (t 1) verbessern sich die Werte deutlich und erreichen mit 1,2 den positivsten Wert. In t 2 (1,5) und t 3 (1,7) bemerken die Pflegenden wieder vermehrt depersonalisierende Verhaltensweisen an sich selbst. Der vergleichsweise schlechte Ausgangswert von 1,9 wird in der Pflegeoase jedoch nicht mehr erreicht. Der Ausgangswert der Kontrollgruppe liegt in t 0 (1,6) unter dem der

Pflegeoase. Die Depersonalisationswerte bleiben in t 1 stabil und verschlechtern sich in t 2 (1,8) und t 3 (2,1).

Insgesamt betrachtet sind in der Pflegeoase nach Einzug (t 1-t 3) weniger depersonalisierende Werte zu konstatieren. Sowohl die Mittelwerte der Pflegeoase, als auch die Mittelwerte der Kontrollgruppe bewegen sich zu allen Erhebungspunkten unterhalb des kritischen Wertes für die Depersonalisation von 3,5.

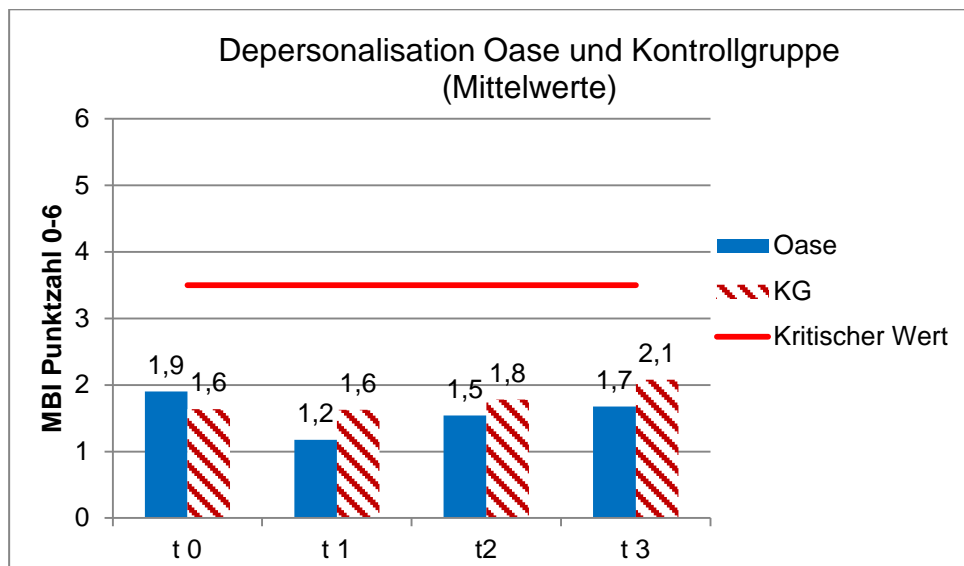


Abbildung 42: Burnout-Risiko Depersonalisation Oase-KG

Persönliche Erfüllung

In der Pflegeoase wird der höchste Wert der persönlichen Erfüllung zu t 1 (5,3) nach Einzug in die Pflegeoase beschrieben. Danach nehmen die Punktzahlen wieder ab und befinden sich in t 3 wieder auf dem Ausgangsniveau von 5,0. In der Kontrollgruppe sind die Werte konstant auf Werten zwischen 4,8 (t 1-t 2) und 4,9 (t 1). In der Pflegeoase werden zu allen Erhebungszeitpunkten leicht höhere Werte erzielt, weswegen von einer stärkeren persönlichen Erfüllung in der Pflegeoase ausgegangen werden kann. Insgesamt ist in beiden Erhebungsgruppen mit Werten weit ab des kritischen Wertes von einer ausgeprägten persönlichen Erfüllung auszugehen.

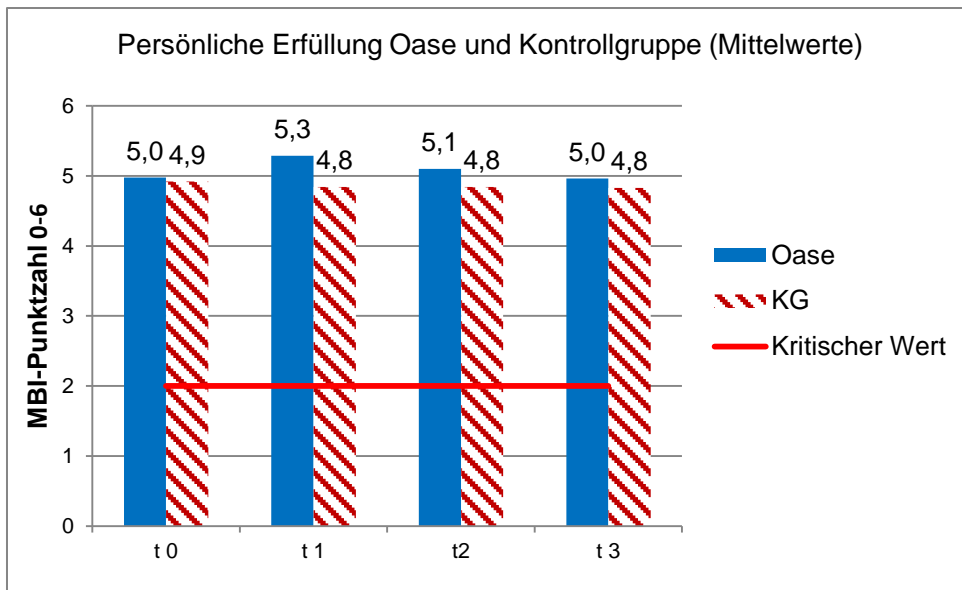


Abbildung 43: Burnout-Risiko Persönliche Erfüllung Oase-KG

Kritische Werte der Einzelverläufe

Wie erläutert, bewegen sich die Mittelwerte der Depersonalisation, emotionalen Erschöpfung und persönlichen Erfüllung sowohl in der Pflegeoase wie auch in der Kontrollgruppe deutlich jenseits der kritischen Werte. Bei der Betrachtung der Einzelverläufe bewegen sich jedoch sowohl in der Kontrollgruppe, als auch in der Pflegeoase einzelne Mitarbeiter im Bereich der kritischen Werte (siehe Tabelle 6).

	Emotionale Erschöpfung		Depersonalisation	
	Oase	KG	Oase	KG
T 0 (KG n=11, Oase n=6)	1 MA (4,0)	1 MA (4,1)	1 MA (4,0)	
t 1 (KG n=12, Oase n=8)		1 MA (4,6)		
t 2 (KG n=11, Oase n=7)	1 MA (4,0)			1 MA (3,6)
t 3 KG n=10, Oase n=8)	1 MA (3,9)	2 MA (3,6, 3,7)		1 MA (4,2)

Tabelle 6: Kritische Werte der Mitarbeiterinnen

Die visualisierten Einzelverläufe werden den Mitarbeiterinnen im Rahmen der Feedbackgespräche präsentiert und mit diesen diskutiert.

Zusammenfassung

Die Mittelwerte zum Burnout Risiko bewegen sich insbesondere im Bereich der persönlichen Erfüllung in beiden Erhebungsgruppen deutlich außerhalb der kritischen Werte. Dies lässt auf ein insgesamt niederes Burnout Risiko der Mitarbeiter im Mittel und eine große Identifikation mit der eigenen Tätigkeit der Mitarbeiterinnen schließen. Die Betrachtung der Einzelverläufe der Depersonalisation und emotionalen Erschöpfung jedoch zeigt ein deutliches Burn-

out Risiko bei einzelnen Mitarbeiterinnen. Die Analyse der Mittelwerte zu den Burnout Risiken der Depersonalisation, emotionalen Erschöpfung und persönlichen Erfüllung zeigt, dass nach Einzug in die Pflegeoase im Erhebungszeitraum t 1 durchgehend die besten Werte erzielt werden. In den folgenden Erhebungsphasen verschlechtern sich die Werte der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase tendenziell. In der Kontrollgruppe zeigen sich konstantere Werte. Verglichen mit den Werten der Kontrollgruppe, lassen die Werte der Pflegeoase nach Einzug der Bewohnerinnen auf ein geringeres Burnout Risiko schließen.

6.2 Intention, Herausforderungen und Belastungen

Im vorherigen Gliederungspunkt wird aufgezeigt, dass die Mitarbeiterinnen vor allem im Erhebungszeitraum t 2 emotional erschöpft sind und vermehrt depersonalisierende Verhaltensweisen beschreiben. Im Folgenden werden die Intentionen der Mitarbeiterinnen beider Erhebungsgruppen für die Arbeit in der Pflegeoase, sowie deren Herausforderungen und Belastungen beschrieben.

Bewohner sind nicht allein

Die Vorstellung von der permanenten Gemeinschaft in der Pflegeoase, war der Beweggrund für ihre Arbeit in der Pflegeoase, wie eine Mitarbeiterin berichtet:

"Also ich habe davon während meiner Ausbildung schon gehört und fand das da schon wahnsinnig geil, das kann man ja nur so sagen. Weil, wenn die Leute die ganze Zeit nur allein auf ihren Zimmern sind, das kann man doch nicht bringen, habe ich mir gedacht. Wenn die alle zusammen in einem Raum sind, dann ist halt immer jemand da und das ist gut für die Leute." (I 1)

Nach Meinung der Pflegenden profitieren die Bewohnerinnen von der Pflegeoase, da sie im herkömmlichen Wohnbereich viele Stunden alleine in ihren Zimmern gewesen seien.

"Ich bin auch der Meinung, dass das das Beste ist, wenn die Leute nicht so lange alleine sind. Wenn sie pflegebedürftig sind, dann kommt man manchmal nur einmal in drei Stunden rein, hier ist immer jemand da, da siehst du jemand." (I 1)

"Also ich glaube, vor allem bei der Frau Henri, diese ganzen Veränderungen kommen durch die Verlässlichkeit, wo sie jetzt empfindet. Die empfindet jetzt, du bist da und du bist wirklich da. Und gehst nicht einfach raus und lässt sie alleine." (I 1)

Der enge Kontakt mit den Bewohnerinnen und die "Sinneseindrücke", die in der Pflegeoase vermittelt werden, sind nach Aussage einer Mitarbeiterin der Kontrollgruppe:

„Ich denke das Hauptargument für die Pflegeoase ist eben, der Kontakt oder die Sinneseindrücke, die bei einer Unterbringung im Einzelzimmer nicht mehr gegeben sind.“ (I 3)

Umstellung der Arbeitsweise

Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase beschreiben eine Veränderung ihrer Arbeitsweise bedingt durch den Wechsel vom herkömmlichen Wohnbereich auf die Pflegeoase. Sie freuen sich sehr auf die Arbeit in der Pflegeoase, wie das folgende Zitat aus dem ersten Teaminterview zeigt:

"Also weil die Arbeit mit Menschen einfach Spaß macht und weil das wieder eine andere Art ist zu arbeiten hier im Haus. Weniger Hektik, weniger Stress, die dann auf die Bewohner übertragen wird." (I 1)

*"Als wir auf der normalen Station gearbeitet haben, **haben wir immer unter uns geträumt oder geredet, hätten wir etwas mehr Zeit für die Leute.**" (I 1)*

Der Wechsel stellt jedoch auch eine Herausforderung dar, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

*"**Jetzt wo wir die Möglichkeit haben ... da merke ich aber, das ist schon eine ganz schöne Umstellung.** Wir arbeiten ja, mal da und mal da, das sind zwei ganz verschiedene Sachen. Du kommst auf die „Geronto“, da läuft alles anders. Auch stressig. Dann kommst Du in die Oase, erst einmal muss man sich umstellen können." (I 1)*

Stresserleben

Der Wechsel der Mitarbeiterinnen zwischen dem als "stressiger" beschriebenen organisatorisch zugeordneten gerontopsychiatrischen Wohnbereich und der Pflegeoase wird als Herausforderung betrachtet.

*"Manchmal merke ich, dass ich trotzdem plötzlich anfange mich zu stressen (...) Dann sage ich: **Nein, ich habe doch Zeit, ich kann doch mit den Leuten ein bisschen anders umgehen. Das muss man noch lernen.**" (I 1)*

Wie gesagt, ich genieße die Zeit da drüben wirklich, das auch einmal ein bisschen runter zu kommen, ein bisschen ruhiger zu arbeiten und das muss man zulassen. Vor allem auch alleine arbeiten. Flexibel." (I 2)

Neben der Freude über die neue Herausforderung, machen sich die Mitarbeiterinnen auch Gedanken darüber, ob sie der neuen Aufgabe (auch bei einer Vollbelegung) gewachsen sein werden:

"Also bei uns ist halt jetzt die Angst, wenn das mehr (Bewohnerinnen, Anm. d. Vfs.) werden, wie wir das dann schaffen.. Von der Zeit her." (I 1)

"Auch mit dem integrieren, das nicht diese Stimulation verloren geht. Das wir nicht plötzlich wieder arbeiten, wie vorher auch. Sondern, dass wir das beibehalten und integrieren können." (I 1)

Nach Auffassung einer Mitarbeiterin der Kontrollgruppe ist das "ruhig arbeiten können" eine Voraussetzung für die Arbeit in der Pflegeoase. Demnach sind nur bestimmte "Typen" für diese Arbeit geeignet:

*Ich denke mal, das können wirklich nur Mitarbeiter, die auf normalen Stationen, **sagen wir mal, ruhig und langsam gearbeitet haben.** Also ich persönlich sage, ich persönlich sage, ich bin zu hyperaktiv für so etwas. Man ist es halt gewohnt, man macht einfach 10 Sachen auf einmal und man ist es gewohnt. Es ist auch ein bisschen Charaktersache. **Also wenn jemand so***

hyperaktiv ist, das ist nicht gut für diese Menschen. Die brauchen wirklich jemand, der komplett ruhig ist, der das auch langsam machen kann. " (I 3)

Zeit für Angehörige

Durch die kontinuierliche Präsenz in der Pflegeoase und die damit verbundene Unausweichbarkeit haben die Mitarbeiterinnen die Möglichkeit mehr Zeit für Gespräche mit Angehörigen. Dies wird von einer Mitarbeiterin sehr positiv gewertet:

„Man hat auch einfach viel mehr Zeit sich mit Angehörigen zu unterhalten und muss nicht abblocken, quasi, wie es auf anderen Bereichen ja auch oft ist.“ (I 1)

Perspektive Kontrollgruppe

Die Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe berichten von belastenden Situationen insbesondere durch kranke Kolleginnen, deren Arbeit dann übernommen werden muss.

"Oder wenn sehr viele krank sind, zum Beispiel, also wenn Bewohner, Pflegekräfte, wenn man dann die gleiche Arbeit trotzdem machen muss, also wie normalerweise, die muss man ja auch genauso machen." (I 7)

Der Umgang mit einzelnen Bewohnerinnen mit herausfordernden Verhaltensweisen wird zur Belastungsprobe, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

"Ich denke mal, es ist auch sehr schwer mit Bewohnern umzugehen, wo man sich quasi Seele schon raus spuckt, um ihm alles, irgendwie, zu ermöglichen. Alles richtig zu machen, dass er sich wohl fühlt und sie stoßen immer auf so negative Stimmung. ... Aber es ist unheimlich schwer. Also mit so einem Menschen dann umzugehen. Weil, man bemüht sich, man macht, man tut, und es ist eigentlich dann nie richtig. Dann können die zehn Anderen das kaum ausgleichen, was der eine am Tag anrichten kann, also das ist dann schon schwer." (I 7)

Sie stellen sich das ständige "präsent sein" in der Pflegeoase, verbunden mit den geringen Ausweichmöglichkeiten (für Mitarbeiterin und Bewohnerin) sehr schwierig vor.

"Es ist ja manchmal so, da geht einem schon manchmal jemand auf die Nerven, dann kann ich sagen, komm ich mach dir den, und du machst jetzt den und ich muss den jetzt halt nicht sehen die fünf Minuten. Dann ist es gut. Das können die (Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, Anm. d. Vfs.) auch nicht, das geht ja nicht, wie sollen sie es machen." (I 3)

Zusammenfassung

Die Pflegeoase wird von den Mitarbeiterinnen als ideale Wohnform beschrieben, die der Einsamkeit und Isolation der Bewohnerinnen entgegensteht. So wird die neue Herausforderung auch mit viel Eifer und Optimismus begonnen. Nach Einzug müssen sich die Mitarbeiterinnen, die bislang den "Trubel" und die Teamarbeit auf dem Gerontopsychiatrischen Wohnbereich gewohnt waren, auf die Pflegeoase einstellen. Stress wird nicht direkt durch die Arbeit in der Pflegeoase erlebt, sondern durch die eigenen, hohen Ansprüche an die Pflege und die Betreuung. Die Mitarbeiterinnen der Kontrollgruppe berichten von Belastungen und Stresssituationen durch kranke Kollegen, deren Arbeit getan werden muss. Auch der Umgang mit den Aggressionen der Bewohnerinnen wird als sehr belastend beschrieben.

6.3 Bedürfnisorientierung

Durch das ständige vor Ort sein in der Pflegeoase wird eine Bedürfnisorientierung möglich.

*Hier ist immer jemand da, da siehst du (die Bewohnerinnen, Anm. d. Vfs.) jemand. **Was braucht der Mensch? Dann kannst du jemand die Position ändern, zu trinken geben oder ihm einfach Nähe geben, ein bisschen Nähe. Das finde ich gut.**" (I 1)*

Dies ist auch für die Mitarbeiterinnen eine neue Erfahrung und wird z. B. durch ein "mehr" an direkter Ansprache genutzt:

*"Ja, wie gesagt, das muss man noch lernen, ruhig arbeiten zu können. Das ist auch nicht immer gut, weil, manchmal sagt man sich, das ist schon ein bisschen langweilig. **Du versuchst dann, was anders zu machen mit den Leuten, ein bisschen mehr Zeit zu verbringen. Ein bisschen mehr reden.** Es klappt nicht immer sofort. Es muss gelernt sein, während der Arbeit in der Oase." (I 1)*

Das Essen wird mit einem Warmhaltewagen in die Oase gebracht und von den Mitarbeiterinnen geschöpft. Es besteht die Möglichkeit das Essen jederzeit zu erwärmen.

„Wir kennen die Leute jetzt besser. Wir wissen, wenn es jetzt zum Beispiel Kassler gibt, mit Sauerkraut, da müssen wir halt schauen, wer kann das beißen und wer nicht und wer würde sich daran verschlucken, aber das heißt nicht, dass die Heimbewohner nur noch passierte Kost bekommen und nur Grießbrei und Pudding zum Abend, da gibt es jetzt immer Suppe und Brot und dann wird das, also ich mache das so, ich tue immer ein Schälchen Suppe und ein Brot in kleine Stückchen und dann mit der Gabel eintunken in die Suppe, damit es ein bisschen weicher ist.“ (I 5)

Die Räumlichkeiten der Pflegeoase und die damit verbundenen kürzeren Wege, ermöglichen die Bedürfnisorientierung

"Es ist weniger zeitintensiv, du musst nicht von einem Ende zum Gang bis zum nächsten Ende. Man hat einen viel kleineren Bereich, in dem man läuft, das ist ein großer Vorteil." (I 1)

Ein wichtiger Punkt ist das ständige "im Blick haben" der Bewohnerinnen in der Pflegeoase:

"Du machst keine Tür hinter dir zu, und weißt nicht, was danach da drin passiert." (I 1)

*"Wenn wir auf der Geronto sind, auch wenn wir zu zweit sind, wir gehen jeder ein Person zu waschen, aber alle anderen liegen in dem Moment allein in ihren Zimmern, **du weißt nicht, was sie da machen. Ob jemand hin gefallen ist oder nicht. Und hier hast du alles im Blick.**" (I 1)*

6.4 Arbeitsorganisation

Die Mitarbeiterinnen arbeiten sowohl in der Pflegeoase wie auch im organisatorisch zugeordneten "Gerontopsychiatrischen Wohnbereich" und bilden ein gemeinsames Team:

"Wir tun jetzt, wie gesagt, die ganze Woche für uns einteilen. Wer in der Oase arbeitet, damit man das auch von vorn herein weiß, wann in der Oase gearbeitet wird und wann man vorne ist. Wir haben gesagt, erst einmal, wenn es geht, mehrere Tage hintereinander in der Oase." (I 1)

Die Pflegeoase ist meist mit einer Pflegehilfskraft besetzt, während sich eine Fachkraft auf dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich befindet und beide Bereiche verantwortet:

"Also wir haben uns gewisse Vorgaben selbst gesetzt, das heißt vom Dienstplan her. Wenn jetzt eine Fachkraft alleine im Dienst ist in einer Schicht, dann kann diese Fachkraft nicht in die Oase gehen, weil das einfach von Arztvisiten und Medikamenten richten nicht möglich ist. Dann geht eine Pflegehilfskraft rein" (I 1)

Die Abwechslung, die der Wechsel zwischen dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich und der Pflegeoase mit sich bringt, wird von den Mitarbeiterinnen als angenehm beschrieben, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

"Ja, wir haben auch schon gemerkt, so drei, vier Tage in der Oase sind sehr schön. Aber man freut sich dann auch wieder, wenn man auf den gerontopsychiatrischen Wohnbereich gehen kann, wo einfach mehr los ist. Gut, die Bewohner auf der Geschlossenen sind ja öfter auch mal sehr laut. Man freut sich dann auch wieder, wenn man dann so drei, vier Tage Ruhe hatte und alleine, dann freut man sich genau so wieder in den anderen Bereich zu gehen." (I 1)

Der Einsatzplan in der Pflegeoase lässt den Mitarbeiterinnen Spielraum, falls sie einmal lieber im organisatorisch zugeordneten Wohnbereich arbeiten möchten:

Es ist aber immer offen, wenn jemand sagt, ich kann heute nicht, ich mag heute nicht, dass der dann mit jemand anders tauschen kann. ...Ebenso gesetzt, dass die Hilfskräfte untereinander tauschen, so: Kannst Du heute mal in die Oase gehen, ich möchte lieber auf dem gerontopsychiatrischen Wohnbereich bleiben". (I 1)

Übergabe

Damit alle Mitarbeiterinnen informiert sind, wird die Übergabe des Gerontopsychiatrischen Wohnbereiches und der Pflegeoase zusammen gehalten:

"Gut, aber dafür haben wir ja auch beschlossen, dass wir die Übergabe immer gemeinsam machen. Alle zusammen, dass man auch immer, quasi täglich, berichten kann, was man gemacht hat und was jetzt davon gut war, was jetzt eher weniger." (I 2)

"Wir müssen gemeinsam Übergabe machen, sonst weiß der eine nichts mehr von dem anderen Bereich." (I 1)

"Es ist ja so, wir wechseln immer wieder durch, so bleiben wir immer dran. Und wenn man jetzt ein paar Tage nicht in der Oase war, dass man immer auf dem laufenden ist. So haben wir uns das halt gedacht." (I 2)

Die Übergabe findet auf dem Gerontopsychiatrischen Wohnbereich statt. Die Pflegeoase ist während dieser Zeit ohne Präsenzkraft. Pflegekräfte sind für die Angehörigen jederzeit über die Rufanlage zu erreichen:

"Die findet dann auf dem Gerontobereich statt. Wir haben ein Schild hin gemacht für die Angehörigen, wenn sie kommen ... Dass sie gerne ihre Angehörigen trotzdem jederzeit besuchen können, trotzdem rein gehen können und wenn sie Hilfe brauchen oder jemand benötigen, dass sie dann den Schwesternruf drücken, weil das klingelt dann bei uns vorne." (I 1)

6.4.1 Kompetenzen und Fortbildungen

Flexibilität, Offenheit, Lernbereitschaft, Empathie ("sich einlassen können") sowie Fachkompetenz sind nach Auffassung der Pflegenden wichtige Voraussetzungen für die Arbeit in der Pflegeoase:

*"Einfach auch die Einstellung Neues zuzulassen ... **Du musst das Neue zulassen. Das ist ein ganz anderes arbeiten. Ein ruhigeres Arbeiten. .., Wir arbeiten ja in der geschlossenen Station, da ist es schon von der Lautstärke ganz anders.**" (I 2)*

*"Ich finde auch, dass ich mich auf die Person, **die ich in dem Moment pflege, einlassen können muss.** Und davor einfach alles ausblenden und sagen, so jetzt bin ich bei der Person und nur bei der Person und nicht mit einem Ohr und sonst noch was irgendwo anders." (I 2)*

*"**Fachlich, also klar pflegerisch.** Es gibt viele Arten von Pflege. Basale Stimulation, es gibt beruhigende Waschungen, anregende Waschungen, also **da sollte man sich schon ein Stückweit mit auskennen** ... Und ja, wie gesagt, die Leute reden nicht viel, **sie reden gar nicht und das einfach zu erkennen, Mimik, Gestik und so und damit auch etwas anfangen zu können, das umsetzen zu können, individuell auf jeden einzeln einzugehen, das ist, das muss man können, das kann man trainieren.**" (I 2)*

Eine Mitarbeiterin, die einen Kinästhetikkurs absolvierte beschreibt die Notwendigkeit, am eigenen Körper zu spüren wie angenehm es sich anfühlt, wenn man kinästhetisch mobilisiert wird:

"Und das auch am eigenen Körper spüren, Kinästhetik sind so kleine Bewegungen. Du siehst es, denkst, was macht es, das bringt ja gar nichts, aber wenn man das dann am eigenen Körper spürt, dann merkt man das, wie gut das eigentlich tut." (I 2)

Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase haben eine einwöchige Basis-Palliativ-Ausbildung. Diese fand vor Inbetriebnahme der Pflegeoase in Bad Schussenried statt und wird von den Mitarbeiterinnen als positiv, informativ und bereichernd bewertet.

6.4.2 Kollegiale Unterstützung

Um die Konzeptentwicklung voranzubringen und das im Team zu den relevanten Themen vorhandene „Know-how“ durch eine kollegiale Beratung dem gesamten Team zugänglich zu machen, werden nach Einzug in die Pflegeoase im Erhebungszeitraum t 1 Qualitätszirkel ins Leben gerufen. Diese sind donnerstags im Anschluss an die Übergabe geplant. Die Treffen können unabhängig von der Teilnahme der Pflegedienstleitung stattfinden. In diesem Rahmen werden die folgenden Themen bearbeitet:

- Tag-Nacht-Rhythmus – Tageskleidung anziehen
- Kinästhetik
- Beitrag des Heimblattes zum Thema Pflegeoase
- Ablauf der Pflege verbessern
- Fallbesprechung über zwei Bewohnerinnen
- wertschätzende Kommunikation, „Infantilisieren“
- Abschieds- und Sterbekultur
- Dekoration in der Pflegeoase
- Reinigungsarbeiten
- Wäsche und Wäschewagen

6.5 Einzugsmanagement

Die Belegung der Pflegeoase stellt ein intensiv diskutiertes Thema der Prozessbegleitung und in den Interviews mit den Pflegenden dar.

Prozessbegleitung: Die Herausforderung geeignete Bewohnerinnen für die Pflegeoase zu finden, ist nach Auffassung der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Die Anzahl der Bewohnerinnen in der Pflegeoase veränderte sich durch den Tod von vier Bewohnerinnen (2 Bewohnerinnen vor und 2 Bewohnerinnen nach Einzug). Die Belegung der freien und frei werdenden Betten stellt sich aus unterschiedlichen Gründen als Herausforderung dar. Im Rahmen des Feedbacktermins II (1. Dez. 2013) erarbeiten die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, die Pflegedienstleitung sowie der Geschäftsführer mit Beratung der Forscherinnen der Demenz Support gemeinsam Lösungswege für das Einzugsmanagement. Im Dezember 2013 ziehen zwei weitere Bewohnerinnen in die Pflegeoase ein. Die Pflegeoase ist nun erstmals voll belegt.

Interviewaussagen: In den Interviews reflektieren die Mitarbeiterinnen das Thema Einzugsmanagement:

Vorstellung von der Atmosphäre und des Konzeptes der Pflegeoase während der Bauphase

Das "Rekrutieren" von Bewohnerinnen für die Pflegeoase stellt sich vor und während der Bauphase der Pflegeoase als Herausforderung dar, da sich die Angehörigen „kein Bild“ von der Räumlichkeit und der Atmosphäre der Pflegeoase machen können. Dies zeigt z. B. das nachfolgende Zitat einer Mitarbeiterin der Kontrollgruppe:

*"Das war bei uns das Problem, dass die (Angehörigen, Anm. d. Vfs.), **die konnten sich nichts darunter vorstellen ... Als wir sie auf das Konzept Pflegeoase angesprochen haben, war das denen vollkommen unbekannt.** Die konnten es sich auch nicht anschauen, nur auf irgendwelchen Plänen, wo man sich ja auch nichts darunter vorstellen kann, deswegen war das vielleicht auch so schwierig." (I 4)*

Der Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich eines möglichen Einzugs in die Pflegeoase benötigt Zeit. In dem nachfolgenden Zitat nimmt eine Mitarbeiterin der Pflegeoase die Perspektive der Angehörigen ein. Sie berichtet ebenfalls davon, dass eine Besichtigung der Pflegeoase ausschlaggebend für einen Einzug sein kann:

*„Und ich denke, wenn man das Ganze betrachten kann ..., **wenn ich mir das nicht vorstellen, kann ich das auch nicht entscheiden.** Dann brauch ich vielleicht auch Wochen dazu, mich damit anzufreunden.“ (I 2)*

Biografische Passung

Die Biografie, insbesondere die Art und Weise wie Menschen (gerne) gelebt und den Kontakt zu anderen gesucht haben, ist ein wichtiger Anhaltspunkt für die Pflegenden, wie das nachfolgende Zitat einer Mitarbeiterin der Kontrollgruppe zeigt:

*„Also, ich denke, wenn man darauf achtet, dass man ... Bewohner, die ein Leben lang alleine waren, man muss schon schauen, wer in die Oase passt. Nicht jeder (Bewohner mit der, Anm. d. Vfs.) Pflegestufe drei, **der aber glücklich ist in seinem Einzelzimmer und vielleicht nie wollte, dass er Jubel, Trubel um sich herum hat. Ich denke nicht jeder passt rein, aber da wird man im Vorhinein, wenn man die Auswahl trifft, darauf achten.**“ (I 3)*

Bindung an den „vertrauten“ Wohnbereich

Die Pflegenden der Kontrollgruppe beschreiben eine tiefe, über die Jahre gewachsene Bindung zu den Angehörigen und Bewohnerinnen. Diese Vertrautheit ist nach ihrer Einschätzung ein wichtiger Grund, um auf dem Wohnbereich zu bleiben und nicht in die Pflegeoase zu ziehen. Der Kontakt, den die potentiellen Bewohnerinnen zu den Mitbewohnern auf den herkömmlichen Wohnbereichen haben und der "Trubel" der dort herrscht, werden als bereichernd und für die Bewohnerinnen notwendig erachtet.

*„Wir haben eine Bewohnerin, die geplant war für die Pflegeoase. Wo wir, oder zumindest ich, von vorneherein gesagt haben: Also eigentlich ist diese Bewohnerin fehl am Platze dort. Weil, sie hat schon Pflegestufe mit Härtefall, gar kein Thema, von der Pflegestufe würde sie ja da rein passen, **aber die Bewohnerin, die braucht viel Ansprache ... Sie kennt jeden vom Sehen und der Ansprache, jeder geht zu ihr und begrüßt sie und macht und tut. Diesen Trubel drum herum, diesen Stress umeinander, das braucht sie.**“ (I 3)*

Eine Bewohnerin der Pflegeoase hatte auf ihrem ehemaligen Wohnbereich intensiven Kontakt zu zwei Angehörigen ihrer Mitbewohner. Diese bedauerten ihren Umzug in die Pflegeoase sehr, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

„Das war jetzt auch so ein Punkt, wo die Frau Friedrich jetzt auf die Oase gezogen ist, fanden die Damen das auch sehr schade, weil Sie die Frau Friedrich auch sehr viel mit einbezogen haben. ... Frau Friedrich war jeden Tag mobilisiert, Frau Friedrich war immer mit den zwei Ehepaaren zusammen, die haben sie zu sich gezogen. Sie haben ihr zu trinken eingegeben, Essen eingegeben. ... Sie hat auch immer gelächelt, wenn die zwei Damen gekommen sind. Sie fanden das auch sehr schade.“ (I 3)

Sonstige „Barrieren“

Eine wichtige Voraussetzung für die Aufnahme in die Pflegeoase ist, dass die Bewohnerinnen seit mindestens einem halben Jahr in der Einrichtung leben. Dies hat den Vorteil, dass ihre Vorlieben sowie Verhaltensweisen bekannt sind. In Bezug auf das Bettenbelegungsmanagement wird diese Vorgehensweise von einer Pflegenden der Kontrollgruppe als Barriere beschrieben. Insbesondere Ärzte (von extern) seien an einem zeitnahen Einzug interessiert:

„Also ich habe jetzt zwei Ärzte gehabt, die haben gefragt, ob sie das so machen dürften. Dann sage ich: Nein, das geht so nicht, dass (die Bewohnerinnen, Anm. d. Vfs.) direkt von zuhause in die Oase gehen. Das geht nicht.“ (I 3)

„Und bei den anderen Bewohnern, die jetzt neu kommen, ist es nach einem halben Jahr vielleicht einfacher zu argumentieren, als vielleicht bei jemand, der schon fünf, sechs Jahre da ist.“ (I 3)

Die Pflegenden der Kontrollgruppe berichten von Angehörigen auf ihrem Wohnbereich, die ein Interesse an der Pflegeoase zeigen. Diese potentiellen Bewohnerinnen haben jedoch entweder nicht die für eine Verlegung in die Pflegeoase (zu Beginn der Evaluation) erforderliche Pflegestufe 3 oder sind aus anderen Gründen nach Meinung der Pflegenden nicht geeignet:

„Bei uns auf der Station, gibt es schon Angehörige, die sich dafür interessieren. Aber deren Angehörige sind nicht in Pflegestufe drei und wenn, dann komplett unpassend für die Pflegeoase. Also wirklich komplett unpassend.“ (I 3)

Bewohnerinnen, die auf den Wohnbereichen häufig mobilisiert werden und so eine Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht bekommen, profitieren nach Ansicht der Pflegenden der Kontrollgruppe nicht von der Pflegeoase:

*„Jetzt unsere Frau Konrad, sie wird mehrmals wöchentlich mobilisiert, d. h. da sticht das Argument schon nicht, weil sie mehrmals wöchentlich draußen ist, oder fünf Mal die Woche im Rollstuhl und im Aufenthaltsraum ist. **Sie bekommt diese Sinneseindrücke mit. D. h., da ist es schwierig, sie zu einem Umzug zu überzeugen, weil sie hat es ja im Grunde genommen das, was auf der Oase auch gegeben ist ...**“ (I 3)*

Perspektivenwandel

Die Pflegenden beider Erhebungsgruppen sind trotz der beschriebenen Barrieren der Meinung, dass bestimmte Bewohnerinnen von einem Umzug in die Pflegeoase profitieren. Die Überzeugungsarbeit, die es zu leisten gilt, damit Angehörige mit einem Umzug in die Pflegeoase einverstanden sind, wird im nachfolgenden Zitat auf eine Redensart übertragen:

*„Viele (Angehörige, Anm. d. Vfs.) sagen halt: **Einen alten Baum verpflanzt man nicht.** Den Leuten muss man dann klar machen, **dass ein Baum, der ein bisschen im Schatten steht, dass man den ein bisschen in die Sonne stellen könnte.** Das täte dem vielleicht auch noch gut.“ (I 2)*

Die Pflegenden der Pflegeoase berichten vom Ehemann einer Bewohnerin, welcher anfangs gegen die Pflegeoase war. Er ließ sich jedoch von seiner Tochter überzeugen, so dass Frau Friedrich in die Pflegeoase einziehen konnte. Mittlerweile ist er hochzufrieden mit der Versorgung seiner Ehefrau in der Pflegeoase:

„Das war bei der Frau Friedrich jetzt auch nicht so ganz einfach. Der Mann musste auch lange überredet werden.“ (I 2)

„Der Mann von der Frau Friedrich, der wurde von der Tochter überredet, dass die Frau Friedrich auf die Pflegeoase kommt. Der hat sich fünf Mal die Pflegeoase angeschaut mit der Tochter zusammen, er hat jedes Mal rum geschaut und hat gesagt: „Ach ich überlege es mir, ich weiß es jetzt noch nicht.“ Und dann sind sie gegangen und dann sind sie wieder gekommen. Also die sind fünf Mal da gewesen.“ (I 1)

„Zu uns hat er auch gesagt: Das muss doch teurer sein, das kann doch nicht sein. Und für ihn war das auch so, die Sache, die Frau Friedrich schaut zwar gar kein Fernsehen, aber er hat am Anfang gesagt: Ne also hier ist ja auch gar kein Fernseher ... Immer wieder angeschaut.“ (I 1)

Zusammenfassung

Die Belegung der Pflegeoase ist zu Beginn der Evaluation mit Herausforderungen verbunden. Dies liegt zum einen daran, dass sich die Angehörigen „kein Bild“ von der Räumlichkeit und der Atmosphäre der Pflegeoase machen können und mit der bisherigen Betreuung zufrieden sind. Zum anderen sind die Pflegenden in den herkömmlichen Wohnbereichen eng mit ihren Bewohnerinnen verbunden und von deren guter Betreuung überzeugt. Was zur Folge hat, dass diese nicht für die Pflegeoase werben. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Bewohnerinnen durchaus teil am gesellschaftlichen Leben der Wohnbereiche haben.

6.6 Abschieds- und Sterbekultur

Das Pflegen der meist hochaltrigen und multimorbiden Bewohnerinnen in der Pflegeoase, verbunden mit der kontinuierlichen Präsenz der Mitarbeiterinnen, erfordert eine Bereitschaft zur tiefen Bindung und eine Bereitschaft, sich mit Tod und Sterben auseinanderzusetzen. Die Abschieds- und Sterbekultur stellt daher ein wichtiges Thema der Pflegeoase dar, welches im Rahmen der Interviews, Feedbacktermine und einem Qualitätszirkel thematisiert wird. Während der Evaluationsphase sind zwei Bewohnerinnen der Pflegeoase in dieser verstorben (und zwei Bewohnerinnen vor Einzug).

Begleitung in der Sterbephase

Während der Sterbephase einer Bewohnerin, wurde den Angehörigen ermöglicht auch in der Nacht bei ihrer Mutter und Schwiegermutter zu sein. Das Begleiten dieses intensiven Abschiedes hat für die Pflegenden einen hohen Stellenwert und wird von einer Mitarbeiterin in dieser Intensität zum ersten Mal erlebt:

*"Also, wir haben ein Ehebett gemacht, aus zwei Betten. Wir haben das aus dem Separee hinten raus geholt, neben das Bett von Frau Schrade gestellt und dann haben die zu dritt in dem Bett geschlafen. ... Hand in Hand haben sie da geschlafen. **Und es war auch so, dass sie nachts aufgewacht sind und beim Tod dabei waren, weil sie gemerkt haben, irgendetwas stimmt nicht und dann sind sie aufgewacht. Also eine tollere Sterbebegleitung, habe ich noch nie erlebt, seit dem ich hier arbeite.**" (I 5)*

Der Sohn der Bewohnerin hat sich nach dem Tod seiner Mutter von jeder Pflegekraft individuell durch einen Dankesbrief verabschiedet. Dies wird von Seiten der Pflegenden als große Wertschätzung empfunden.

"Es war unheimlich herzlich. Wir haben auch jeder einen kleinen Brief bekommen, vom Herrn Schrade oder von der Familie, jeder individuell mit einem extra Satz, der zu ihm passt und wie er sie begleitet hat, also ganz toll." (I 5)

Das Sterben der Bewohnerin wird als Anlass genommen ein Kondolenzbuch zu beginnen sowie eine "Abschiedsschale" mit Steinen und Kerzen für die Verstorbenen zu richten:

"Eine Woche später, da wäre sie 94 geworden, und da hatten sie Kuchen für alle Bewohner dabei, und dann haben wir vorne zusammen Kaffee getrunken, wir haben ein Kondolenz Buch angefangen für die Oase, da hat die Familie auch etwas persönliches rein geschrieben..." (I 5)

"Ich habe ein Kondolenzbuch besorgt, habe das angefangen, auch so eine Schale mit einer Kerze und einen Stein, wo man jeweils das Geburts- und Sterbedatum und den Namen von dem Bewohner darauf schreibt, das steht jetzt halt in der Oase." (I 5)



Abbildung 44: Abschiedskultur: Schale

Der Sterbeprozess einer weiteren Bewohnerin wird von den Mitarbeiterinnen als belastender für die Bewohnerin, deren Angehörige und die Pflegenden erlebt. Die Mitarbeiterinnen berichten von dem subjektiven Gefühl, dass die Bewohnerin noch nicht bereit zum Sterben war:

"Sie war halt noch sehr jung und das hat man wirklich gemerkt. Den Willen, den sie hatte, das war ganz extrem." (I 8)

"Die wollte auch nicht gehen, man hat das Gefühl gehabt, nein sie will noch nicht gehen" (I 8)

Das Gefühl, dass die Bewohnerin noch nicht sterben möchte, macht die Mitarbeiterin der Pflegeoase am Blick der Bewohnerin fest:

"Am Blick und an ihren Reaktionen einfach, die Laute die sie von sich gegeben hat." (I 8)

Die Mitarbeiterinnen stehen in engem Kontakt mit den Angehörigen. Das Verzichten auf lebensverlängernde Maßnahmen bei der Bewohnerin geschieht in deren Sinne und in Absprache mit den Angehörigen:

*"Also, sie hat dann abgenommen, nicht mehr diese Portionen gegessen, wie vorher, mit dem Trinken, immer wieder eine Infusion gebraucht, **dann haben wir mit den Angehörigen schon einmal darüber gesprochen, wie es aussieht. Die hatten letztes Jahr eine Patientenverfügung aufgesetzt, auf unser Anraten.**" (I 8)*

"Sie (die Angehörigen, Anm. d. Vfs.) waren dann bei ... dem Hausarzt und haben das mit ihm zusammen gemacht, da sie auch wirklich keine lebensverlängernden Maßnahmen wünschen. In ihrem Sinne, weil sie das wohl mal geäußert hat, als sie noch bei Sinnen war. Dass sie so nicht enden möchte, wie ihre Mutter. Sie hat früher ihre Mutter gepflegt, anscheinend, das haben wir so mit bekommen. Sie hatte auch eine schwere Demenz und hat dann erlebt, wie es ihr immer schlechter ging und hat irgendwann gesagt, so will sie halt nicht enden." (I 8)

Die Begleitung von Seiten der Angehörigen gestaltet sich bei dieser Bewohnerin weniger intensiv, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

"Dem (Angehörigen, Anm. d. Vfs.) fiel das auch unheimlich schwer, also der konnte gar nicht um das Bett herum gehen und ihr in die Augen schauen, der hat immer eigentlich immer nur dahinter gestanden, der konnte das nicht." (I 8)

Rückzug versus Gemeinschaft in Sterbesituationen

Beide Bewohnerinnen sind auf Wunsch der Angehörigen in der Pflegeoase und nicht im Rückzugszimmer verstorben. Das Sterben in der Gemeinschaft wird jedoch von einer Mitarbeiterin kritisch gesehen.

*"Ich muss aber sagen, das Wochenende, als sie im Sterben lag, habe ich eigentlich als furchtbar empfunden in der Oase. Mit den anderen Bewohnern, immer dieses Kommen und Gehen, und dann kamen so viele Leute (...) dann kamen natürlich die Kollegen, die haben sie ja auch gerne gehabt. **Also, es war eine unheimliche Unruhe in der Oase. Du konntest die anderen Bewohner gar nicht abschotten, dass sie es nicht merken.**" (I 5)*

Auf der anderen Seite sind sich die Pflegenden jedoch einig, dass die Bewohnerinnen nach Möglichkeit und nach Wunsch der Angehörigen in der Gemeinschaft der Pflegeoase sterben sollen. Auf die Frage, ob sie es besser gefunden hätte, wenn die Bewohnerin in der Sterbephase in einem Rückzugszimmer gelegen hätte, antwortete die Pflegendende:

"Das ist ihr Platz und das ist ja noch trauriger in das Sterbezimmer zu gehen." (I 5)

Eine Angehörige berichtet ihre Beobachtungen im Zusammengang mit dem Todesfall einer Bewohnerin:

"Ich weiß, dass da die ganze Gruppe niedergeschlagen war. Auch meine Mutter. Ich bin dann kurz danach gekommen und habe das dann erfahren ... Ich habe das Gefühl gehabt, ihr geht es gerade nicht gut. Ich habe gedacht, es war vielleicht wegen meinem Papa, weil dem ging es da in diesem Moment auch nicht gut. Das war dann schon auch mit der Fall, aber dann haben sie mir das erzählt, dass die Frau gestorben ist und das wohl die ganze Gruppe gelitten hat." (I 6)

Das Gefühl der Gemeinschaft und der Geborgenheit überwiegt jedoch aus Sicht der Angehörigen. Sie wünscht sich aus heutiger Sicht, dass ihre Mutter einmal in der Pflegeoase versterben darf, auch um selbst nicht alleine mit der Situation zu sein:

"Nicht isolieren. Für sie ist es glaube ich nicht schön und ich glaube auch für uns ist es nicht schön. Weil, man braucht ja auch selbst ein bisschen Ansprache." (I 6)

Die Pflegenden berichten wiederholt von Problemen mit den Paravents. Insbesondere nach Eintritt des Todes, während der Zeit in welcher sich Angehörige und Freunde von der Bewohnerin in der Pflegeoase verabschieden können, beklagen sie eine unzureichende Intimsphäre:

"Wenn man das ordentlich abtrennen könnte, wir haben ja nur einen solchen Paravent, der ist sowieso viel zu niedrig, also (der Angehörige, Anm. d. Vfs.) zum Beispiel, ist ja ein Kopf größer als der Paravent. Er kann da drüber schauen, also das bringt nicht viel zum abschotten...." (I 5)

"Also unser Problem sind immer noch die Paravents. (...) Damit wir in so einem Fall die Person auch dort belassen können, abschirmen können, damit wir sie nicht in dieses Rückzugszimmerchen tun, sondern können sie da lassen und können trotzdem die Pflege weiter machen, weil mit einem Paravent funktioniert das nicht." (I 8)

Zusammenfassung

Die Pflegenden der Pflegeoase nehmen sich dem Thema Abschieds- und Sterbekultur mit viel Empathie und Einfühlungsvermögen an. Sie beschreiben eine tiefe emotionale Bindung zu den Bewohnerinnen und thematisieren den eigenen Verlust durch Gespräche mit Kollegen und Abschiedsritualen. Die Mitarbeiterinnen begleiten die Angehörigen individuell und ermöglichen ein Beisammensein zu jeder Tages- und Nachtzeit. Das Konfrontieren der anderen Bewohnerinnen mit der Sterbesituation, sowie die mangelnde Ruhe für den Sterbenden selbst werden hierbei kritisch betrachtet. Dennoch sind die Mitarbeiterinnen und Angehörigen der Auffassung, dass die Bewohnerinnen auch während des Sterbeprozesses an ihrem Platz in der Gemeinschaft der Pflegeoase verbleiben sollen. Insbesondere nach Eintritt des Todes, in der Zeit welche die Verstorbenen in der Pflegeoase verbleiben, werden Paravents vermisst, welche hoch genug sind um Blicke auf die Verstorbenen zur verhindern.

7 Studienergebnisse zum subjektiven Erleben der baulichen Umwelt

In diesem Gliederungspunkt werden die räumliche Gestaltung der Pflegeoase anhand der qualitativen Interviewaussagen und die Umweltfaktoren anhand von Messungen und dem subjektiven Erleben der Forscherin beschrieben.

7.1 Räumliche Gestaltung

Im Zentrum der Pflegeoase steht ein Tisch, der als „kommunikative Mitte“ dient. Es ist ein Rückzugs- bzw. Ausweichzimmer vorhanden, welches (während der Evaluationsphase) permanent von einer Bewohnerin bewohnt wird. Der Grundriss bietet die Möglichkeit bei Bedarf ein Rückzugszimmer zu räumen, um es z. B. als Abschiedsraum im Sterbeprozess oder für Gespräche mit Angehörigen zu nutzen. In der Pflegeoase befindet sich eine Küchenzeile mit einer Ausstattung an Elektrogeräten, das Essen wird im Wärmewagen angeliefert. Der Arbeitsplatz der Mitarbeiterinnen (Schreibtisch, PC und Drehstuhl) befindet sich in der Pflegeoase. Mobile Trennwände bieten die Möglichkeit während der Pflege die Intimsphäre der Bewohner zu wahren. Der Bereich der Bewohnerinnen ist mit einer bebilderten Biografie versehen.

Angehörige und Pflegende bewerten die bauliche Umwelt wie folgt:

Aneignung

Die Pflegenden berichten von Herausforderungen mit der Aneignung der Pflegeoase nach Inbetriebnahme:

„Ich finde, wir haben eine sehr edle Oase, aber keine die jetzt irgendwie auf die Praxis ausgelegt ist. Das fehlt einfach.“ (I 1)

Durch die Lichtleisten am Boden werden die Wände beleuchtet, was zu Problemen führen könnte:

"Also, das was wir vorher halt angesprochen haben, ist die Raumgestaltung. ... Mit den eigenen persönlichen Gegenständen und Bildern, die wie, wo aufgehängt werden dürfen. Und, da hat sie halt geäußert, sie möchte nicht, dass die Bilder irgendwie einen Schatten werfen, durch den Lichtkegel, der von unten kommt. Jetzt traut sich keiner die Bilder aufzuhängen." (I 2)

Konzeptionell ist eine „bebilderte Biografie im Sichtbereich“ für jede Bewohnerin vorgesehen.

"Also da sollten wir uns als nächsten daran machen, dass diese kühle Atmosphäre persönlicher wird." (I 2)

Die Pflegenden berichten von Problemen, die Betten in der Pflegeoase zu rangieren, ohne die Säulen und Wände zu beschädigen.

"Die (in der Pflegeoase in Eislingen, Anm. d. Vfs.) haben einen anderen Raum. Das ist so breit, nicht so schmal wie bei uns. Bei uns ist es nicht so leicht mit den Betten umzudrehen, es ist lang und schmal, der Raum. In Eislingen war es so, viel mehr Platz." (I 2)

Auch die Gestaltung des Balkons ist aus Sicht der Mitarbeiterinnen noch „ausbaufähig“:

„Es gibt auch keine Möbel, also keine Sitzmöglichkeiten auf dem Balkon.“ (I 1)

„Also ich war dann so frech und habe ein Nachtkästchen auf den Balkon raus gestellt, weil ich keinen Tisch hatte. Und dann, jetzt bekommen wir einen Tisch.“ (I 1)

Im Laufe der Evaluation gelingt die Aneignung. An den Bewohnerplätzen werden bebilderte Biografien angebracht (siehe Abbildung 45). Auf dem bettengängigen Balkon gibt es eine Sitzmöglichkeit und einen Tisch.



Abbildung 45: Bebilderte Biografie in der Pflegeoase

Balkon

Insbesondere der bettengängige Balkon wird von den Mitarbeiterinnen und Angehörigen als große Bereicherung wahrgenommen. Die Bewohnerinnen können, teilweise zum ersten Mal seit Jahren wieder Sonne, Wind und Regen erleben. In den nachfolgenden Zitaten beschreiben die Mitarbeiterinnen ihre Erfahrungen:

*„Das muss man sich mal vorstellen, **sie lagen jahrelang im Bett, im Zimmer. Dann auf einmal stehen sie auf dem Balkon. Der Wind kommt.**“ (I 1)*

„Wobei man da auch aufpassen muss, weil ich habe dann gemerkt bei der Frau Henri, die ist unheimlich lichtempfindlich geworden. Die hat keine Sonne mehr gesehen seit Jahren und die hatte richtig die Augen zusammen ... Ich hatte schon überlegt, ob ich eine Sonnenbrille mitbringe, weil sie das Licht nicht ausgehalten hat. Wir mussten sie immer so drehen, dass sie uns sieht aber keine Sonne einfällt. Weil sie hat gleich gemotzt. ... Du hast gemerkt, das ist nicht gut. Das mag sie nicht so.“ (I 1)

„Am zweiten oder dritten Tag ist sie mir nass geregnet, da war ich nicht schnell genug mit dem Bett wieder drin. Aber da gingen die Augen ganz weit auf, sie hat geschaut und wann hat sie es das letzte Mal nass geregnet? So einfach von oben, nicht nur duschen.“ (I 1)

Eine Mitarbeiterin der Kontrollgruppe bezeichnet den bettengängigen Balkon als "Bereicherung", da die Betten auf dem herkömmlichen Wohnbereich nicht durch die Türe passen.

*"Genau, dass du die Betten auf den Balkon schieben kannst. **Das ist eine Bereicherung, weil durch die normalen Zimmertüren bei uns, bekommst du ja kein Bett durchgeschoben. Das ist ja das Problem...** Letzte Woche, als ich im Frühdienst oben war, habe ich nach dem Frühstück alle Betten rausgeschoben auf die Terrasse. Das ist schon schön."* (I 3)

Ein Angehöriger beschreibt die Atmosphäre so:

"Das Licht ist wirklich toll, die Atmosphäre, und diese Öffnung nach draußen, wenn ... die Palme, wenn der Wind reinfährt, die raschelt so schön." (I 4)

Zusammenfassend wird die räumliche Gestaltung, abgesehen von anfänglichen Herausforderungen in der (biografischen) Gestaltung und dem Vorhandensein von Säulen, die die Mobilisierung erschweren, als sehr gelungen beschrieben. Der bettengängige Balkon wird von allen Akteuren als Bereicherung erlebt.

7.2 Umweltfaktoren

Zur Beschreibung der Umweltfaktoren in der Pflegeoase werden Schallpegelmessungen und Messungen zur Lichtexposition durchgeführt.

Raumakustik

In der Pflegeoase werden Dezibelwerte von 44,4–52,1 gemessen. Vergleichsweise werden Werte von 40–60 Dezibel bei einer normalen Unterhaltung erreicht. Die Schmerzschwelle wird zwischen 120 dB und 140 dB erreicht.

Beleuchtung

Die Pflegeoase ist mit einer dimmbaren Beleuchtung über Handschalter ausgestattet. Darüber hinaus sind in der Pflegeoase am Fußboden (weiß leuchtende) Lichtleisten angebracht. Bei der Messung der Beleuchtungsstärke werden in der Pflegeoase bei Vollbeleuchtung Werte von 159 Lux am Arbeitsplatz der Pflegenden bis 6200 Lux am Esstisch in Fensternähe gemessen. An den Bewohnerbetten werden zwischen 10,7 (fensterfern) und 82 Lux gemessen. Im Bereich der Küche 46 Lux.

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)

Raumklima

Die Belüftung der Pflegeoase ist über eine Anlage geregelt, die die Raumluft absaugt und nach draußen leitet. Des Weiteren stehen eine breite Fensterfront, sowie ein bettengängiger Balkon zum Lüften zur Verfügung. An dem Tag der Beobachtung im Oktober 2013 wird ein subjektiv empfundener meist angenehmer Geruch und angenehmes Klima beschrieben. Nach Ausscheidungen wird regelmäßig gelüftet, eine Bewohnerin erhält ein Parfüm. Die Luftfeuchtigkeit beträgt 39,52 %.

Zusammenfassung

Die Messung der Umweltfaktoren bestätigt das zumeist als subjektiv positiv wahrgenommene Setting der Pflegeoase seitens der Angehörigen und Pflegenden. Lediglich die unteren Luxwerte stellen eine in Teilen der Pflegeoase gemessene ungenügende Belichtung dar.

8 Beurteilung und Weiterentwicklung der Pflegeoase des Elisabethenhauses

In diesem Kapitel werden Evaluationsergebnisse vor dem Hintergrund der Forschungsfragen diskutiert. Für die Themen "Gesundheitsstatus, Lebensqualität und Wohlbefinden", "Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit" sowie "Konzeptentwicklung und Implementierung" werden ferner Empfehlungen formuliert.

8.1 Gesundheitsstatus, Lebensqualität und Wohlbefinden

In der Pflegeoase des Elisabethenhauses leben schwerstpflegebedürftige und in ihrer Kommunikationsfähigkeit sehr stark eingeschränkte Bewohnerinnen, die mehrheitlich eine Demenzerkrankung aufweisen. Dies ist in der Konzeption der Pflegeoase als Aufnahmekriterium formuliert. Diese Aufnahmekriterien sind mit unseren vorangegangenen Studien sowie denen von z. B. Schuhmacher et al. (2011), Rüsing et al. (2012) und Dettbarn-Reggentin & Reggentin (2010) vergleichbar.

Medikation und Schmerzmanagement

Eine Folgeerscheinung der "Multimorbidität" ist die "Polypharmazie", von welcher man bei der gleichzeitigen Verordnung von mehr als 5 Substanzen spricht (Gosch & Pils 2012). Es besteht die Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW), also nicht überschaubaren Nebenwirkungen und Wechselwirkungen (Interaktionen) der Substanzen. Geriatrische Bewohnerinnen stellen bedingt durch ihre Vulnerabilität eine besondere Risikogruppe für das Auftreten einer UAW dar (Gosch & Pils 2012). Ein viel beschriebenes "Paradox" ist die Polypharmazie auf der einen Seite und die Unterversorgung (z. B. mit Schmerzmedikamenten) auf der anderen Seite. Demenzkranke 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. Eine Polypharmazie, also eine Verordnung von mehr als 5 Substanzen tritt im Elisabethenhaus in beiden Untersuchungsgruppen nur teilweise auf. Mehr als 10 Substanzen, werden weder in der Pflegeoase, noch in der Kontrollgruppe verabreicht. Dies dürfte sich positiv auf das Risiko von UAWs im Elisabethenhaus auswirken. Insgesamt erhalten die Bewohnerinnen der Kontrollgruppe weniger Medikamente für die Multimorbidität, als die Bewohnerinnen der Pflegeoase. In der Pflegeoase ist ein kontinuierlicher Rückgang im Laufe der Evaluation zu konstatieren, während die Medikamentenanzahl in der Kontrollgruppe nahezu konstant bleibt. In der Pflegeoase ist im Laufe der Evaluation eine deutliche Steigerung der Analgetikagabe, sowohl der Standard- als auch der Bedarfsmedikation zu

beobachten. Eine solche Entwicklung ist in der Kontrollgruppe nicht zu verzeichnen. Von dem Paradox der Polypharmazie bei gleichzeitiger Analgetikaunterversorgung entfernt sich die Pflegeoase im Studienverlauf somit kontinuierlich.

Empfehlung: Die Bewohnerinnen der Pflegeoase und der Kontrollgruppe stellen aufgrund ihrer Multimorbidität in Verbindung mit meist schmerzverursachenden Erkrankungen eine besonders vulnerable Personengruppe dar. Das Risiko Schmerzen zu erleiden wird durch die Ortsfixierung der Bewohnerinnen unterstützt. Der insbesondere in der Pflegeoase positive Weg des Schmerzmanagements sollte kontinuierlich weitergegangen und ausgebaut werden.

- Die Pflegenden sollten ein umfangreiches Wissen über die nonverbalen Kommunikationsformen und die wahrnehmbaren Schmerzindikatoren haben und ihren Erkenntnissen Taten in Form von Schmerzmedikation oder nichtmedikamentöser Maßnahmen wie z. B. Kälte- und Wärmetherapie, Massage, Ablenkung, Entspannung usw. folgen lassen.
- Da bei den Bewohnerinnen der Pflegeoase aufgrund der eingangs erläuterten Multimorbidität und Ortsfixierung von einem ausgeprägten Schmerzerleben insbesondere in Mobilisationssituationen auszugehen ist, wird empfohlen die Medikation stärker auszuschöpfen. Eine Bedarfsmedikation sollte insbesondere **vor** der Pflege und der Mobilisation verabreicht werden.
- Eine regelmäßig durchgeführte Verlaufskontrolle durch ein geeignetes Instrument zur Fremdeinschätzung ist erforderlich. Es wird empfohlen die Schmerzeinschätzung auch weiterhin in "Ruhe und Belastung" in individuellen Zeitabständen durchzuführen (DNQP 1011). Im Elisabethenhaus ist die BESD in die computergestützte Pflegeplanung integriert. Von der ausschließlich computergestützten Schmerzeinschätzung wird abgeraten, da eine möglichst valide und reliable Schmerzeinschätzung durch die erforderliche zweiminütige Beobachtung der Bewohnerinnen wahrscheinlicher wird. Eine Beobachtung sollte immer von einer Bezugspflegerperson durchgeführt werden. Durch eine systematische Schmerzeinschätzung gilt es eine Unter- und Überdosierung zu vermeiden und frühzeitig auf Nebenwirkungen aufmerksam zu machen (DNQP 2011).
- Allgemein wird empfohlen die Zusammenarbeit mit den Ärzten zu stärken, um für jede Person eine adäquate medikamentöse Einstellung zu erzielen.

Ernährung

In der Pflegeoase und in der Kontrollgruppe ist tendenziell eine Gewichtszunahme zu verzeichnen. In der Pflegeoase ist dies auch aufgrund des niederen Ausgangsniveaus deutlicher ersichtlich. Insgesamt ist der Unterschied zwischen Pflegeoase und Kontrollgruppe eher marginal. Ein positiver, wohnformunabhängiger Verlauf während der Evaluation wird auch durch andere Oaseevaluationen gestützt (z. B. Rutenkröger, Berner, Kuhn 2012 oder Rüsing et al. 2012). Die Ernährung der demenziell erkrankten Menschen erfordert den größten Zeitanteil der bewohnernahen Zeit (43 % und 56 %). Dies wird in unseren anderen Evaluationen mit 38–48,5 % der pflegerischen Arbeit für die Unterstützung beim Essen bestätigt. Schumacher et al. (2011) stützen diese Ergebnisse mit ähnlichen Werten von 46 %. Der hohe Zeitfaktor einerseits und der hohe Stellenwert der Ernährung für das Wohlbefinden und die Lebensqualität auf der anderen Seite verdeutlichen die zentrale Rolle des Themas Ernährung für die Personengruppe der Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz.

Empfehlung: Es lässt sich die Empfehlung ableiten, die Pflegenden im Besonderen für das Thema Ernährung z. B. in praxisnahen Fortbildungsangeboten zu sensibilisieren. Die erforderlichen Fachkenntnisse beinhalten zum einen Themen, wie z. B. Infektionsprophylaxe durch Mundhygiene (Volicer 2005). Aber auch das Ermöglichen von sinnlichen, genussvollen Erfahrungen fern von Ernährungsproblemen und Defiziten sollte Thema der Fortbildungen sein. Ein sehr wichtiger Aspekt ist die Gestaltung der Interaktion des "Nahrung anreichen". Hier ist insbesondere der Fokus auf eine personenzentrierte Gestaltung zu legen, indem sich die Pflegekräfte ausschließlich einer Person zuwenden, sich neben diese setzen und ihre Interaktionen ankündigen.

Schlaf

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. Durch häufige Schläfchen ergibt sich eine Phasenverschiebung. Eine häufige Störung des Schlafablaufes bei demenziell erkrankten Menschen ist (wie erläutert) das "Sundowning". Der Begriff "Sundowning" steht für eine Agitation. Schlafstörungen sind jedoch von vielen Faktoren abhängig. Schlafmittel sind häufig nicht Lösung, sondern vielfach mit ursächlich für diese Probleme (Ancoli-Israel, Kripke 1989). Eine Agitation, also ein Zustand der Unruhe mit erhöhter Anspannung am späten Nachmittag oder Abend ist in der Pflegeoase nicht zu beobachten. Die Bewohnerinnen haben jedoch einen fragmentierten Schlaf mit häufigen Schläfchen und Wachphasen im Wechsel zur Tages- und

Nachtzeit. Dies untermauert die Ergebnisse unserer Schlafstudie, welche auch in der Literatur bestätigt werden. Die Schlafdauer der Bewohnerinnen ist im Vergleich mit den Ergebnissen unserer Schlafstudie (Berner, Rutenkröger, Kuhn 2011) für die Personengruppe eher gering.

Empfehlungen:

- Eine Tagesstrukturierung durch Gestaltung von lebendigen Lebensräumen, häufige Mobilisation, Kommunikation, Teilhabe an der Gemeinschaft etc. fördern
- Eine sich positiv auf den circadianen Rhythmus der Bewohnerin auswirkende Lichtsituation: Empfehlung von mindestens 500 Lux auf Augenhöhe der Bewohnerinnen. Möglichst viel Tageslicht, evtl. „circadianes Licht“, das heißt ein Beleuchtungssystem, das dem natürlichen Licht sehr ähnlich ist und biologische Effekte erreicht
- Kritischer Umgang mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln

(Berner, Rutenkröger, Kuhn 2011)

8.2 Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit

Nachfolgend wird das Erleben der Arbeitsbelastung und die Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase und in der Kontrollgruppe (im herkömmlichen Wohnbereich) erläutert.

Die Mitarbeiterinnen berichten von einer ausgeprägten Arbeitszufriedenheit, aber auch Situationen der Arbeitsbelastung. Eine Verbesserung des Aufmerksamkeitsniveaus der Bewohnerinnen durch fokussierende Blicke, eine gelingende Interpretation der nonverbalen Indikatoren oder kleine Fortschritte in der verbalen Ausdrucksfähigkeit werden von den Mitarbeiterinnen als Gratifikation und Selbstwirksamkeit gewertet. Das ständige "Präsentsein" in der Pflegeoase und die damit verbundene ständige Ansprechbarkeit werden positiv bewertet, da der Kontakt mit den Angehörigen gut ist und deren positives Feedback das Selbstverständnis der Pflegenden stärkt. Mit der Inbetriebnahme der Pflegeoase stehen die Mitarbeiterinnen organisationsbezogenen Belastungsfaktoren gegenüber, die sich vor allem auf die anfänglich reduzierte Bettenbelegung zurückführen lassen. Zusammenfassend kann im Elisabethenhaus, wie auch in den anderen Studien der Demenz Support Stuttgart ein Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung konstatiert werden. Die qualitativen Beschreibungen sind in Teilen vergleichbar mit Ergebnissen der Studien von Brandenburg et al. (2011) und von Schuhmacher et al. (2011). Hier werden "Entlastung, Zufriedenheit und Erfolge" von den Mitarbeiterinnen verspürt, wenn sie etwas von den Bewohnerinnen „zurückerkhalten“ und Freude oder Wohlbefinden bewirken (Schuhmacher et al. 2011). Abweichend zu Schuhmacher et al. (2011) wird das Alleinarbeiten in der Pflegeoase nicht als explizit belastend beschrieben. Die qualitativen Aussagen der Interviews werden durch die quantitative

Auswertung zum Burnout Risiko bestätigt. Die Analyse im Elisabethenhaus wie auch in den anderen Studien der Demenz Support Stuttgart bestätigen, ein insgesamt geringeres Belastungserleben in den Teams der Pflegeoasen im Vergleich zu den herkömmlichen Wohnformen (Kontrollgruppen).

Empfehlungen: Im Bereich der emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation bewegen sich einzelne Mitarbeiterinnen beider Erhebungsgruppen im Bereich des Burnout-Risikos. Auch in den Interviews und Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen im Rahmen der Workshops hat sich gezeigt, dass eine Supervision vom Team offen angenommen wird. Um den Mitarbeiterinnen (präventive) Wege aus der Arbeitsbelastung zu vermitteln, wird empfohlen, regelmäßige Supervisionen oder Coachings anzubieten. Während der Supervisionen oder den Coachings sollen Selbstpflegekompetenzen z. B. zu Themen wie Burnout-Prophylaxe, Stressbewältigung, Ressourcenmanagement erarbeitet werden. Wichtige Voraussetzung für die Umsetzbarkeit von Selbstpflegekompetenzen sind unterstützende organisatorische Regelungen seitens der Führungsebene. Um eigene Lösungswege zu finden und einer möglichen Arbeitsbelastung vorzubeugen ist es notwendig Qualifizierungen zu Themengebieten wie Kinästhetik, Bewegungsförderung, Kommunikation, schwere Demenz, Schmerzmanagement, Basale Stimulation und Palliative Pflege regelmäßig anzubieten und das vorhandene Wissen mittels Multiplikatoren dem gesamten Team zugänglich zu machen. Hier wird empfohlen den wöchentlich stattfindenden Qualitätszirkel am Leben zu erhalten, um diese Themen zu besprechen und (praktisch) zu bearbeiten.

8.3 Prozess der Konzeptentwicklung

Nachfolgend werden die Themen "Interaktionsqualität" sowie „Mobilität und Mobilisierung“ diskutiert sowie Empfehlungen für die Pflegeoase des Elisabethenhauses abgeleitet.

Interaktionsqualität:

Die Qualität der Begegnungen und Handlungen in der Pflegeoase ist für die Lebensqualität von herausragender Bedeutung. Hier steht insbesondere die Fähigkeit zur Empathie, die Fähigkeit und Bereitschaft die "innere Erlebenswelt" der Bewohnerinnen zu erkennen und zu verstehen im Vordergrund. Die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen in ständiger Nähe bedeutet in erster Linie Beziehungsarbeit. Für die Arbeit in der Pflegeoase ist jedoch auch ein großes Maß an Fachkompetenz erforderlich. Person-förderndes Verhalten kann gelernt und konzeptionell verankert werden. Die Pflegenden berichten während der Interviews von solchen Verankerungen, die nach ihrem Pflegeverständnis für eine gelingende Interaktion erforderlich sind: z. B. Ansprache und/oder Initialberührungen vor einer Pflegehandlung. Bewohnerinnen immer von vorne ansprechen. Auch während der teilnehmenden Beobachtung

kann ein person-förderndes Verhalten beobachtet werden. So finden Kontakte zumeist auf Augenhöhe und in einem entspannten Tempo statt, die Bewohnerinnen werden liebevoll behandelt und stimuliert. Die nonverbalen Bedürfnisse der Bewohnerinnen werden häufig interpretiert und nach dem mutmaßlichen Willen der Bewohnerin gehandelt. Im Bereich der person-ignorierenden Verhaltensweisen, wird ein "Überholen" der Bewohnerinnen beobachtet. Handlungen z. B. das Anreichen von Nahrung oder Mobilisieren werden in einem zu schnellen Tempo vollzogen und sind für die Bewohnerinnen nicht nachzuvollziehen. Einige Bewohnerinnen werden von den Mitarbeiterinnen geduzt und mit Kosenamen angesprochen. Das "Infantilisieren" stellt ein konstruktiv diskutiertes Thema der Feedbacktermine dar, so werden Begründungen wie etwa ein vor Jahren (kognitiv orientiert) vereinbartes "Du" reflektiert.

Als ein zentrales Ziel der Pflegeoasen gilt, der sozialen Vereinsamung von Menschen mit schwerer Demenz vorzubeugen. Die Kontakthäufigkeiten in der Pflegeoase stellen mit 23 (t 1) und 33 Kontakten (t 3) eine vergleichsweise hohe Kontaktdichte dar. Zum Vergleich: In den anderen Studien der Demenz Support Stuttgart (Rutenkröger, A. & Kuhn, C. 2008a; Rutenkröger, A. & Kuhn, C. 2010; Rutenkröger, A.; Berner, R., Kuhn, C. 2012) wird eine Interaktionsdichte von 16–34 erfasst. In der Kontrollgruppe von 8–17. Die deutlich höhere Kontaktdichte in den Pflegeoasen wird auch von den anderen Forschungsinstituten (Dettbarn-Reggentin & Reggentin 2010, Schuhmacher et al. 2011, Rüsing et al. 2012) bestätigt.

Mobilität und Mobilisierung

Die Ergebnisse zur Mobilität bzw. Ortsfixierung zeigen, dass die Bewohnerinnen der Pflegeoase in ihrer Bewegungsfähigkeit sehr stark eingeschränkt sind. Dies entspricht der Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen vorangegangener Evaluationen (z. B. Rutenkröger, Berner, Kuhn 2012). Die Aufnahmekriterien sind meist konzeptionell verankert. So ist in den Eingangskriterien des Elisabethenhauses formuliert, dass die Bewohnerinnen mit "Mehrfachkrankungen, die nicht mehr mobil, in ihren verbalen Kommunikationsmöglichkeiten weitgehend eingeschränkt und körperlich stark geschwächt sind (Stuhlmüller & Wild 2012)" in die Pflegeoase einziehen sollen. Der Bewegungsradius der Bewohnerinnen ist zu Beginn der Evaluation stark eingeschränkt, nimmt jedoch im Laufe der Evaluation (insbesondere in t 1 Juli–Okt. 2013) deutlich zu, um gegen Ende wieder abzunehmen. (In der Kontrollgruppe ist ein ähnlicher Verlauf zu beobachten.) Die Mitarbeiterinnen selbst berichten von Schwierigkeiten bei der Mobilisation der teilweise recht kräftigen Bewohnerinnen. Während der teilnehmenden Beobachtungen wird ersichtlich, dass die Mitarbeiterinnen selten nach kinästhetischen Gesichtspunkten und unter Einsatz ihrer Muskelkraft mobilisieren.

Empfehlungen:

- Ein Ortswechsel regt die Sinne der Bewohnerinnen an 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 Bewegungsfähigkeit 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.
- Zur Förderung der Bewegungsfähigkeit der Bewohnerinnen und der (Rücken-) Gesundheit der Mitarbeiterinnen wird ein Kinästhetikkurs für alle Mitarbeiterinnen der Pflegeoase empfohlen. Durch gemeinsames Mobilisieren und Übungen soll das Wissen praktisch geübt und vertieft werden.
- Um das im Team vorhandene Wissen einzelner Mitarbeiterinnen dem gesamten Mitarbeiterteam zugänglich zu machen, wird angeregt einmal pro Woche, z. B. im Rahmen der Qualitätszirkel, Raum für kollegiale Beratung und praktische Übungen durch gemeinsames Mobilisieren der Bewohnerinnen einzuplanen.

8.4 Angehörigenperspektive

Nachfolgend werden das Erleben und die Bewertungen der Pflegeoase aus der Sicht der Angehörigen erläutert.

Die Angehörigen berichten von anfänglichen Bedenken z. B. wegen der Ruhe in der Pflegeoase oder möglicher Mehrkosten durch die Betreuung. Anfängliche Bedenken werden auch von den Angehörigen anderer Evaluationsstudien formuliert. Insbesondere Bedenken bezüglich der Privatsphäre, der Geräuschkulisse (Brandenburg et al. 2011) sowie des Raumklimas aufgrund der gemeinschaftlichen Verrichtungen (Dettbarn-Reggentin & Reggentin 2010) sind beschrieben. Darüber hinaus werden Ängste vor einer „Massenpflege“ aus Kostengründen sowie der Vorstellung darüber, dass die Verlegung in die Pflegeoase der Beginn des Sterbens sein könnte (Brandenburg et al. 2011) von den Angehörigen genannt. Nach Einzug in die Pflegeoase bewerten die Angehörigen die Situation in den Pflegeoasen im Vergleich zum vorhergehenden Einzel- oder Doppelzimmer deutlich positiver.

Aus den Gesprächen mit den Angehörigen wird ein Prozess von der Belastung hin zur Entlastung deutlich. Auf Seiten der Belastung werden Herausforderungen mit dem Umgang und dem Akzeptieren der dementiell veränderten Angehörigen beschrieben.

Angehörige erleben einen Verlust, da sie nicht mehr erkannt werden und mit den Bewohnerinnen nicht mehr (verbal) kommuniziert werden kann. Nach Einzug in die Pflegeoase werden positive Veränderungen beschrieben. So fallen Besuche beispielsweise leichter. Die erlebte Entlastung ist ursächlich für die gute Bewertung der Pflegeoase. Ein Grund für die Entlastung und positive Bewertung ist die Gemeinschaft der Bewohnerinnen, die kontinuierliche Personalpräsenz und die damit verbundene unmittelbare Bedürfnisorientierung. Dies wird auch in weiteren Studien beschrieben (Rutenkröger, Berner Kuhn 2011; Schuhmacher et al. 2011, Brandenburg et al. 2011, Dettbarn-Reggentin & Reggentin 2010). Die Angehörigen haben das Gefühl, dass die Pflegenden (verglichen mit den herkömmlichen Wohnbereichen) deutlich mehr Zeit für ihre Familienangehörigen haben. Sie machen ihre Entlastung und positive Bewertung hauptsächlich an der Person der Pflegenden fest. Die Angehörigen beschreiben unmittelbare positive Reaktionen ihrer Familienangehörigen auf emphatische Pflegekräfte, die in der Lage sind die nonverbale Kommunikation der Bewohnerinnen zu interpretieren. Je nach Pflegekraft werden unterschiedliche Reaktionen und Wirkungen auf die Aufmerksamkeit der Bewohnerinnen beobachtet. Für andere Angehörige steht auch die Fachkompetenz und gute Pflege im Vordergrund.

8.5 *Bauliches Milieu*

Die räumliche Gestaltung wird abgesehen von anfänglichen Herausforderungen in der (biografischen) Gestaltung und dem Vorhandensein von (tragenden) Säulen, die die Mobilisierung erschweren als sehr gelungen empfunden. Der bettengängige Balkon wird von allen Akteuren der Pflegeoase als Bereicherung beschrieben und bietet den Bewohnerinnen die Möglichkeit (nach Jahren) einmal wieder Wind und Sonne zu erleben. Die Luxwerte in Fensternähe stellen gute Wohn- und Arbeitsbedingungen dar. Die unteren Luxwerte der Pflegeoase stellen eine ungenügende Belichtung dar. 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 Menschen mit Demenz mitverantwortlich gemacht (Volk 1997). Licht wird als der wichtigste Zeitgeber gewertet (Wojtylak & Lang 2010; Bombois et al. 2010). Insgesamt ist die Lichtsituation der Pflegeoase, aufgrund der breiten Fensterfront und des bettengängigen Balkons als sehr gut zu bewerten.

Empfehlung:

Die bauliche Planung und Umsetzung der Pflegeoase gibt insgesamt wenig Ansatz zur Verbesserung. Insgesamt spricht dies für eine vorausschauende Planung mit ausreichend Platz und vielfältigen Variationsmöglichkeiten in der Pflegeoase. Die Beleuchtung der Pflegeoase entspricht insgesamt den Anforderungen. In den fensterfernen Bereich liegen die Luxwerte bei Tageslicht zeitweise im unteren Bereich. Dies spricht für einen vermehrten Einsatz einer künstlichen Beleuchtung wie mobile Leuchten mit circadianem Licht am Arbeitsplatz der Pflegenden und den fensterfernen Bewohnerplätzen.

9 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.
- 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.
- 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, Eisingen. 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.
- 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.
- Bradford Dementia Group (1997) (Hrsg.): *Evaluation dementia care: The DCM Method*. Bradford University of Bradford, Seventh Edition.
- 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, Zugriff am 11.08.2011).
- Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) (2013): *Pflegeoasen in Deutschland – Wissenschaftliche Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz*. Hannover: Schlütersche.
- 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.
- 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.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. Eigendruck Fachhochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2014): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse. Eigendruck Fachhochschule Osnabrück.
- 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.
- Gosch, M; Pils, K. 2012: Polypharmazie im Fokus der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (6), 448-449
- 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
- Maciejewski, B.; Sowinski, C.; Besselmann, K.; Rückert, W. (2001): Ausgewählte Demenztests. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz: Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe; Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V., 103-107
- 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.
- Morse, J. M; Field, P. A. (1998): Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden u.a.: Ullstein Medical.
- Pearsall, M. (1965): Participant observation as role and method in behavioral research. In: Nursing Research 14(1), 37-42.
- Polit, D. F; Hungler, B. P (1999): Nursing research: principles and methods. 6. Auflage. Philadelphia: Lippincott.
- 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.; 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).
- 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.; Berner, R., Kuhn, C. (2012): Evaluation „Vom Ruheraum zum bewegt(er)en Lebensraum“ Wissenschaftliche Begleitstudie zur Pflegeoase im Altenzentrum St. Elisabeth, Eislungen
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2013): Qualitätskriterien und Handlungsempfehlungen zur Implementierung einer Pflegeoase. In: Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) 2013: Pflegeoasen in Deutschland – Wissenschaftliche Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche. (im Druck).
- Rutenkröger, A.; Kuhn, C. (2013): „Nicht allein Sein“ - Pflegeoasen im Fokus, Ergebnisse aus vier wissenschaftlichen Begleitstudien. In: Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R. (Hrsg.) 2013: Pflegeoasen in Deutschland – Wissenschaftliche Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche. (im Druck).
- 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.
- 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.
- Stuhlmüller, Klaus; Wild, Daniela (2012): Schaffung einer Pflegeoase im Elisabethenhaus - Konzeption. Seniorenzentrum Elisabethenhaus.
- 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.
- 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.
- Volicer, L. (2005): Medical Issues in Late-Stage Dementia. In: *Alzheimer's Care Quarterly* 6(1), 29-34
- Volk, S. (1997): Schlafstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen im Alter. In: Schulz, H. (Hrsg.): Altern und Schlaf. Bern: Huber, 85-104.
- Wegener, B. (2003): Zur Diskussion: Kritische Anmerkungen zur Anwendung des Mini-Mental-Status-Tests. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 16(4), 153-157
- 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
- Wojtysiak, A.; Lang, D. (2010): Physiologische Grundlagen: Die Biologische Wirkung von
Licht auf den Menschen. In: DeSS orientiert(1), 17-32.
- 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 Care-
givers. In: Aging & Mental Health 3(3), 241-245
- Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Huber.

10 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Prozess der Konzeptentwicklung t 1–t 3 vom Juli 2013–Juni 2014	10
Abbildung 2: Elisabethenhaus, Quelle: Homepage des Elisabethenhauses	13
Abbildung 3: Grundriss der Pflegeoase	14
Abbildung 4: Pflegeoase, Quelle: Homepage des Elisabethenhaus.....	16
Abbildung 5: Anzahl der Bewohnerinnen t 0-t 3	19
Abbildung 6: Oase Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett täglich verlassen	23
Abbildung 7: Oase Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett nicht mehr verlassen	24
Abbildung 8: Oase Anzahl der Bewohnerinnen, die Zimmer/Oase nicht mehr verlassen	24
Abbildung 9: KG Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett täglich verlassen.....	25
Abbildung 10: KG Anzahl der Bewohnerinnen, die ihr Bett nicht mehr verlassen.....	25
Abbildung 11: Anzahl der Bewohnerinnen, die das Zimmer nicht mehr verlassen	26
Abbildung 12: Verteilung der bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten.....	28
Abbildung 13: Verteilung der bewohnernahen Tätigkeiten.....	29
Abbildung 14: Interaktionshäufigkeit der Bewohnerinnen pro Tag	30
Abbildung 15: Interaktionshäufigkeit t 1 und t 3 hochgerechnet auf 14 h	31
Abbildung 16: Interaktionsdauer t 1 und t 3	32
Abbildung 17: Interaktionshäufigkeit und Kontaktdauer t 3 (April 2014)	33
Abbildung 18: Bewohnerin bei Aktivität am Waschbecken.....	34
Abbildung 19: Beschäftigungsangebot „Tücher“	35
Abbildung 20: BESD t 0 Schmerzen in der Pflegeoase und Kontrollgruppe.....	41
Abbildung 21: BESD t 1 Schmerzen in der Pflegeoase und Kontrollgruppe.....	41
Abbildung 22: BESD t 2 Schmerzen in der Pflegeoase und Kontrollgruppe.....	42
Abbildung 23: BESD t 3 Schmerzen in der Pflegeoase und der Kontrollgruppe.....	43
Abbildung 24: BESD: Schmerzen Vergleich Oase und Kontrollgruppe (Mittelwerte).....	43
Abbildung 25: Analgetika (Standardmedikation) Oase und Kontrollgruppe Vergleich	45
Abbildung 26: Verabreichte Schmerzbedarfsmedikation Oase pro Monat	45
Abbildung 27: Anzahl der Medikamente (Oase und Kontrollgruppe Vergleich)	46
Abbildung 28: Medikamentengruppen Oase Vergleich (Mittelwerte).....	47
Abbildung 29: Medikamentengruppen Kontrollgruppe Vergleich (Mittelwerte)	47
Abbildung 30: Gewichtsverlauf Oase/KG.....	50
Abbildung 31: Gewichtsverlauf Pflegeoase.....	51
Abbildung 32: Gewichtsverlauf Kontrollgruppe	52
Abbildung 33: Schlafverhalten in der Pflegeoase t 1.....	54
Abbildung 34: Anzahl Symptome pro Bewohnerin Oase.....	56
Abbildung 35: Anzahl Symptome pro Bewohnerin KG.....	56

Abbildung 36: NPI Anzahl auftretender Symptome Pflegeoase	57
Abbildung 37: NPI Anzahl auftretender Symptome Kontrollgruppe	57
Abbildung 38: Bereichswerte der Dimensionen Depression/Dysphorie, Angst, Apathie/Gleichgültigkeit	58
Abbildung 39: NPI – Belastungserleben der Pflegenden Oase	59
Abbildung 40: NPI – Belastungserleben der Pflegenden Kontrollgruppe	59
Abbildung 41: Burnout-Risiko Emotionale Erschöpfung Oase/KG	68
Abbildung 42: Burnout-Risiko Depersonalisation Oase-KG	69
Abbildung 43: Burnout-Risiko Persönliche Erfüllung Oase-KG	70
Abbildung 44: Abschiedskultur: Schale.....	81
Abbildung 45: Bebilderte Biografie in der Pflegeoase	85

Tabellen

Tabelle 1: Überblick Methodisches Vorgehen und Datenumfang der Evaluationsstudie	7
Tabelle 2: Übersicht zur Stichprobe (*Stand Januar 2014)	18
Tabelle 3: Medizinischer Gesundheitsstatus der Bewohnerinnen der Pflegeoase und Kontrollgruppe (* Stand 1.1.2014 bzw. Sterbedatum, wenn davor).....	39
Tabelle 4: Psychopharmaka nach Substanzklassen.....	48
Tabelle 5: Vergleich Anzahl NPI-Symptome pro BW Oase – Kontrollgruppe	55
Tabelle 6: Kritische Werte der Mitarbeiterinnen	70