

Demenz Support Stuttgart gGmbH

DemOS: Demenz – Organisation – Selbstpflege

Ein Interventionskonzept zur demenzspezifischen Qualifizierung und Prozessbegleitung in stationären Altenhilfeeinrichtungen.

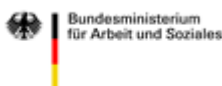
Modellvorhaben im Rahmen des Förderschwerpunktes 2009 „Demografischer Wandel“ des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen.

Abschlussbericht

Projektnummer: 36601-2/448

Christina Kuhn (Projektleitung)
15.11.2012

gefördert vom



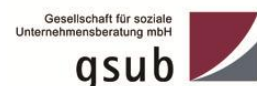
im Rahmen vom



fachlich begleitet durch



Projektträger



Inhaltsverzeichnis

1 Problemstellung	3 -
1.1 Projektinhalt	4 -
1.2 Projektziele	6 -
2 A1 Projektvorlauf (November 2009 bis Mai 2010)	7 -
2.1 Recherche: Leitlinien nationaler & internationaler Fortbildungsansätze	7 -
2.2 Präzisierung der Schulungs- und Interventionsmodule	7 -
2.3 Auswahl und Festlegung der Erhebungsmethoden	8 -
2.4 Erstellung von Datenmasken	9 -
2.5 Auswahl und Festlegung der beteiligten Einrichtung	9 -
3 A2 Projektdurchführung (Juni 2010 bis Juni 2012)	10 -
4 Evaluation	12 -
4.1 Methoden	12 -
4.1.2. Design und Durchführung	14 -
4.1.3. Stichprobe	16 -
4.1.4. Statistische Verfahren	23 -
4.2 Ergebnisse	23 -
5 A3 Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit	43 -
6 B1 Projektverwaltung und externe Evaluation	49 -
7 Art und Umfang der Zielerreichung	50 -
8 Wertung und Ausblick	53 -
9 Zusammenfassung	55 -
10 Literaturverzeichnis	56 -

Die vorliegende Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „DemOS: Demenz – Organisation – Selbstpflege. Ein Interventionskonzept zur demenzspezifischen Qualifizierung und Prozessbegleitung in stationären Altenhilfeeinrichtungen“ im Förderschwerpunkt 2009 „Demografischer Wandel“.

Das Projekt wurde im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert. Die fachliche Begleitung erfolgte durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Projektträger ist die Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung (gsub).

Projekttitlel

DemOS: Demenz – Organisation – Selbstpflege

Ein Interventionskonzept zur demenzspezifischen Qualifizierung und Prozessbegleitung in stationären Altenhilfeeinrichtungen.

Herausgeber

Demenz Support Stuttgart gGmbH

Hölderlinstr. 4

70174 Stuttgart

0711-99 787 10

info@demenz-support.de

www.demenz-support.de

Autoren

Christina Kuhn

Dr. Martina Seiler

Fachliche Beratung

Ulrike Rösler Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Im Rahmen des „Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“ Förderschwerpunkt 2009 „Demografischer Wandel“.

Homepage: www.baua.de/modellprogramm

Dezember 2012

Kurzfassung

DemOS wurde im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefördert, von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) fachlich und von der Gesellschaft für soziale Unternehmensberatung (gsub) administrativ begleitet. Ziel des Modellprojektes ist es, die Arbeitszufriedenheit von MitarbeiterInnen der stationären Altenhilfe, die Menschen mit Demenz pflegen und betreuen, zu stärken und zu verbessern, um einem frühen Berufsausstieg entgegen zu wirken.

Dazu wurde in acht Einrichtungen der stationären Altenhilfe über einen Zeitraum von fünf Monaten ein jeweils maßgeschneidertes Interventionsprogramm implementiert, das sich an den Prämissen internationaler Programme und Leitlinien orientierte. Pflegende sind dabei aktiv an der inhaltlichen Schwerpunktsetzung beteiligt. Die Erhebung des spezifischen Bedarfs der Einrichtung stellt für die inhaltliche Ausgestaltung der Bausteine die Ausgangsbasis dar: 1. Baustein: Erhebung der Ausgangssituation und Workshop mit MitarbeiterInnen, 2. Baustein: Qualifizierungsangebote als Tagesfortbildungen und 3. Baustein: prozessbegleitende Maßnahmen in Form von Arbeitsgruppen und „Trainings on the job“ zur Unterstützung der MitarbeiterInnen in der Phase der Verstetigung von Veränderungsmaßnahmen.

Die Wirksamkeit der Intervention wurde mit einem quasi-experimentellen Wartekontrollgruppendesign untersucht. Die Basis für die empirische Untersuchung bildet eine Stichprobe von 84 PflegemitarbeiterInnen und 181 BewohnerInnen aus sechs stationären Pflegeeinrichtungen. Fragebögen zu Arbeits- und Berufszufriedenheit, Burnout, Arbeitsbewältigungsfähigkeit, arbeitsbezogene Stressoren, Selbstwirksamkeit und Belastungen und zur Beurteilung der Intervention wurden eingesetzt und statistisch ausgewertet. Für die BewohnerInnen wurden unterschiedliche Fragebögen zur Einschätzung der Lebensqualität verwendet, um die Annahme zu prüfen, dass mit einer verbesserten Arbeitszufriedenheit auch eine Verbesserung der Lebensqualität einhergeht. Hier konnten allerdings trotz des umfassenden Datenmaterials keine aussagekräftigen Ergebnisse erzielt werden.

Die Ergebnisse für die Pflegenden sind dennoch vielversprechend und ermutigend insbesondere im Hinblick auf die Wahrnehmung der arbeitsbezogenen Stressoren. Hier konnten in allen Subskalen und über die Zeit stabile Verbesserungen erzielt werden. Besonders hervorzuheben ist die Reduktion bewohnerbezogener Stressoren. Am Ende der Interventionsphase hat die wahrgenommene Belastung durch dementiell erkrankte BewohnerInnen hochsignifikant abgenommen. Auch die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der MitarbeiterInnen, die für eine aktive und wirkungsvolle Bewältigung von Problemen besonders wichtig ist, verbesserte sich nach der Intervention signifikant. Weiterhin verbesserte sich die Wahrnehmung der arbeitsbezogenen Ressourcen – insbesondere Pflegefachkräfte erzielten hier hohe Werte. Die MitarbeiterInnen schätzten die Intervention wegen ihres maßgeschneiderten Programms und der Alltagstauglichkeit ihrer Themen. Insbesondere die Sensibilisierung für das Thema Demenz hat nicht nur zu einer verstärkten Reflexion des eigenen Verhaltens, sondern auch zu einer Veränderung im Umgang mit dementiell erkrankten BewohnerInnen geführt. Die Studienergebnisse belegen, dass Einrichtungen mit einem integrativen Versorgungskonzept besonders vom Interventionsansatz profitieren konnten. Des Weiteren zeigte sich, dass Pflegefachkräfte stärker von der Intervention profitieren als die Kolleg/-innen ohne formale Pflegeausbildung.

Schlüsselwörter: Arbeitszufriedenheit, Demenz, Evaluation, Intervention, Stressoren, stationäre Altenpflegeeinrichtungen

1 Problemstellung

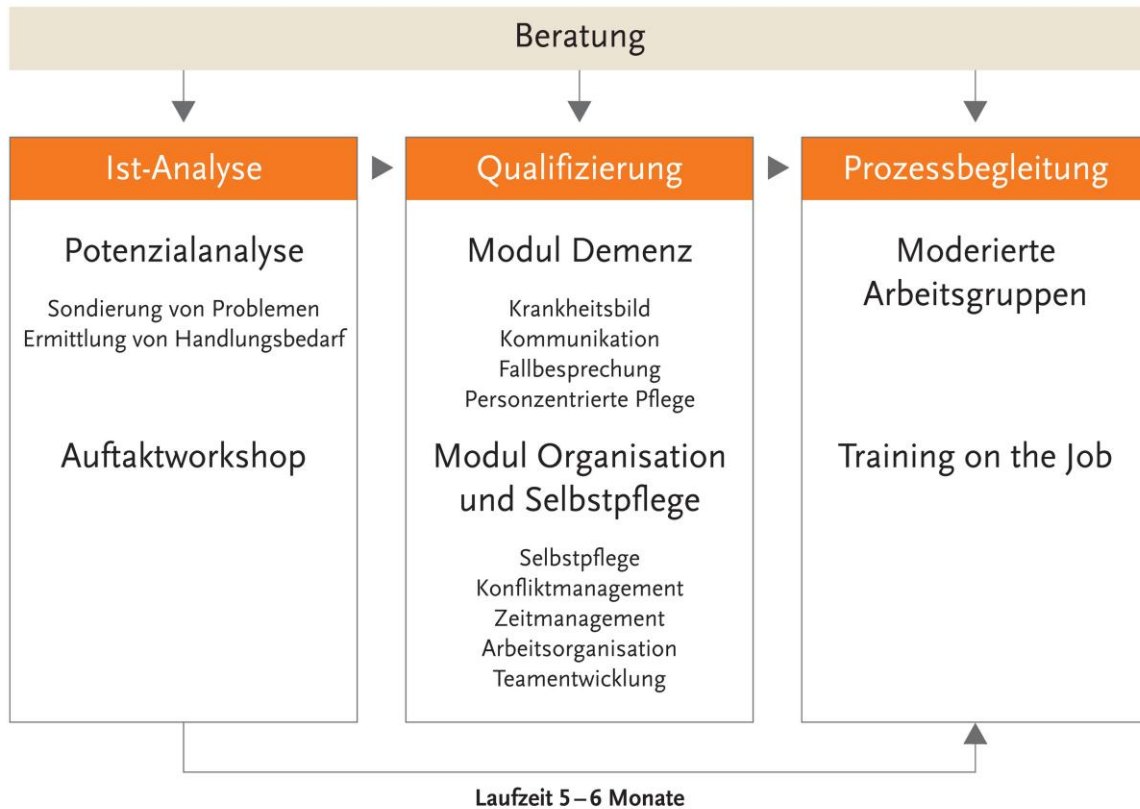
Prognosen zur demografischen Entwicklung legen nahe, dass nicht nur der Anteil an alten und hochbetagten Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt, sondern auch die Anzahl der Pflegebedürftigen, und in dieser Gruppe im besonderen Maße die Anzahl Demenzkranker steigen wird. Eine aktuelle Publikation von Alzheimer Europe geht davon aus, dass die zukünftigen Prävalenzraten insbesondere bei den Hochbetagten höher liegen als bisher angenommen (Alzheimer Europe 2009). Dies hat zur Folge, dass zukünftig besonders für diese Klientel ein wachsender Bedarf an Pflegekräften benötigt wird. Schon heute ist Altenpflege überwiegend Demenzpflege, da z.B. in den stationären Einrichtungen der Anteil an Demenzkranken bei 60 - 70% liegt (Weyerer & Bickel 2007). Die Betreuung und Pflege dieser Menschen wird vom Pflegepersonal häufig als besonders belastend empfunden. Einige der Gründe hierfür sind die bei diesem Krankheitsbild auftretenden Verhaltensprobleme (BMG 2006) und Kommunikationsschwierigkeiten, aber auch die Betreuung von Menschen mit Demenz im weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, die mit einem besonders hohen Pflegebedarf verbunden ist (Buchinger 2009). Die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen bei der Pflege von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen korreliert dabei in hohem Maße mit der Versorgungsqualität, wie eine Reihe neuerer Studien, die im Folgenden kurz vorgestellt werden, belegt. Edberg et al. (2008) führten Fokusgruppeninterviews mit Pflegenden aus verschiedenen Ländern zur Beanspruchung in der Pflege von Menschen mit Demenz durch. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegenden die Komplexität der Situation betonen (System, Umweltfaktoren etc.) und drei Hauptquellen für die Beanspruchung identifizierbar sind: nicht fähig zu sein, die dementen Menschen zu erreichen (1), der Versuch, die dementen Menschen zu beschützen (2) und konkurrierende Bedürfnisse zu befriedigen (3). Die Autoren sind der Meinung, dass man die Erfahrungen der Pflegenden als Wunsch verstehen sollte, das Beste für die Personen, die sie pflegen, zu tun, indem ihr Leiden gemildert und die Lebensqualität verbessert wird. Wenn die Pflegenden nicht über die Ressourcen und Möglichkeiten verfügen, dies zu tun, wird dies als Belastung erlebt und führt zu Unzufriedenheit mit der Arbeit.

Die Arbeitszufriedenheit spielt aber noch eine andere Rolle: sie ist der am häufigsten genannte Grund dafür, aus dem Beruf auszusteigen. In einer Überblicksstudie (Verhooij-Dassen et al. 2009) zeigte sich, dass die häufigste Ursache dafür, den Beruf zu verlassen, die Unzufriedenheit mit der Arbeit ist. Dahinter verbirgt sich wiederum die Unzufriedenheit mit der Qualität der Pflege. Eine Analyse der Literatur führte zu dem Ergebnis: Der Hauptgrund für das Ausscheiden aus dem Beruf ist mangelnde Arbeitszufriedenheit. Zwei wesentliche Gründe dafür sind zu wenig Anerkennung und die Unzufriedenheit mit der Qualität der Pflege, die die Pflegenden unter den gegebenen Bedingungen leisten können. Aufgrund der Studienergebnisse befürchten die Autoren einen zukünftigen Arbeitskräftemangel im Bereich der Pflege von Menschen mit Demenz, sowohl in den Niederlanden als auch in anderen europäischen Ländern. Es bedarf also dringend Interventionskonzepte, die dazu beitragen, Altenpflegekräfte länger im Beruf zu halten.

1.1 Projektinhalt

Im Rahmen des Projektes DemOS Demenz-Organisation-Selbstpflege wurde ein Interventionsprogramm entwickelt, das drei Bausteine umfasst, die in einem Zeitrahmen von 5 Monaten mit Qualifizierungs-, Prozess- oder Praxisbegleitungsangeboten

in acht Altenpflegeeinrichtungen umgesetzt wurden. Die inhaltliche Ausrichtung der Fortbildungsangebote basiert zum einen auf den Ergebnissen der Literaturrecherche zu theorie- und erfahrungsbezogenen Leitlinien nationaler und internationaler Fortbildungsansätze zum Thema Demenz und Selbstpflege und zum anderen auf der langjährigen Erfahrung der Demenz Support Stuttgart gGmbH im Themenfeld Demenz.



Analyse der Ausgangssituation

Als Ausgangspunkt für die Anpassung des Qualifizierungs- und Begleitungsangebotes an die Gegebenheiten und Besonderheiten der Einrichtung wurden Basisdaten gesammelt und Potentiale der Einrichtung erfasst. Mögliche Probleme vor Ort wurden sondiert und die Handlungsbedarfe ermittelt. In einem an die Auswertung anschließenden Workshop waren die MitarbeiterInnen aufgefordert, die Ergebnisse einzuschätzen und zu kommentieren und aus dem Spektrum potenzieller Veränderungsaspekte die für sie wichtigen und relevanten Themenbereiche auszuwählen. Wo es möglich war, wurden für die angestrebten Veränderungen und Verbesserungen erreichbare und messbare Ziele vereinbart. Die Partizipation der MitarbeiterInnen wurde von Projektbeginn an konsequent angestrebt.

Durchführung maßgeschneiderter Qualifizierungsmaßnahmen (Inhouse-Schulungen)

Kombination aus theoretischer Wissensvermittlung mit Erfahrungsmöglichkeiten. Durch die didaktische Arbeit am Fall wurde versucht eine hohe Praxisrelevanz zu erzielen. Es besteht aus zwei Modulen:

Modul Demenz: Schulungsinhalte:

- Sensibilisierungstraining mit dem demenz balance-Modell © und aktuelles Wissen zum Krankheitsbild Demenz
- Umgangs- und Interventionsformen mit einer Schwerpunktsetzung auf Kommunikationsstrategien und -techniken.

- Methode und Anwendung von Fallanalysen
- Modul Organisation und Selbstpflege: Schulungsinhalte:
- Selbstpflege und Gesundheitsförderung
 - Innerbetriebliche Kommunikation und Konfliktmanagement
 - Zeitmanagement und Arbeitsorganisation

Prozessbegleitung vor Ort

Systematisch und zielorientiert wurde durch eine konstante Ansprechpartnerin des Interventionsteams moderierte Arbeitsgruppen und ein „Training on the job“ durchgeführt. Es wurden mit allen Führungskräften 4 Besprechungen zum Prozessverlauf und zur Klärung von im Prozess aufgetretenen Irritationen oder organisatorischer Schwierigkeiten geführt. Das Interventionsprogramm endete mit einem Abschlussworkshop, in dem die Umsetzungsschritte für erarbeitete Maßnahmen in den folgenden 5 Monaten festgelegt wurden. In einem abschließenden Workshop (10 Monate nach Interventionsstart) wurden die erreichten Ziele bewertet, eine Qualifizierungsstrategie für die nächsten 2 Jahre entworfen und Themen für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtung erarbeitet.

1.2 Projektziele

Die für die jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen maßgeschneiderten Interventionsprogramme sollten sich nachweisbar positiv auf die MitarbeiterInnen (MA) auswirken. Es wurde davon ausgegangen, dass

- die Arbeits- und Berufszufriedenheit der MitarbeiterInnen steigt (Hypothese 1)
- die Wahrnehmung, der arbeitsbezogenen Ressourcen und Stressoren sich verbessert, insbesondere die Wahrnehmung des sozialen Klimas (Hypothese 2)
- sich die wahrgenommene Belastung durch die BewohnerInnen reduziert und die Selbstwirksamkeit der MitarbeiterInnen gegenüber den BewohnerInnen steigt (Hypothese 3)
- die selbsteingeschätzte Arbeitsfähigkeit bzw. der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand sich verbessert und das Burnout-Risiko sich tendenziell reduziert (Hypothese 4)
- eine erhöhte Arbeitszufriedenheit mit einer Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität einhergeht und die Intervention eine positive Wirkung auf die Lebensqualität der beteiligten BewohnerInnen hat (Hypothese 5)

2 A1 Projektvorlauf (November 2009 bis Mai 2010)

2.1 Recherche zu theorie- und erfahrungsbezogenen Leitlinien nationaler und internationaler Fortbildungsansätze zum Thema Demenz und Selbstpflege

Internationale Programme zur Reduzierung der Arbeitsbelastung bei Pflegenden wie z.B. "Better Job, Better Care" oder "Quality Care through Quality Jobs" bestätigen, dass die Erhebung der aktuellen Situation und der daraus resultierenden Anpassung der Fortbildungsinhalte sowie die Unterstützung der Implementierung und Absicherung der Arbeitsqualität notwendig sind, um für die Praxis Erfolgserlebnisse sichtbar zu machen. Grundsätzlich wird darauf verwiesen, dass die Unterstützung der MitarbeiterInnen durch die Stärkung ihrer Kompetenzen und ihres Selbstbewusstseins zu einer Entlastung beitragen. Die Ergebnisse der Recherche zu theorie- und erfahrungsbezogenen Leitlinien nationaler und internationaler Fortbildungsansätze sind im Anhang 2 (S. 24ff.) ausführlich dargestellt.

Qualifizierungsangebote müssen sich zum einen an der Ausgangssituation einer Pflegeeinrichtung orientieren und zum anderen Pflegenden für die Identifizierung und Festlegung der relevanten Themen einbinden. Für ein maßgeschneidertes Interventionsprogramm stellt Erhebung der Ausgangssituation die Basis dar, die gemeinsam diskutiert und durch die Sichtweisen der Pflegenden ergänzt wird. Auf dieser Grundlage können die Bausteine Qualifizierung und Prozess- und Praxisbegleitung gedeutet werden.

2.2 Präzisierung der Schulungs- und Interventionsmodule

Ein breites Spektrum an Qualifizierungsthemen stand zur Verfügung. Die Auswahl der Themen orientierte sich an der spezifischen Bedarfslage jeder Einrichtung:

Grundlagen und Fachwissen Demenz

- Krankheitsbild, Symptome, Stadien, Diagnostik
- Herausfordernde Verhaltensweisen, Assessment
- Sensorische Wahrnehmungen
- Medikation
- Rechtliche Rahmenbedingungen – zwischen Autonomie und Fürsorge
- Schmerzmanagement
- Schluckstörungen und Ernährungsanpassung

Sensibilisierung Demenz

- Demenz-Balance-Modell nach Barbara Klee-Reiter
- Person-zentrierter Ansatz nach Kitwood

Demenz mit Person oder Person mit Demenz - Perspektivenwandel

- Zeit- und Sozialgeschichte
- Biografiearbeit
- Trauma und Demenz
- Fallbesprechung

Interaktion, Zugänge finden, Alltag gestalten

- Erinnerungspflege
- Alltagsbetätigungen

- Milieugestaltung
- Bewegungsförderung
- Wo man singt, da lass dich nieder
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- 10-Minuten-Aktivierung
- Sensorische Stimulation
- Ernährung anpassen – Fingerfood, hochkalorische Ernährung
- Mahlzeiten gestalten - Tischordnung

Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen

- Krisen- und Konfliktmanagement
- Deeskalationstraining
- Sexualität und Demenz

Einzelthemen

- Abschied und Sterbebegleitung
- Vorlesen – Märchen, Zeitung

Organisation und Selbstpflege

- Tagesstruktur
- Grundlagen der Konzeptarbeit
- Angehörigenarbeit
- Kollegiale Beratung
- Fallbesprechung
- Kooperation mit Ehrenamtlichen
- Kooperation mit Ärzten
- Kooperation mit Hospiz
- Öffentlichkeitsarbeit
- Zeitdiebe /-management
- Übergabe gestalten
- Teamzusammenarbeit
- Gewalterfahrung in der Pflege
- Selbstpflegetechniken

In der Projektdurchführung hat sich gezeigt, dass die Einrichtungen folgende Themen favorisierten.

- Grundlagen Demenz und Demenz balance-modell
- Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen
- Teamzusammenarbeit
- Antistressprogramm oder Selbstpflegetechniken
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Biografiearbeit
- Milieugestaltung

2.3 Auswahl und Festlegung der Erhebungsmethoden

Der Auswahl der Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz und zur Einschätzung der Arbeitsumgebung und der Belastung von PflegemitarbeiterInnen ging eine nationale und internationale Literaturrecherche voraus. Im Austausch mit wissenschaftlichen Experten zum Thema Belastung und

Burnout wurden die Instrumente eingeschätzt. Eine vergleichende Betrachtung verschiedener Fragebögen und die Auswahl der für die Studie geeigneten Instrumente erfolgten anhand folgender Kriterien:

- Testtheoretische Gütekriterien
- Verfügbarkeit
- Anwendbarkeit
- Länge und Zeitaufwand für das Ausfüllen
- urheberrechtliche Fragen
- Verfügbarkeit von Vergleichsdaten

Die für die Evaluation eingesetzten Fragebogen sind ausführlich auf S. 10ff. dargestellt.

2.4 Erstellung von Datenmasken

Datenmaske wurde erstellt (siehe Anhang 3, S. 58ff.)

2.5 Auswahl und Festlegung der beteiligten Einrichtung

Es wurden 8 Pflegeeinrichtungen ausgewählt, die einer Projektbeteiligung zusagten. Drei Pflegeeinrichtungen waren damit einverstanden, sich auf die Warteliste setzen zu lassen. Aus der Erfahrung, dass in einer Einrichtung die Mitarbeitervertretung zunächst die Einwilligung zur Evaluation verweigerte, wurde das Informationsdesign erweitert. Mit einem Vorlauf von 7 Monaten wurden die verbleibenden Einrichtungen erneut angefragt und die MitarbeitervertreterInnen gezielt einbezogen. Dies führte in einer Projekteinrichtung zu einer Absage, da die MAV die Zustimmung zur Studienbeteiligung im Hinblick auf die ausgewählten Fragebogen (TAA und WAI) verweigerte. Aus der Warteliste konnte eine Pflegeeinrichtung nachrücken.

3 A2 Projektdurchführung (Juni 2010 bis Juni 2012)

Der Aufwand für die Durchführung der Intervention war wie folgt geplant:

	Qualifizierung	Training on the job	Prozessbegleitung
Turnus	wöchentlich	nach 8 Wochen alle 2 Wochen	nach 8 Wochen alle 2-3 Wochen
Zeitaufwand je Einheit	2 h	ca. 3-4 h	2-3 h
Anzahl der Einheiten	Ca. 20	3-5 Trainings	5-8 Treffen
Gesamtaufwand	ca. 50 h		ca. 30 h
Zeitaufwand für Interventionsphase pro Einrichtung	ca. 80 h		

Veränderungsmaßnahmen während der Projektlaufzeit

Die Intervention wurde in acht Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Die Notwendigkeit einer Veränderung der Interventionsstruktur zeigte sich bereits bei den ersten beiden Praxispartnern. Die MitarbeiterInnen fühlten sich von den wöchentlich stattfindenden kurzen Fortbildungsangeboten überlastet. Die Angebote waren organisationsfreundlich vor Dienstbeginn oder nach Dienstende eingeplant. Es zeigte sich aber rasch, dass die Aufnahmekapazität nach einem Frühdienst sehr eingeschränkt war und eine Veränderung der Interventionsstruktur geboten war. Eine Umstellung auf Halbtages- oder Tagesveranstaltungen erfolgte bereits in den beiden ersten Projekteinrichtungen. Alle nachfolgenden Projekteinrichtungen erhielten 5-6 Tagesfortbildungen. Es konnte weitgehend gewährleistet werden, dass die TeilnehmerInnen für die Tagesveranstaltungen frei gestellt waren. In der nachfolgenden Tabelle ist diese Veränderung dargestellt und mit dem angepassten Zeitaufwand beschrieben:

	Qualifizierung	Training on the job	Prozessbegleitung
Turnus	1 x Monat	nach 6 Wochen	nach 8 Wochen alle 3 Wochen
Zeitaufwand je Einheit	8 h	2 x 10 oder 4-6 x 2 h	3 h
Anzahl der Einheiten	5-6	DCM 1 x/WB mit Feedback oder 4-8 Trainings	6-7 Treffen
Gesamtaufwand	ca. 56-70 h		ca. 20 h
Zeitaufwand für Interventionsphase pro Einrichtung	76-90 h		

Analyse der Ausgangssituation, Dokumentation

- Die Projekterfahrung hat sich nach den beiden ersten Einrichtungen dahingehend niedergeschlagen, dass die Auftaktveranstaltung spezifiziert wurde. Die TeilnehmerInnen waren aufgefordert, die Ziele zu benennen, die sie mit der Projektbeteiligung verbanden. Dieser Ansatz wurde sukzessive weiterentwi-

ckelt und soweit operationalisiert, dass zum Ende der Intervention eine Zielüberprüfung möglich war.

Lernbegleitung, Prozessbegleitung, Praxisbegleitung

- Die Intervention wurde entsprechend dem Antrag ausgeführt und ist ausführlich im Anhang 4 dargestellt (siehe S. 72ff.)
- In den beiden ersten Pflegeeinrichtungen zeigte sich, dass 2-stündige Lernbegleitungsangebote für die TeilnehmerInnen eine zusätzliche Beanspruchung zum Pflegealltag darstellten. Das organisationsfreundliche Fortbildungskonzept (nach dem Früh- und vor dem Spätdienst) für alle MitarbeiterInnen hat sich nicht bewährt.
- Bei MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund zeigten sich teilweise erhebliche sprachliche Barrieren. Es ist anzunehmen, dass Teamprozesse dadurch beeinflusst sind. Den Einrichtungen wurde empfohlen, MitarbeiterInnen mit Sprachproblemen „Deutschkurse“ anzubieten.
- Bei allen Praxispartnern wurde eine Prozessbegleitung durchgeführt. Ausgewählte Themen wurden in Arbeitsgruppen bearbeitet (Anhang 4, S. 72ff.)
- Die Praxisbegleitung fokussierte sich zunehmend auf die Durchführung eines Dementia Care Mappings (DCM). Eine Auswertung und anschließende Reflexion mit den Pflegenden und der Erstellung eines Handlungsplans wurde von allen Einrichtungen sehr geschätzt.
- Für eine kontinuierliche Abstimmung mit der Einrichtungs- und Pflegedienstleitung wurden im Projektverlauf vier Gespräche eingeplant (2 Gespräche innerhalb der Projektlaufzeit, 1 x Gespräch zum Projektende und ein weiteres Gespräch nach 5 Monaten). Es hatte sich nach den ersten beiden Piloteinrichtungen gezeigt, dass die Führungskräfte nur teilweise in das Projekt involviert waren. Um einen kontinuierlichen Informationsfluss sicher zu stellen, wurden diese Besprechungstermine eingeführt.
- Zum Projektabschluss wurde ein Workshop zum Thema Umsetzung, Verstetigung und Nachhaltigkeit durchgeführt. Hier wurden Maßnahmen erarbeitet, wie die Umsetzung von erstellten Konzepten in den nächsten 5 Monaten erfolgen sollte.
- Mit einem Abschlussworkshop nach der interventionsfreien Zeit wurde eine Zwischenbilanz erstellt. Was wurde bisher erfolgreich umgesetzt, welche Hürden sind dabei aufgetreten und welche Maßnahmen sind für die Zukunft erforderlich, um den aktuellen Stand zu halten und eine Weiterentwicklung zu gewährleisten. Wie sieht die Qualifizierungsstrategie für die nächsten 3 Jahre im Bereich Demenz, Selbstpflege und Organisation aus?

Erhebung in den Interventionsgruppen zu den Zeitpunkten t0-t3

- Es konnte in allen Interventionsgruppen die Erhebung realisiert werden.

Erhebung von 4 Wartekontrollgruppen zu den Zeitpunkten t0-t3

- Es konnte in allen Interventionsgruppen die Erhebung realisiert werden.

Laufende Dateneingabe und Datenanalyse

- Die Ergebnisse aus den Abschlussgesprächen und die Auswertung der Fragebogen zur Lernbegleitung wurden im laufenden Projekt reflektiert und Maßnahmen daraus abgeleitet.

4 Evaluation

Die Evaluation der durchgeführten Intervention orientierte sich an den im Projektantrag formulierten Zielen. Beim beteiligten Pflegepersonal sollten sich demnach folgende Effekte ergeben:

- Hypothese 1: Die Zufriedenheit mit dem Altenpflegeberuf und der Arbeitsstelle steigt.
- Hypothese 2: Die Wahrnehmung des sozialen Klimas verbessert sich, ebenso die Wahrnehmung der arbeitsbezogenen Ressourcen und Stressoren.
- (Zusatz-)Hypothese 2a: Die Selbstwirksamkeit der MitarbeiterInnen (MA) gegenüber den BewohnerInnen (BW) steigt und die wahrgenommene Belastung durch die BW reduziert sich.
- Hypothese 3: Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand verbessert sich.
- Hypothese 4: Das Burnout-Risiko reduziert sich tendenziell. Aber man kann keine signifikanten Effekte erwarten, da der Zeitraum von fünf Monaten zwischen den einzelnen Messzeitpunkten relativ kurz ist und sich die Symptome des Ausbrennens nur schleichend über einen längeren Zeitraum hinweg verändern.
- Hypothese 5: Eine erhöhte Arbeitszufriedenheit geht mit einer Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität einher, also sollte sich die Intervention auch positiv auf die Lebensqualität der beteiligten BewohnerInnen auswirken.

Da wir in allen untersuchten Einrichtungen dieselben Messinstrumente einsetzen wollten, mussten wir uns am „schwächsten“ Teilnehmer orientieren, d. h. an BewohnerInnen, die so schwer an Demenz erkrankt sind, dass sie nicht mehr in der Lage sind, selbst Auskunft über ihre Lebensqualität zu geben. Wir waren also auf Fremdeinschätzungen durch das Pflegepersonal angewiesen. Hypothese 5 konkretisierte sich dahingehend, dass sich der Gesundheitszustand und die Autonomie und Selbständigkeit der beteiligten BW aus Sicht der Pflegekräfte nicht verschlechtern bzw. langsamer verschlechtern als in der Kontrollgruppe.

4.1 Methoden

4.1.1. Erhebungsinstrumente

Fragebögen für das untersuchte Pflegepersonal:

- Fragebogen zur Erfassung soziodemografischer Daten: Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Berufszufriedenheit etc. (Eigenentwicklung)
- Fragebogen „Einrichtungsentwicklung“ (Glaser & Hornung 2008) umfasst vier Items, anhand derer die MitarbeiterInnen die Entwicklung ihrer Einrichtung im vergangenen Jahr beurteilen können. Die einzelnen Items wurden auf einer fünfstufigen Skala („1 = nein, gar nicht“ bis „5 = ja, genau“) eingeschätzt.
- Vier Skalen zur Erhebung sozialer und organisationaler Bedingungen aus Sicht der Pflegekräfte aus dem Screening des „Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für Altenpflege“ (TAA-Altenpflege; Glaser, Lampert & Weigl 2008). Die einzelnen Items wurden auf einer fünfstufigen Skala („1 = nein, gar nicht“ bis „5 = ja, genau“) eingeschätzt.

- Fragebogen „Beziehungspflege Selbstwirksamkeit bzw. Belastung“ (Glaser & Hornung 2008) zur Erhebung der erlebten Kompetenz und der erlebten Grenzen, negativen Konsequenzen, Belastungen und Frustrationen durch Pflege im Arbeitsalltag. Dieser Fragebogen wurde nur zum zweiten und dritten Messzeitpunkt eingesetzt.
- „Work Ability Index“ (WAI) von Ilmarinen (2002). Ein Messinstrument zur Erfassung der individuellen Arbeits(bewältigungs)fähigkeit von Erwerbstätigen. Die deutsche Fassung des „Maslach Burnout Inventory“ von Maslach & Jackson, also das MBI-D, adaptiert nach Büssing & Perrar (1992). Das MBI besteht aus 21 Items, die anhand einer vorgegebenen Antwortskala (von „1 = nie“ bis „6 = sehr oft“) beantwortet und zu drei Subskalen zusammengefasst werden. Die Subskalen sind „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung“ und „Persönliche Erfüllung“. Für jede Subskala gibt es einen Summenscore und eine Einteilung in hohes, moderates und geringes Burnout. Das Verfahren besitzt gute psychometrische Qualität; Normierung ist in Vorbereitung.
- Fragebogen zur Beurteilung der Intervention durch die Pflegekräfte (Eigenentwicklung gemeinsam mit der externen Evaluation). Der Fragebogen umfasst neun Fragen, die anhand einer vorgegebenen Antwortskala (von „1 = nein, gar nicht“ bis „5 = immer bzw. sehr“) beantwortet wurden.
- Leitfaden für Gruppendiskussionen mit den beteiligten Pflegekräften zur Beurteilung der Intervention, mit Fragen nach den Stärken, dem Nutzen für den Arbeitsalltag, den Defiziten und Schwachstellen der durchgeführten Intervention etc. (Eigenentwicklung)

Fragebögen für die BewohnerInnen:

- „Barthel-Index“ zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten und zur systematischen Erfassung von Selbstständigkeit. Es werden Punktwerte für Aktivitäten des täglichen Lebens vergeben, von 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) bis 100 Punkte (Selbstständigkeit). Die gute bis sehr gute Validität, Sensitivität und Reliabilität wurde durch zahlreiche Untersuchungen belegt. Dieser Index zählt zu den zuverlässigsten Instrumenten, um die Fähigkeit einer Person im Bereich der ADL zu messen und ihren Hilfsbedarf in diesem Bereich abzuschätzen (vgl. Hansen 2006, 27).
- „Cohen-Mansfield-Assessment-Instrument“ (CMAI, modifizierte Hamburger Fassung) zur Erfassung agitierten Verhaltens. Es ist das am häufigsten eingesetzte Instrument zur Erfassung agitierten Verhaltens und wurde speziell für die stationäre Pflege entwickelt (Cohen-Mansfield 1999). Der Fragebogen besteht aus 25 Items, die mit einer siebenstufigen Häufigkeitsskala von „nie“ bis „mehrmals in der Stunde“ bewertet werden. Die Reliabilitätswerte liegen zwischen 0.88 und 0.92. Die Auswertung erfolgt anhand eines Schemas (s. u. Anhang). Schwere (stark ausgeprägte) Verhaltensauffälligkeit liegt vor, wenn mindestens der Nachweis einer Verhaltensauffälligkeit im rot markierten Bereich oder drei Auffälligkeiten im gelb unterlegten Segment vorhanden sind.
- Die „Quality of Life in Late-Stage-Dementia Scale“ (QUALID) wurde von Weiner et al. (2000) speziell für die Zielgruppe der Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz entwickelt. Die Skala besteht aus 11 Items, die mit einer Häufigkeitsskala von „nie = 1“ bis „ohne ersichtlichen Grund, mind. 1x am Tag = 5“ bewertet werden. Die Auswertung ergibt 11 bis maximal 55 Punkte, wobei 11 die höchste Lebensqualität bedeutet. Die Autoren haben ihr Instrument testtheoretisch untersucht und kommen zu dem Schluss, dass die interne

Konsistenz der Items hoch ist, ebenso wie die Interraterreliabilität. Insgesamt halten sie die Skala für reliabel und valide. Falk, Persson & Wijk (2007) haben die Gütekriterien der schwedischen Version des QUALID untersucht und fanden eine zufriedenstellende interne Konsistenz (Cronbachs Alpha 0.74), eine akzeptable Interraterreliabilität von 0.69 und eine hohe Test-Retest-Reliabilität von 0.86.

Fragebogen zur Erfassung soziodemografischer Daten: Alter, Geschlecht, Einzug ins Haus, Diagnose, Gesundheitszustand etc. (Eigenentwicklung)





4.1.2. Design und Durchführung


Aus ethischen Gründen entschieden wir uns für ein Wartekontrollgruppendesign. Da die Intervention immer nur in zwei Häusern parallel durchgeführt werden konnte, ergaben sich insgesamt sechs Messzeitpunkte, mit drei bzw. vier (in den Wartekontrollgruppen) Erhebungen pro Einrichtung (Abbildung 3.1). Die Erhebung fand vom 16. 06. 2010 bis zum 10. 07. 2012 statt.

Die Messzeitpunkte sahen folgendermaßen aus:

- $t_{0w} + t_0$: Die MitarbeiterInnen der ausgewählten Einrichtungen bzw. Wohnbereiche füllten alle Fragebögen aus. Außerdem wurden die jeweils dazu gehörenden Strukturdaten erhoben. Anschließend implementierte das Interventionsteam sukzessive die Interventionspakete, die jeweils eine Laufzeit von ca. fünf Monaten haben sollten. Im Vorfeld (ca. 14 Tage vor t_0 bzw. t_{0w}) wurden von ausgewählten Pflegekräften die BewohnerInnenfragebögen ausgefüllt.
- t_1 : Nach Beendigung der Intervention wurde mit den beteiligten Pflegekräften eine Gruppendiskussion durchgeführt, um ihre Einschätzung und Meinung zur Intervention zu erfragen. Außerdem wurden dieselben Daten wie bei t_0 erhoben. Parallel dazu begann in den Wartekontrollgruppen die Intervention.
- t_2 : Um die Nachhaltigkeit der möglichen Effekte überprüfen zu können, wurden fünf Monate nach Beendigung der Intervention nochmals alle Daten wie bei t_0 erhoben.

Unmittelbar am Ende jeder Fortbildung füllten die TeilnehmerInnen zusätzlich den Bewertungsfragebogen aus.

-  • Haus Adam Müller-Guttenbrunn, Stuttgart
• Hilde und Eugen Krempel-Haus, Stuttgart
-  • Pflegeheim St. Johannes, Waldstetten,
• Seniorenzentrum Holle, Holle
-  • Spittler-Stift, Schorndorf
• Spital Neutann, Domizil für Menschen mit Demenz, Wolfegg
-  • Altenzentrum St. Franziskus, Mühlacker
• Altenzentrum Franziskusheim, Villingen-Schwenningen

 **Messzeitpunkte (t0w* bis t2)**
Bei jedem Messzeitpunkt werden Fragebögen zur Lebensqualität der BewohnerInnen und zur Arbeitsbelastung der MitarbeiterInnen eingesetzt.

*Wartekontrollgruppe

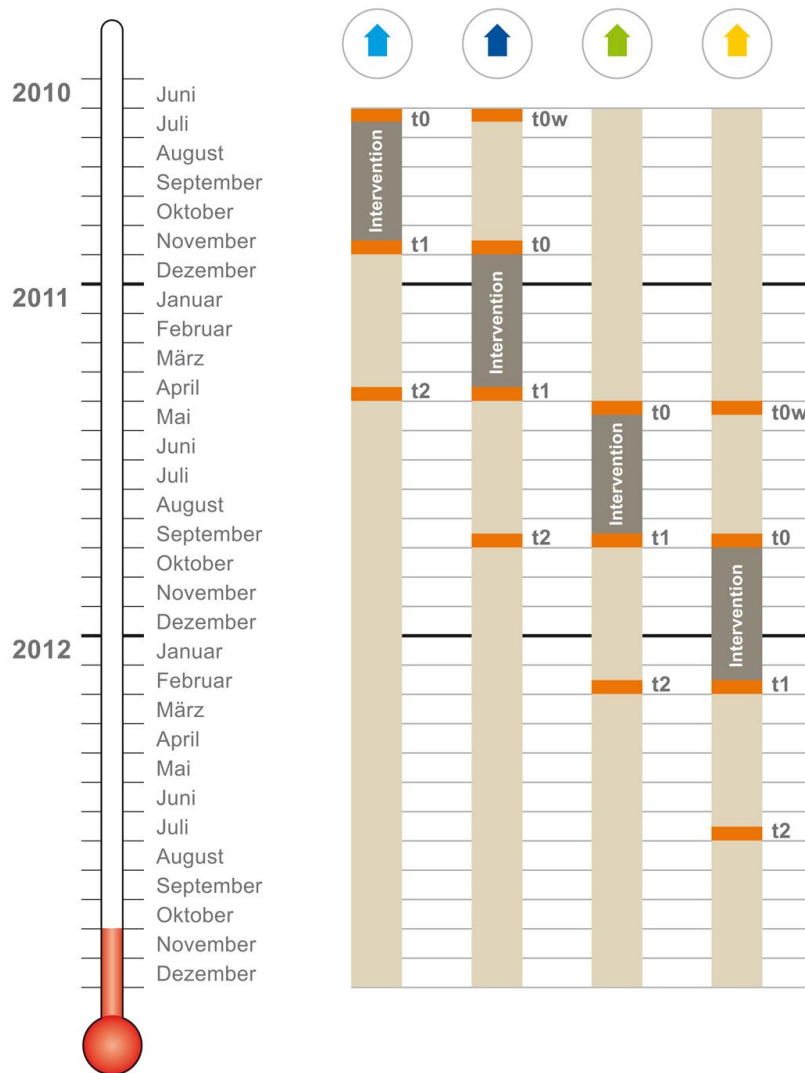


Abb. 3.1 Zeitlicher Verlauf der Evaluation mit den sechs Erhebungszeitpunkten

Die ethischen Richtlinien wurden eingehalten (gemäß Richtlinien des Berufsverbands deutscher Psychologen, bdp): alle Beteiligten wurden vor Beginn der Untersuchung ausführlich über Gegenstand, Ziele, Methoden und erwarteten Nutzen informiert. Von der jeweiligen Mitarbeitervertretung wurde das Einverständnis bezüglich der Fragebögen eingeholt und die Teilnahme an der Studie war selbstverständlich freiwillig. Aus Datenschutzgründen wurden alle Fragebögen anonymisiert, so dass eine Rückverfolgung zu den TeilnehmerInnen nicht möglich ist.

4.1.3. Stichprobe

Am Modellprojekt nahmen insgesamt acht Einrichtungen teil: vier Häuser mit integrativen Wohnbereichen und drei Häuser, die entweder auf die Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisiert sind oder sich mit segregativen Wohnbereichen am Projekt beteiligten, sowie eine Mischform, die sowohl mit einem integrativen als auch mit einem segregativen Wohnbereich teilnahm. Sieben dieser Einrichtungen liegen in Baden-Württemberg, eine in Niedersachsen. Die Auswahl dieser acht Einrichtungen wurde im ersten Sachstandsbericht detailliert geschildert. Die Teilnahme war freiwillig und beinhaltete die Bereitschaft, den nicht unerheblichen Aufwand, der mit der Evaluation verbunden war, zu akzeptieren. Man muss folglich davon ausgehen, dass die untersuchte Stichprobe nicht repräsentativ, sondern tendenziell eine Positivselektion von engagierten Einrichtungen ist. Tabelle 3.1 zeigt die acht Häuser mit der Anzahl der insgesamt an der Untersuchung beteiligten BewohnerInnen und MitarbeiterInnen.

Nach der Pilotphase in den ersten beiden Einrichtungen wurde das Interventionsformat grundsätzlich überarbeitet und verändert, so dass letztlich die Daten von sechs Einrichtungen in die Evaluation gingen: drei mit segregativen Wohnbereichen, zwei mit integrativen Wohnbereichen sowie eine Mischform mit einem segregativen und einem integrativen Wohnbereich.

Tab. 3.1 Anzahl der an der Evaluation beteiligten BewohnerInnen (BW) und MitarbeiterInnen (MA) (Angaben in absoluten Zahlen)

Untersuchte Einrichtungen im Modellprojekt DemOS									
	Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4	Haus 5	Haus 6	Haus 7	Haus 8	Total
Σ BW	t0=69 t1=54 t2=34	t0=43 t1=34 t2=29	t0w=33 t0=36 t1=27 t2=21	t0w=31 t0=30 t1=25 t2=23	t0=60 t1=51 t2=44	t0=26 t1=19 t2=17	t0w=67 t0=66 t1=57 t2=50	t0w=32 t0=36 t1=30 t2=26	t0w=163 t0=366 t1=297 t2=244
Σ MA	t0=25 t1=14 t2=11	t0=20 t1=9 t2=8	t0w=22 t0=14 t1=12 t2=8	t0w=12 t0=14 t1=11 t2=10	t0=16 t1=13 t2=11	t0=14 t1=13 t2=11	t0w=15 t0=15 t1=15 t2=14	t0w=15 t0=21 t1=20 t2=15	t0w=64 t0=139 t1=107 t2=88
Total	t0=94 t1=68 t2=45	t0=63 t1=43 t2=37	t0w=55 t0=50 t1=39 t2=29	t0w=43 t0=44 t1=36 t2=33	t0=76 t1=64 t2=55	t0=40 t1=32 t2=28	t0w=82 t0=81 t1=72 t2=64	t0w=47 t0=57 t1=50 t2=41	t0w=227 t0=505 t1=404 t2=332

Insgesamt liegen bei t0 die Daten von 94 MitarbeiterInnen aus den Häusern 3 bis 8 vor. In die Evaluation konnten aber nur die Fragebögen derjenigen MA aufgenommen werden, die sowohl zu t0 als auch zu t1 einen Fragebogen ausgefüllt haben. Dies waren zum Messzeitpunkt t1 in den Häusern 3 bis 8 84 MA, was 41% der MA

der untersuchten Wohnbereiche entspricht. Beim Messzeitpunkt t2 waren 15 dieser MA krank gemeldet oder im Urlaub oder haben keinen Fragebogen ausgefüllt, so dass zu t2 nur noch von 69 MA Fragebögen vorliegen, was 33,7 % der MA der untersuchten Wohnbereiche entspricht. Wir haben uns dazu entschieden, zwei unterschiedlich große Stichproben für die Evaluation beim Pflegepersonal zu akzeptieren, um den Stichprobenumfang nicht zu sehr schrumpfen zu lassen. Kleine Stichproben stellen bei Signifikanztests generell ein Problem dar, aber ganz besonders wenn man auch Subgruppen wie das Versorgungskonzept bzw. die Qualifikation der MA testen möchte. Das bedeutet, dass die Stichprobe der MA für t1 n = 84 und für t2 n = 69 groß ist. Wir sind uns darüber im Klaren, dass dadurch die Aussagekraft eingeschränkt und die Interpretation erschwert wird, halten aber den Nachweis der Wirksamkeit der Intervention für dringlicher, als den Nachweis der Nachhaltigkeit.

Bei den BewohnerInnen (BW) der untersuchten Wohnbereiche wurden bei t0 alle 254 erhoben (von den insgesamt 256 BW wurden zwei junge, schizophrene BW nicht erhoben), in die statistischen Berechnungen wurden aber letztlich nur diejenigen BW aufgenommen, für die für alle drei Messzeitpunkte Daten vorlagen, das waren bei t2 n = 181. Das bedeutet, dass 73 BW im Zeitraum von t0 bis t2, also innerhalb von 10 Monaten, verlegt wurden, umgezogen oder verstorben sind. Dies entspricht ca. 29 % der BW.

Von den sechs Einrichtungen sind fünf (frei-)gemeinnützig und eine ist privat. In Tabelle 3.2 sind die Strukturdaten der beteiligten Einrichtungen aufgelistet.

Tab. 3.2 Strukturdaten (1) der evaluierten Pflegeeinrichtungen zum Messzeitpunkt t0 (Angaben in absoluten Zahlen und in Prozent)

Strukturdaten der evaluierten Einrichtungen (1)	Gesamt (n=6)	Integrativ (n=2)	Segregativ (n=3)	Mischform (n=1)
Die Einrichtung verfügt über ...				
Anzahl der Pflegeplätze	496	131	245	120
davon Dauerpflegeplätze	485	125	242	118
davon Kurzzeitpflegeplätze	11	6	3	2
In der Einrichtung wohnen im Moment ...				
Anzahl der BewohnerInnen	479	128	231	120
<i>davon in Prozent:</i>				
BewohnerInnen mit Pflegestufe 0	1,9	1,6	2,2	1,7
BewohnerInnen mit Pflegestufe 1	22,5	23,4	16,0	34,2
BewohnerInnen mit Pflegestufe 2	41,5	45,3	33,3	40,8
BewohnerInnen mit Pflegestufe 3	28,6	24,2	34,6	21,7
BewohnerInnen mit Pflegestufe 3+	5,0	13,3	6,5	1,7
BewohnerInnen mit dementieller Erkrankung	72,7	63,3	80,1	68,3
In den an der Untersuchung beteiligten Wohnbereichen wohnen im Moment ...				
Anzahl der BewohnerInnen	256	100	95	61
<i>davon in Prozent:</i>				
BewohnerInnen mit Pflegestufe 0	0,8	2,0	-	-
BewohnerInnen mit Pflegestufe 1	23,0	28,0	14,7	27,9
BewohnerInnen mit Pflegestufe 2	47,7	51,0	43,2	49,2
BewohnerInnen mit Pflegestufe 3	28,5	19,0	42,1	23,0
BewohnerInnen mit Pflegestufe 3+	-	-	-	-
BewohnerInnen mit dementieller Erkrankung	75,4	54,0	97,9	75,4

Die Größe der Einrichtungen variiert zwischen 33 und 120 Pflegeplätzen, im Durchschnitt sind es 80,8 Dauerpflegeplätze. Der prozentuale Anteil an BewohnerInnen mit der Diagnose Demenz liegt erwartungsgemäß in den Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen mit 80,1 % deutlich über den integrativen Einrichtungen mit 63,3 % bzw. 68,3 %. In den untersuchten segregativen Wohnbereichen liegt der Anteil bei 97,9 % und in den integrativen Wohnbereichen bei 54,0 %. Ebenso ist der Anteil an Patienten mit Pflegestufe 3 in den Einrichtungen mit segregativen Wohnbereichen mit 34,6 % am höchsten, in den untersuchten Wohnbereichen liegt er sogar bei 42,1 %. In den integrativen Einrichtungen bzw. der Mischform beträgt der prozentuale Anteil an Pflegestufe 3 nur 24,2 % bzw. 21,7% und in den untersuchten Wohnbereichen liegt er bei 19,0 % bzw. 23,0 %.

Zum Zeitpunkt t2 wohnten von den erhobenen BewohnerInnen noch 181 in den Einrichtungen. Die soziodemografischen Daten der evaluierten 181 BW zeigt Tabelle 3.3 (die Mischform, die aus einem integrativen und einem segregativen Wohnbereich besteht, wird im Folgenden diesen jeweiligen Kategorien zugeordnet). Rund drei viertel aller BW sind Frauen, wobei der Männeranteil in den segregativen Wohnbereichen leicht erhöht ist (25,9 % vs. 20,0 %).

Tab. 3.3 Soziodemografische Daten der evaluierten BewohnerInnen zum Messzeitpunkt t0 (Angaben in Prozent)

Soziodemografische Daten der evaluierten BewohnerInnen	Gesamt (n=181)	Integrativ (n=100)	Segregativ (n=81)
Geschlecht			
Weiblich	77,3	80,0	74,1
Männlich	22,7	20,0	25,9
Alter			
Bis unter 65 Jahre	1,7	-	3,7
65 bis 69 Jahre	1,7	1,0	2,5
70 bis 74 Jahre	9,9	11,0	8,6
75 bis 79 Jahre	12,2	6,0	19,8
80 bis 84 Jahre	22,1	18,0	27,2
85 bis 89 Jahre	30,9	37,0	23,5
90 bis 94 Jahre	16,6	19,0	13,6
95 Jahre und älter	5,0	8,0	1,2
<i>Mittelwerte (Jahre)</i>	83,7	85,3	81,7
<i>Minimum/Maximum (Jahre)</i>	58/102	67/102	58/99
Dauer des Heimaufenthalts			
Bis 2 Monate	5,5	3,0	8,6
3 bis 5 Monate	8,3	9,0	7,4
6 bis 11 Monate	12,7	13,0	12,3
1 Jahr bis unter 2 Jahre	16,6	17,0	16,0
2 Jahre bis unter 5 Jahre	33,1	30,0	37,0
5 Jahre bis unter 10 Jahre	19,3	22,0	16,0
10 Jahre und mehr	4,4	6,0	2,5
<i>Mittelwerte (Monate)</i>	41,3	46,3	35,2
<i>Minimum/Maximum (Monate)</i>	1/363	1/363	1/244

GESUNDHEITZUSTAND			
Pflegestufe			
Pflegestufe 0	2,2	3,0	1,2
Pflegestufe 1	21,5	31,0	9,9
Pflegestufe 2	50,8	48,0	54,3
Pflegestufe 3	25,4	18,0	34,6
Pflegestufe 3+	-	-	-
Liegt eine Diagnose Demenz vor?			
Ja	75,7	57,0	98,8
Nein	24,3	43,0	1,2
Liegt ein Mini-Mental-Status vor?			
Ja	46,4	37,0	58,0
Nein	53,6	63,0	42,0
Falls ja, ermittelter Mini-Mental-Status			
0 bis 9 Punkte	38,1	2,7	66,0
10 bis 20 Punkte	27,4	29,7	25,5
21 bis 24 Punkte	14,3	24,3	6,4
25 bis 30 Punkte	19,0	43,2	-
Keine Angabe	1,2	-	2,1
<i>Mittelwerte</i>	14,0	22,4	7,2
<i>Minimum/Maximum</i>	0/29	7/29	0/23
Andere psychiatrische Erkrankungen (Mehrfachnennungen)			
Es sind keine bekannt	65,7	67,0	64,2
Depression	16,6	15,0	18,5
Alkoholmissbrauch	6,1	4,0	8,6
Angsterkrankung	5,0	3,0	7,4
Schizophrenie	2,8	3,0	2,5
Medikamentenmissbrauch	1,1	1,0	1,2
Kann nicht beurteilt werden	6,6	10,0	2,5

Das Durchschnittsalter der BW in den integrativen Wohnbereichen ist mit 85,3 Jahren gegenüber 81,7 Jahren in den segregativen höher, ebenso wie in den integrativen die Dauer des Heimaufenthaltes mit durchschnittlich 46,3 Monaten gegenüber 35,2 Monaten in den segregativen Wohnbereichen deutlich länger ist. Das liegt u. a. daran, dass die segregativen Einrichtungen bzw. Wohnbereiche maximal 10 Jahre alt sind.

Der Gesundheitszustand ist bei den BewohnerInnen in den evaluierten segregativen Wohnbereichen schlechter als in den Integrativen. So ist dort nicht nur der Anteil an Demenzkranken fast doppelt so hoch, sondern auch bezüglich des Schweregrads der Demenz sind die Unterschiede gravierend: 65 % schwer Demenzkranke in segregativen Wohnbereichen vs. 22,8 % in integrativen. Diese Unterschiede werden durch den durchschnittlichen Mini-Mental-Status noch unterstrichen, der in den integrativen Wohnbereichen bei 22,4 und in den segregativen bei 7,2 liegt. Dies ist nicht überraschend, da die segregativen Wohnbereiche ein spezielles Versorgungskonzept für demenzkranke Menschen darstellen.

Die Strukturdaten in Bezug auf die MitarbeiterInnen (MA) in den beteiligten Einrichtungen zeigt Tabelle 3.4. Danach arbeiten ca. 2/3 aller MitarbeiterInnen der Einrichtungen in der Pflege. In den untersuchten Wohnbereichen (WB) sind rund 30 % der MitarbeiterInnen examinierte Pflegekräfte, in den segregativen WB sind es sogar 32,6 %, während es in der Mischform nur 27,9 % sind.

Die häufigste Beschäftigungsart ist mit 64,9 % der MA die Teilzeit, diese beträgt unter den MA in der Mischform sogar 76,7 %. Die Anzahl wegen Krankheit fehlender MA in den vorausgegangenen 5 bzw. 12 Monaten betrug im Schnitt 59,4 %, wobei die Spannweite hier sehr groß ist und von 46,1 % der MA in den integrativen WB bis zu 88,4 % in der Mischform reicht. Die durchschnittliche Fehlzeit für diesen Zeitraum beträgt 4,9 %. Hier sind aber die integrativen WB mit 5,4 % besonders stark betroffen, was daran liegt, dass eine chronisch kranke MA über einen sehr langen Zeitraum krank geschrieben war. Die Fluktuation in den WB unterscheidet sich ebenfalls relativ stark: in der Mischform haben rund 20 % der MA den WB verlassen und 16,3 % sind im entsprechenden Zeitraum neu dazu gekommen – in dieser Einrichtung fanden zum Zeitpunkt t0 vielfältige Umstrukturierungen statt, die den hohen Wechselanteil mit erklären. In den integrativen WB dagegen sind es nur 6,6 % der MA, die den WB verlassen haben, und 7,7 % wurden neu eingestellt.

Tab. 3.4 Strukturdaten (2) der evaluierten Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die MitarbeiterInnen zum Messzeitpunkt t0 (Angaben in absoluten Zahlen und in Prozent)

Strukturdaten der evaluierten Einrichtungen (2)	Ge- samt (n=6)	Integra- tiv (n=2)	Segre- gativ (n=3)	Misch- form (n=1)
MitarbeiterInnen insgesamt in der Einrichtung	475	139	238	98
<i>davon in Prozent:</i>				
MitarbeiterInnen in der Pflege	68,4	72,7	68,1	63,3
MitarbeiterInnen in der Verwaltung	4,4	3,6	5,0	4,1
Sonstige Beschäftigte	27,2	23,7	26,9	32,7
MitarbeiterInnen in den untersuchten Wohnbereichen	205	76	86	43
<i>davon in Prozent:</i>				
Ausgebildete/examinierte PflegerInnen	30,7	30,3	32,6	27,9
Angelernte PflegerInnen (einjährig)	8,8	1,3	12,8	14,0
Ungelernte Hilfskräfte (ohne PraktikantInnen/Zivis)	46,8	55,3	41,9	41,9
Sonstige Beschäftigte	13,7	13,2	12,8	16,3
Prozentualer Anteil der vollzeit, teilzeit oder geringfügig beschäftigten MitarbeiterInnen in den untersuchten Wohnbereichen				
Vollzeit Beschäftigte	24,9	28,9	23,3	20,9
Teilzeit Beschäftigte	64,9	63,2	60,5	76,7
Geringfügig Beschäftigte	10,2	7,9	16,3	2,3
Fehlzeiten in den untersuchten Wohnbereichen in den letzten 12 Monaten (Prozentangaben)	4,9	5,4	4,9	4,1
Prozentualer Anteil der MitarbeiterInnen, die in den letzten 12 Monaten die untersuchten Wohnbereiche verlassen haben				
MitarbeiterInnen insgesamt	14,6	6,6	18,6	20,9
Ausgebildete/examinierte PflegerInnen	7,3	2,6	8,1	14,0
Angelernte PflegerInnen (einjährig)	1,5	-	-	7,0
Ungelernte Hilfskräfte (ohne PraktikantInnen/Zivis)	4,4	1,3	9,3	-
Sonstige Beschäftigte	1,5	2,6	1,2	-
Prozentualer Anteil der MitarbeiterInnen, die in den letzten 12 Monaten in den untersuchten Wohnbereichen neu eingestellt wurden				
MitarbeiterInnen insgesamt	11,7	7,9	12,8	16,3
Ausgebildete/examinierte PflegerInnen	3,9	2,6	3,5	7,0
Angelernte PflegerInnen (einjährig)	2,0	-	-	9,3
Ungelernte Hilfskräfte (ohne PraktikantInnen/Zivis)	3,9	4,0	5,8	-
Sonstige Beschäftigte	2,0	1,3	3,5	-

Die soziodemografischen Daten der eigentlichen Stichprobe, also der an der Evaluation beteiligten 84 MitarbeiterInnen, zeigt Tabelle 3.5. Die überwiegende Mehrheit

von fast 93 % der MA sind Frauen, das Durchschnittsalter beträgt 43,6 Jahre und die Berufserfahrung liegt im Mittel bei 11,4 Jahren. Hierin unterscheiden sich die sechs beteiligten Einrichtungen nicht.

Tab. 3.5 Soziodemografische Daten der evaluierten MitarbeiterInnen zum Messzeitpunkt t0 (Angaben in Prozent)

Soziodemografische Daten der evaluierten MitarbeiterInnen	Gesamt (n=84)	Integrativ (n=34)	Segregativ (n=50)
Geschlecht			
Weiblich	92,9	94,1	92,0
Männlich	7,1	5,9	8,0
Alter			
20 bis 29 Jahre	17,9	14,7	20,0
30 bis 39 Jahre	8,3	8,8	8,0
40 bis 49 Jahre	40,5	38,2	42,0
50 bis 59 Jahre	32,1	35,3	30,0
60 Jahre und älter	1,2	2,9	-
<i>Mittelwerte (Jahre) (Minimum/Maximum) (Jahre)</i>	43,6 (22/60)	43,9 (22/60)	43,5 (22/59)
Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Einrichtung?			
Bis 1 Jahr	3,6	-	6,0
Über 1 bis 2 Jahre	13,1	5,9	18,0
Über 2 bis 5 Jahre	20,2	17,6	22,0
Über 5 bis 10 Jahre	35,7	41,2	32,0
Über 10 bis 15 Jahre	9,5	23,5	-
Über 15 Jahre	17,9	11,8	22,0
<i>Mittelwerte (Jahre) (Minimum/Maximum) (Jahre)</i>	8,9 (1/30)	9,4 (2/22)	8,6 (1/30)
Berufserfahrung			
Bis 1 Jahr	1,2	-	2,0
Über 1 bis 2 Jahre	7,1	-	12,0
Über 2 bis 5 Jahre	20,2	23,5	18,0
Über 5 bis 10 Jahre	28,6	26,5	30,0
Über 10 bis 15 Jahre	16,7	29,4	8,0
Über 15 Jahre	26,2	20,6	30,0
<i>Mittelwerte (Jahre) (Minimum/Maximum) (Jahre)</i>	11,4 (1/31)	11,3 (4/25)	11,5 (1/31)
Berufsausbildung (Mehrfachnennungen)			
Examierte AltenpflegerIn	27,4	26,5	28,0
Examierte Gesundheits- und Krankenpflegerin	13,1	14,7	12,0
Angelernte AltenpflegerIn (einjährig)	10,7	11,8	10,0
Ungelernte Hilfskraft	25,0	41,2	14,0
Pflegeassistentin/Präsenzkraft/AlltagsbegleiterIn	16,7	-	28,0
Bin in Ausbildung zur AltenpflegerIn	1,2	-	2,0
Andere Berufsausbildung	6,0	5,9	6,0
Habe Weiter-/Fortbildung für dementiell Erkrankte/bin gerontopsychiatrische Fachkraft (ca. 360 Stunden)	9,5	2,9	14,0
Habe Weiter-/Fortbildung für dementiell Erkrankte/bin gerontopsychiatrische Fachkraft (weniger als 360 Stunden)	7,1	5,9	8,0
Arbeitszeit			
Vollzeit	26,2	29,4	24,0
Teilzeit	73,8	70,6	76,0
Prozentuale Teilzeittätigkeit	66,2	69,2	64,2
Schichtdienst (Mehrfachnennungen)			
Ich arbeite im Zweischichtsystem (Früh- und Spätschicht)	63,1	73,5	56,0

Ich arbeite im Dreischichtsystem (Früh-, Spät- und Nachtschicht)	26,2	11,8	36,0
Ich arbeite im geteilten Dienst	13,1	17,6	10,0
Ich arbeite im Nachtdienst	2,4	-	4,0
Kein Schichtdienst	6,0	5,9	6,0

Die Zugehörigkeit zur Einrichtung liegt im Durchschnitt bei rund 8,9 Jahren, bei den integrativen WB sind es 9,4 Jahre und bei den segregativen WB sind es nur 8,6 Jahre. Hier ist wiederum zu berücksichtigen, dass die segregativen WB maximal 10 Jahre alt sind.

Die Situation bezüglich der Berufsausbildung der evaluierten MA sieht folgendermaßen aus: rund 40 % sind examinierte Fachkräfte, entweder AltenpflegerInnen oder Gesundheits- und Krankenpflegerin, wobei es hier so gut wie keine Unterschiede nach Versorgungskonzept gibt. Aber in den integrativen WB sind 41,2 % ungelernete Hilfskräfte, während es in den segregativen WB nur 14 % sind, dafür sind dort 28 % Präsenzkräfte an der Evaluation beteiligt. Erwartungsgemäß sind in den segregativen WB auch mehr MA mit ca. 360 Stunden Weiter-/Fortbildung für dementiell Erkrankte: 14,0 % vs. 2,9 %, während immerhin 5,9 % der beteiligten MA in integrativen WB angeben, weniger als 360 Stunden einer solchen Weiter-/Fortbildung absolviert zu haben. Rund 3/4 der MA arbeiten Teilzeit, die prozentuale Teilzeit beträgt rund 66 %, wobei es nur geringe Unterschiede in den Versorgungskonzepten gibt. Im Schnitt arbeiten 63,1 % der MA im Zweischichtsystem, in den integrativen WB sind es sogar 73,5 % gegenüber 56,0 % in den segregativen. Im Dreischichtsystem sind es 26,2 % der MA, 11,8 % in den integrativen WB und 36 % in den segregativen.

In Pflegeeinrichtungen werden mehr und mehr Menschen mit Migrationshintergrund eingesetzt. Wie hoch der Anteil dieser Pflegekräfte in Deutschland ist, lässt sich nur schwer abschätzen. Im Bremer Pflegebericht 2009 wurde dieser Frage nachgegangen und es zeigte sich, dass 65 % der Einrichtungen in der stationären und der ambulanten Pflege angeben, Pflegepersonal mit Migrationshintergrund zu beschäftigen, wobei im stationären Bereich der innerbetriebliche Anteil zwischen 5 % und 55 % liegt. In unserer Stichprobe sind es 32,1 % der MA, mit einer Spannweite in den einzelnen Häusern von 8,3 % bis zu 66,7 %. Diese MA schätzen ihre Deutschkenntnisse im Durchschnitt als gut (2,0) ein, aber rund 22 % beurteilen ihre eigenen Deutschkenntnisse nur als mittelmäßig, was zu Kommunikationsproblemen und Missverständnissen im Team führen kann. Der kulturelle Hintergrund prägt außerdem die Einstellung der MitarbeiterInnen bezüglich Altern, Ernährung, Pflege, Krankheit und Tod. Dies alles kann eine Bereicherung für die Arbeit in Pflegeheimen sein, erfordert allerdings eine hohe Flexibilität, die im Altenpflegebereich selten in ausreichendem Maße gegeben ist (Zhang & Long 2006). Es gibt zu dieser Fragestellung kaum Untersuchungen. Jenull et al. (2008) gehen in ihrer österreichischen Untersuchung mit examinierten Pflegekräften davon aus, dass das stärkere Belastungserleben ihrer Wiener Stichprobe gegenüber einer aus Kärnten an der Multikulturalität der Teams in Wien (vgl. Grundböck, Seidl & Walter 2002) liegen könnte.

Die Strukturdaten und die statistischen Daten wurden bei allen drei bzw. vier Messzeitpunkten erhoben, um mögliche, für die Evaluation relevante Veränderungen in den beteiligten Häusern zu erfassen.

4.1.4. Statistische Verfahren

Der Studie lag ein mehrfaktorielles Design mit mehreren Messzeitpunkten zugrunde. Da es sich um eine Längsschnittstudie handelte, die sich über einen längeren Zeitraum erstreckte, trat mit jedem neuen Messzeitpunkt ein gewisser Schwund in den ursprünglichen Stichproben auf. Diese Abnahme des Stichprobenumfangs war erwartet und eingeplant worden. Die Drop-out-Rate von t0 zu t1 beträgt 8,9% von t0 bis t2 26,6%. Da die gleichen Personen mehrfach befragt wurden, bot sich eine Messung aller Effekte als Messwiederholung an. Hierbei können auch kleinere Veränderungen statistisch nachgewiesen werden. Dies impliziert aber den Vergleich jeweils nur zweier Messzeitpunkte, da bei einer Gesamtbetrachtung der Messung zu viele Befragte verloren gehen würden. Je nach Messniveau der Daten wurden folgende Verfahren eingesetzt (jeweils für 'paired groups')

- Intervallskalierte Daten: T-Test
- Ordinalskalierte Daten: Wilcoxon Rangsummen-Test
- Kategoriale Daten: McNemar-Test

Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit festgelegt.

4.2 Ergebnisse

4.2.1. Ergebnisse: Personal

4.2.1.1. Soziodemografische Daten der MA im Vergleich

Tabelle 3.6 zeigt die soziodemografischen Daten der an der Evaluation beteiligten MA zu den Messzeitpunkten t0 und t1 im Vergleich. Sie dienen in erster Linie dazu, relevante Veränderungen in der Stichprobe festzustellen.

Tab. 3.6 Soziodemografische Daten der evaluierten MitarbeiterInnen zu den Messzeitpunkten t0 und t1 im Vergleich (Angaben in Prozent)

Soziodemografische Daten der evaluierten MitarbeiterInnen	t0			t1		
	Gesamt (n=84)	Integrativ (n=34)	Segregativ (n=50)	Gesamt (n=84)	Integrativ (n=34)	Segregativ (n=50)
Geschlecht						
Weiblich	92,9	94,1	92,0	92,9	94,1	92,0
Männlich	7,1	5,9	8,0	7,1	5,9	8,0
Alter						
20 bis 29 Jahre	17,9	14,7	20,0	17,9	14,7	20,0
30 bis 39 Jahre	8,3	8,8	8,0	8,3	8,8	8,0
40 bis 49 Jahre	40,5	38,2	42,0	40,5	38,2	42,0
50 bis 59 Jahre	32,1	35,3	30,0	32,1	35,3	30,0
60 Jahre und älter	1,2	2,9	-	1,2	2,9	-
Mittelwerte (Jahre) (Minimum/Maximum) (Jahre)	43,6 (22/60)	43,9 (22/60)	43,5 (22/59)	43,9 (22/60)	44,1 (22/60)	43,8 (23/59)
Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Einrichtung?						
Bis 1 Jahr	3,6	-	6,0	1,2	-	2,0
Über 1 bis 2 Jahre	13,1	5,9	18,0	9,5	2,9	14,0
Über 2 bis 5 Jahre	20,2	17,6	22,0	19,0	17,6	20,0

Über 5 bis 10 Jahre	35,7	41,2	32,0	40,5	41,2	40,0
Über 10 bis 15 Jahre	9,5	23,5	-	10,7	23,5	2,0
Über 15 Jahre	17,9	11,8	22,0	19,0	14,7	22,0
Mittelwerte (Jahre) (Minimum/Maximum) (Jahre)	8,9 (1/30)	9,4 (2/22)	8,6 (1/30)	9,3 (1/30)	9,8 (2/23)	9,0 (1/30)
Berufserfahrung						
Bis 1 Jahr	1,2	-	2,0	-	-	-
Über 1 bis 2 Jahre	7,1	-	12,0	6,0	-	10,0
Über 2 bis 5 Jahre	20,2	23,5	18,0	13,1	14,7	12,0
Über 5 bis 10 Jahre	28,6	26,5	30,0	35,7	35,3	36,0
Über 10 bis 15 Jahre	16,7	29,4	8,0	16,7	23,5	12,0
Über 15 Jahre	26,2	20,6	30,0	28,6	26,5	30,0
Mittelwerte (Jahre) (Minimum/Maximum) (Jahre)	11,4 (1/31)	11,3 (4/25)	11,5 (1/31)	11,8 (2/31)	11,7 (4/25)	11,9 (2/31)
Berufsausbildung (Mehrfachnennungen)						
Examierte AltenpflegerIn	27,4	26,5	28,0	27,4	26,5	28,0
Examierte Gesundheits- und Krankenpflegerin	13,1	14,7	12,0	13,1	14,7	12,0
Angelernte AltenpflegerIn (einjährig)	10,7	11,8	10,0	10,7	11,8	10,0
Ungelernte Hilfskraft	25,0	41,2	14,0	25,0	41,2	14,0
Pflegeassistentin/Präsenzkraft/AlltagsbegleiterIn	16,7	-	28,0	16,7	-	28,0
Bin in Ausbildung zur AltenpflegerIn	1,2	-	2,0	1,2	-	2,0
Andere Berufsausbildung	6,0	5,9	6,0	6,0	5,9	6,0
Arbeitszeit						
Vollzeit	26,2	29,4	24,0	27,4	32,4	24,0
Teilzeit	73,8	70,6	76,0	72,6	67,6	76,0
Prozentuale Teilzeittätigkeit	66,2	69,2	64,2	67,7	68,7	67,0
Schichtdienst (Mehrfachnennungen)						
Ich arbeite im Zweischichtsystem (Früh- und Spätschicht)	63,1	73,5	56,0	64,3	79,4	54,0
Ich arbeite im Dreischichtsystem (Früh-, Spät- und Nachtschicht)	26,2	11,8	36,0	23,8	5,9	36,0
Ich arbeite im geteilten Dienst	13,1	17,6	10,0	4,8	5,9	4,0
Ich arbeite im Nachtdienst	2,4	-	4,0	4,8	5,9	4,0
Kein Schichtdienst	6,0	5,9	6,0	7,1	11,8	4,0

Bis auf kleine Veränderungen in der Beschäftigungsart – die Vollzeitbeschäftigung nimmt bei t1 minimal zu, ebenso wie das Zweischichtsystem und kein Schichtdienst, während das Dreischichtsystem abnimmt – entsprechen die Daten den Erwartungen.

4.2.1.2. Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle / dem Beruf

Die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der momentanen Arbeitsstelle und dem Beruf zeigen die Tabellen 3.7 und 3.8. Die Arbeitszufriedenheit liegt bei einem Mittelwert von 3,69 bei t0 (bei einer 5er Skala von „1 = sehr unzufrieden“ bis „5 = sehr zufrieden“) im oberen Bereich.

Tab. 3.7 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der Arbeits- und Berufszufriedenheit (Mittelwerte einer fünfstufigen Skala von „1 = sehr unzufrieden“ bis „5 = sehr zufrieden“, Standardabweichungen in Klammern)

Arbeits- und Berufszufriedenheit	Interventionsgruppe (n=84)			Nachhaltigkeit (n=69)		Kontrollgruppe (n=42)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Zufriedenheit mit derzeitiger Arbeitsstelle	3,69 (0,08)	3,81 (0,08)	n.s.	3,81 (0,08)	n.s.	3,71 (0,1)	3,81 (0,1)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,82 (0,12)	4,03 (0,12)	n.s.	3,94 (0,12)	n.s.	3,86 (0,14)	3,81 (0,14)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,60 (0,11)	3,66 (0,11)	n.s.	3,71 (0,11)	n.s.	3,57 (0,15)	3,81 (0,15)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,72 (0,11)	3,98 (0,11)	0.009* *	3,87 (0,10)	n.s.	3,71 (0,15)	3,76 (0,15)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,66 (0,12)	3,63 (0,12)	n.s.	3,75 (0,13)	n.s.	3,71 (0,14)	3,86 (0,14)	n.s.
Zufriedenheit mit Beruf	3,95 (0,08)	3,99 (0,08)	n.s.	3,99 (0,09)	n.s.	4,02 (0,11)	4,00 (0,11)	n.s.
Integrativ (n=34)	4,09 (0,11)	4,15 (0,11)	n.s.	4,10 (0,12)	n.s.	4,10 (0,11)	3,91 (0,11)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,86 (0,11)	3,88 (0,11)	n.s.	3,74 (0,11)	n.s.	3,95 (0,19)	4,10 (0,19)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	4,05 (0,12)	4,12 (0,12)	n.s.	3,92 (0,13)	n.s.	4,00 (0,17)	4,05 (0,17)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,85 (0,11)	3,85 (0,11)	n.s.	3,68 (0,12)	n.s.	4,05 (0,15)	3,95 (0,15)	n.s.

In einer aktuellen WSI-Studie der Hans-Böckler-Stiftung (Bispinck et al. 2012) zum Thema Arbeit in Pflegeberufen zeigten sich die Pflegekräfte im Durchschnitt mit 3,25 weniger zufrieden mit der Arbeit als alle Beschäftigten mit einem Durchschnittswert von 3,44. Im Vergleich dazu liegt der Durchschnittswert unserer Stichprobe mit 3,69 deutlich höher.

Durch die Intervention nimmt sowohl die Arbeits- als auch die Berufszufriedenheit moderat zu, aber nicht signifikant, und zwar weder bei der direkten Frage nach der Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle bzw. mit dem Beruf, noch bei der Frage nach den Wechselabsichten bzw. danach, ob man die eigene Einrichtung Verwandten oder Freunden empfehlen würde. Differenziert man nach Versorgungskonzept und nach der Qualifikation der MA, so nimmt bei den qualifizierten MA die Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle aber hochsignifikant zu. Ebenso steigt die Empfehlungsbereitschaft bei den MA in den integrativen WB signifikant an (Abbildung 3.4).

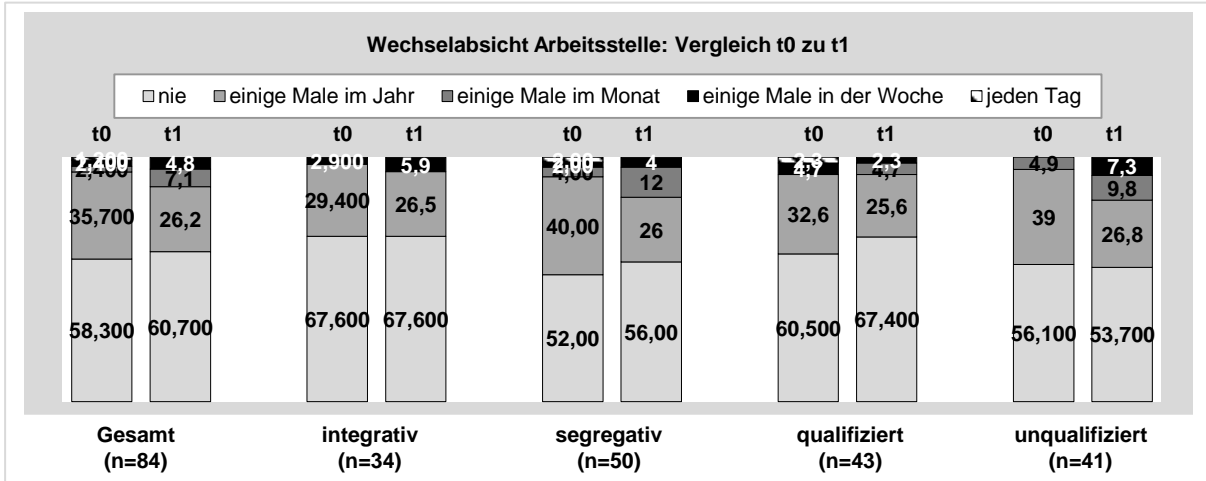


Abb. 3.2 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der Wechselabsicht „Arbeitsstelle“ (Angaben in Prozent)

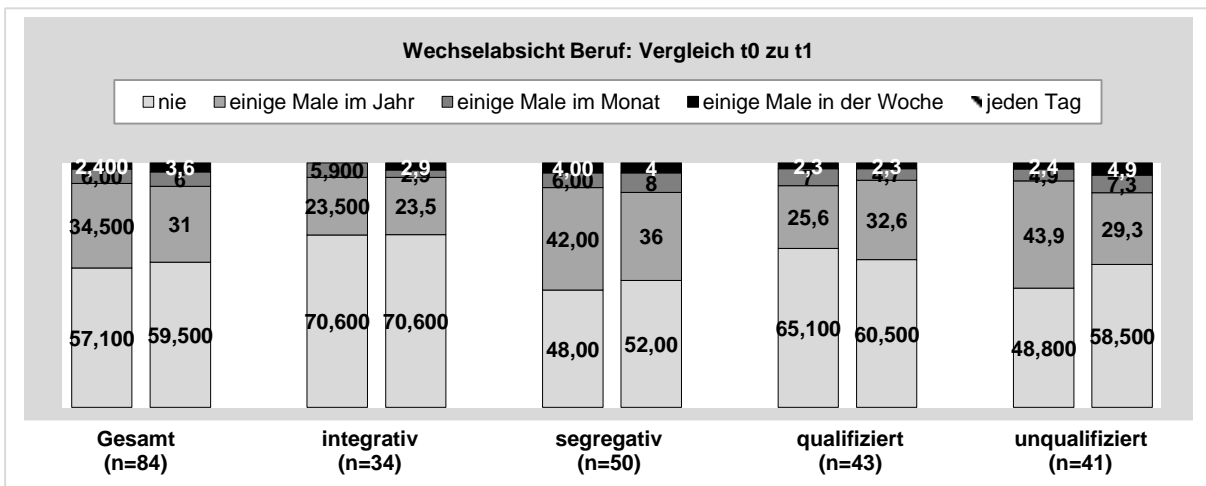


Abb. 3.3 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der Wechselabsicht „Beruf“ (Angaben in Prozent)

Abbildungen 3.2 und 3.3 geben die Häufigkeiten der Nennungen an, mit der die MA einen Arbeitsstellen- bzw. Berufswechsel in den letzten 5 bzw. 12 Monaten in Erwägung gezogen haben. In beiden Fällen ergaben die Wilcoxon Rangsummen-Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen t0 und t1. Aber auch bei dieser Frage sind die Ausgangswerte vergleichsweise gut, so dass keine großen Effekte zu erwarten sind. Im Vergleich dazu geben Simon et al. (2005) den Anteil derjenigen, die häufig (einige Male pro Monat oder häufiger) an den Berufsausstieg denken, in den Alten- / Pflegeheimen der Next-Studie mit 16 % an (im vorliegenden Fall sind es 8,4 % bei t0 und 9,6 % bei t1), und der Anteil, der die Einrichtung wechseln möchte, beträgt bei ihnen 25 % (bei uns 6,0 % bei t0 und 11,9 % bei t1). Auch wenn sich in beiden vorliegenden Fällen eine geringfügige Verschlechterung ergibt, so sind die Zahlen im Vergleich zur Next-Studie doch sehr positiv zu bewerten.

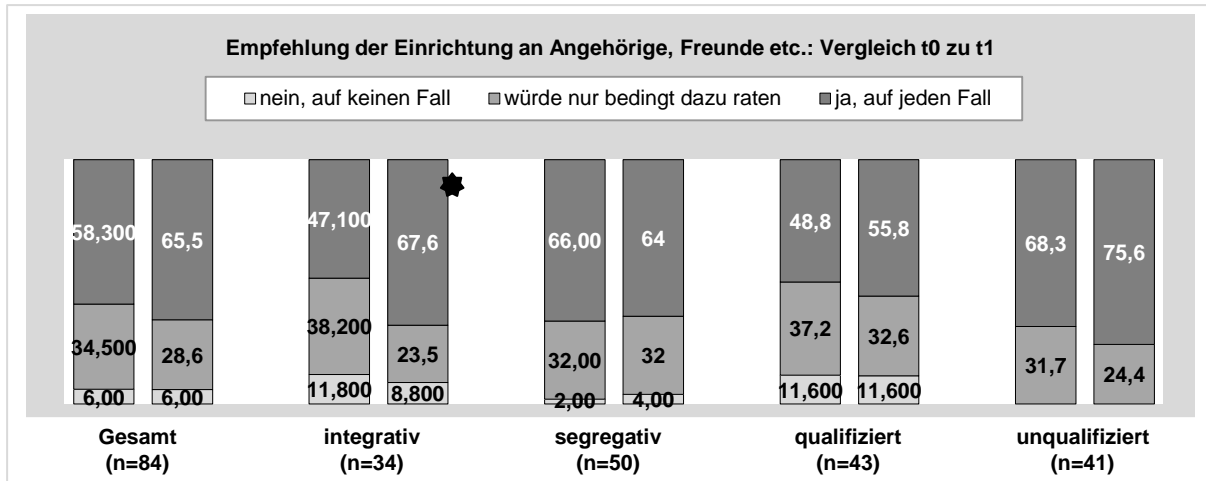


Abb. 3.4 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der Empfehlungsabsicht (Angaben in Prozent)

Einen weiteren Zugang zu dieser Fragestellung liefern die vier Items zur Entwicklung der Pflegeeinrichtung im vergangenen Jahr von Glaser & Hornung (2008). Die Entwicklung der Pflegeeinrichtung wird bei t1 signifikant besser beurteilt als bei t0. Besonders in den integrativen Einrichtungen sehen die MA das Haus auf einem guten Weg (hochsignifikant), und es sind die qualifizierten MA, die signifikant besser beurteilen.

Tab. 3.8 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der Entwicklung der Einrichtung im vergangenen Jahr (Mittelwerte einer fünfstufigen Skala von „1 = nein, gar nicht“ bis „5 = ja, genau“, Standardabweichungen in Klammern)

Zusatz Glaser & Hornung	Interventionsgruppe (n=84)			Nachhaltigkeit (n=69)		Kontrollgruppe (n=42)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Beurteilung der Entwicklung der Pflegeeinrichtung	3,48 (0,08)	3,66 (0,08)	0.0152 *	3,65 (0,1)	n.s.	3,78 (0,09)	3,62 (0,09)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,64 (0,10)	3,91 (0,10)	0.0035 **	3,72 (0,10)	n.s.	3,77 (0,12)	3,67 (0,12)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,37 (0,12)	3,48 (0,12)	n.s.	3,54 (0,13)	n.s.	3,79 (0,15)	3,57 (0,15)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,42 (0,13)	3,67 (0,13)	0.0276 *	3,65 (0,13)	n.s.	3,68 (0,13)	3,56 (0,13)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,53 (0,11)	3,64 (0,11)	n.s.	3,64 (0,12)	n.s.	3,88 (0,14)	3,68 (0,14)	n.s.

Diese Ergebnisse bedeuten, dass die erste Hypothese, wonach die Arbeits- und Berufszufriedenheit durch die Intervention insgesamt zunehmen soll, nicht bestätigt werden kann. Ausgehend von den vergleichsweise hohen Ausgangswerten von t0 sind die Ergebnisse aber zufriedenstellend. Rundum erfreulich sind dagegen die Ergebnisse bezüglich der Einschätzung der Entwicklung der Pflegeeinrichtungen, die sich z. T. hochsignifikant verbessert.

4.2.1.3. Wahrnehmung der arbeitsbezogenen Ressourcen und Stressoren, einschließlich des sozialen Klimas

Beim „Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für Altenpflege“ (TAA) verbesserte sich die Wahrnehmung folgender arbeitsbezogener Ressourcen durch die Intervention hochsignifikant: „Tätigkeitsspielraum“ (bei beiden Versorgungskonzepten signifikant, bei den qualifizierten MA hochsignifikant), „Personelle Ressourcen“ (bei beiden Versorgungskonzepten und den qualifizierten MA hochsignifikant, bei den unqualifizierten MA signifikant) und „Kooperation: extern“ (hochsignifikant bei den segregativen WB und signifikant bei den unqualifizierten MA). Signifikante Verbesserungen zeigen sich bei „Materielle Ressourcen“, „Soziales Klima“ und „Kooperation: intern“ (Tabelle 3.9). Die „Partizipationschancen“ werden in den segregativen WB nach der Intervention signifikant besser eingeschätzt. Bei den beiden Subskalen „Transparenz pflegerischer Arbeit“ und „Personelle Ressourcen“ verschlechtert sich allerdings die Wahrnehmung bei t2 wiederum signifikant. Bei einigen Subskalen verschlechtern sich die Werte bei den Wartekontrollgruppen signifikant. Dies ist nur schwer zu interpretieren, da wir keine Kenntnisse darüber haben, was in dem Zeitraum in den Einrichtungen im Detail passierte. Bei zwei der vier Wartekontrollgruppen ist bekannt, dass tiefgreifende Veränderungen stattfanden, die durchaus Irritationen hervorrufen konnten. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass allein das Wissen darüber, dass man an einer Untersuchung teilnimmt, den Blick auf den Alltag schärft und man zu kritischen Beurteilungen gelangt.

Tab. 3.9 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der Ressourcen des „TAA“ (Mittelwerte einer fünfstufigen Skala von „1 = nein, gar nicht“ bis „5 = ja, genau“, Standardabweichungen in Klammern)

Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für Altenpflege (TAA)	Interventionsgruppe (n=84)			Nachhaltigkeit (n=69)		Kontrollgruppe (n=42)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
RESSOURCEN								
Transparenz pflegerischer Aufgaben	4,51 (0,05)	4,51 (0,05)	n.s.	4,39 (0,06)	0.0189*	4,67 (0,07)	4,53 (0,07)	n.s.
Integrativ (n=34)	4,52 (0,09)	4,57 (0,08)	n.s.	4,36 (0,11)	0.0057**	4,64 (0,11)	4,32 (0,10)	0.0189*
Segregativ (n=50)	4,51 (0,07)	4,47 (0,07)	n.s.	4,42 (0,09)	n.s.	4,71 (0,07)	4,73 (0,07)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	4,51 (0,08)	4,61 (0,08)	n.s.	4,42 (0,08)	0.0099**	4,78 (0,09)	4,47 (0,09)	0.0154*
Unqualifizierte MA (n=41)	4,51 (0,08)	4,42 (0,08)	n.s.	4,35 (0,09)	n.s.	4,57 (0,10)	4,59 (0,10)	n.s.
Transparenz der Aufgaben der Einrichtung	3,62 (0,08)	3,67 (0,08)	n.s.	3,564 (0,09)	n.s.	3,67 (0,11)	3,70 (0,11)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,68 (0,12)	3,83 (0,12)	n.s.	3,67 (0,13)	n.s.	3,62 (0,13)	3,61 (0,13)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,57 (0,11)	3,55 (0,11)	n.s.	3,61 (0,12)	n.s.	3,71 (0,17)	3,79 (0,17)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,77 (0,13)	3,83 (0,13)	n.s.	3,71 (0,13)	n.s.	3,84 (0,16)	3,84 (0,16)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,46 (0,10)	3,50 (0,10)	n.s.	3,56 (0,12)	n.s.	3,49 (0,15)	3,56 (0,15)	n.s.
Rechtliche Transparenz	3,94 (0,07)	3,89 (0,07)	n.s.	3,93 (0,07)	n.s.	4,08 (0,10)	4,00 (0,10)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,89 (0,11)	3,78 (0,11)	n.s.	3,79 (0,11)	n.s.	4,02 (0,14)	3,73 (0,14)	n.s.
Segregativ (n=50)	4,00 (0,10)	4,00 (0,10)	n.s.	4,06 (0,06)	n.s.	4,14 (0,14)	4,25 (0,14)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	4,09 (0,10)	3,99 (0,10)	n.s.	4,08 (0,10)	n.s.	4,24 (0,14)	4,10 (0,14)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,77 (0,09)	3,79 (0,09)	n.s.	3,77 (0,10)	n.s.	3,92 (0,15)	3,91 (0,15)	n.s.
Vorgesetztenfeedback	3,63	3,58	n.s.	3,64	n.s.	3,85	3,87	n.s.

	(0,11)	(0,11)		(0,2)		(0,14)	(0,14)	
Integrativ (n=34)	3,78 (0,16)	3,81 (0,16)	n.s.	3,65 (0,15)	n.s.	4,02 (0,17)	3,78 (0,17)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,54 (0,14)	3,43 (0,14)	n.s.	3,63 (0,16)	n.s.	3,67 (0,23)	3,95 (0,23)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,67 (0,16)	3,73 (0,16)	n.s.	3,74 (0,16)	n.s.	3,83 (0,22)	3,76 (0,22)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,61 (0,14)	3,42 (0,14)	n.s.	3,52 (0,15)	n.s.	3,86 (0,19)	3,98 (0,19)	n.s.
Tätigkeitsspielraum	3,41 (0,08)	3,60 (0,08)	0.0012**	3,65 (0,08)	n.s.	3,48 (0,11)	3,40 (0,11)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,71 (0,10)	3,89 (0,10)	0.0500*	3,881 (0,10)	n.s.	3,82 (0,13)	3,60 (0,13)	0.0494*
Segregativ (n=50)	3,21 (0,10)	3,40 (0,10)	0.0110*	3,53 (0,11)	n.s.	3,15 (0,15)	3,20 (0,15)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,58 (0,10)	3,80 (0,10)	0.0078**	3,78 (0,10)	n.s.	3,64 (0,13)	3,62 (0,13)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,23 (0,11)	3,39 (0,11)	n.s.	3,50 (0,11)	n.s.	3,33 (0,16)	3,18 (0,16)	n.s.
Partizipationschancen	2,89 (0,08)	2,96 (0,08)	n.s.	2,91 (0,09)	n.s.	3,07 (0,11)	3,01 (0,11)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,08 (0,14)	2,96 (0,14)	n.s.	3,00 (0,13)	n.s.	3,06 (0,17)	3,02 (0,17)	n.s.
Segregativ (n=50)	2,76 (0,10)	3,00 (0,10)	0.0341*	2,84 (0,12)	n.s.	3,09 (0,15)	3,00 (0,15)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,00 (0,13)	3,15 (0,13)	n.s.	3,09 (0,13)	n.s.	2,92 (0,13)	2,83 (0,13)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,77 (0,09)	2,76 (0,09)	n.s.	2,71 (0,2)	n.s.	4,00 (1,3)	3,43 (1,3)	n.s.
Personelle Ressourcen	3,26 (0,10)	3,65 (0,10)	0.0002**	3,34 (0,11)	0.0179*	3,75 (0,13)	3,55 (0,13)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,35 (0,14)	3,75 (0,14)	0.0082**	3,47 (0,14)	n.s.	3,83 (0,18)	3,45 (0,18)	0.0496*
Segregativ (n=50)	3,2 (0,14)	3,58 (0,14)	0.0068**	3,24 (0,17)	n.s.	3,67 (0,20)	3,64 (0,20)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,30 (0,15)	3,76 (0,15)	0.0016**	3,47 (0,18)	n.s.	3,95 (0,19)	3,52 (0,19)	0.0381*
Unqualifizierte MA (n=41)	3,22 (0,13)	3,54 (0,13)	0.0332*	3,19 (0,13)	0.0263*	3,55 (0,19)	3,57 (0,19)	n.s.
Räumliche Ressourcen	3,54 (0,09)	3,42 (0,09)	n.s.	3,31 (0,10)	n.s.	3,69 (0,12)	3,31 (0,12)	0.0005**
Integrativ (n=34)	3,50 (0,13)	3,53 (0,13)	n.s.	3,23 (0,14)	n.s.	3,81 (0,16)	3,43 (0,16)	0.0231*
Segregativ (n=50)	3,36 (0,14)	3,55 (0,14)	n.s.	3,37 (0,15)	n.s.	3,57 (0,19)	3,19 (0,19)	0.0104*
Qualifizierte MA (n=43)	3,37 (0,14)	3,47 (0,14)	n.s.	3,12 (0,15)	n.s.	3,75 (0,17)	3,20 (0,17)	0.0014**
Unqualifizierte MA (n=41)	3,47 (0,13)	3,62 (0,13)	n.s.	3,47 (0,13)	n.s.	3,64 (0,17)	3,43 (0,17)	n.s.
Materielle Ressourcen	3,74 (0,07)	3,93 (0,07)	0.0138*	3,76 (0,08)	n.s.	3,97 (0,08)	3,79 (0,08)	0.0431*
Integrativ (n=34)	3,76 (0,11)	3,94 (0,11)	n.s.	3,73 (0,12)	n.s.	3,86 (0,11)	3,62 (0,11)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,73 (0,10)	3,92 (0,10)	0.0454*	3,78 (0,10)	n.s.	4,08 (0,11)	3,95 (0,11)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,66 (0,11)	4,05 (0,11)	0.0004**	3,97 (0,11)	n.s.	4,06 (0,12)	3,76 (0,12)	0.0382*
Unqualifizierte MA (n=41)	3,83 (0,09)	3,81 (0,09)	n.s.	3,51 (0,10)	0.0244*	3,87 (0,11)	3,81 (0,11)	n.s.

Soziales Klima	3,52 (0,07)	3,64 (0,07)	0.0226*	3,68 (0,07)	n.s.	3,79 (0,10)	3,65 (0,10)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,61 (0,12)	3,77 (0,12)	n.s.	3,76 (0,12)	n.s.	3,82 (0,16)	3,69 (0,16)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,45 (0,08)	3,55 (0,08)	n.s.	3,61 (0,08)	n.s.	3,75 (0,13)	3,61 (0,13)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,52 (0,09)	3,68 (0,09)	0.0397*	3,68 (0,09)	n.s.	3,81 (0,14)	3,58 (0,14)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,51 (0,09)	3,59 (0,09)	n.s.	3,61 (0,1)	n.s.	3,76 (0,14)	3,72 (0,14)	n.s.
Kooperation: intern	3,71 (0,06)	3,86 (0,06)	0.0128*	3,781 (0,06)	n.s.	3,89 (0,09)	3,73 (0,09)	0.0150*
Integrativ (n=34)	3,83 (0,10)	3,97 (0,10)	n.s.	3,93 (0,11)	n.s.	3,92 (0,12)	3,80 (0,12)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,64 (0,07)	3,78 (0,07)	0.0384*	3,71 (0,08)	n.s.	3,86 (0,13)	3,66 (0,13)	0.0253*
Qualifizierte MA (n=43)	3,75 (0,08)	3,91 (0,08)	0.0500*	3,83 (0,09)	n.s.	3,90 (0,09)	3,74 (0,09)	0.0467*
Unqualifizierte MA (n=41)	3,68 (0,09)	3,81 (0,09)	n.s.	3,78 (0,10)	n.s.	3,87 (0,15)	3,72 (0,15)	n.s.
Kooperation: extern	3,72 (0,06)	3,87 (0,06)	0.0047**	3,81 (0,06)	n.s.	3,74 (0,09)	3,73 (0,09)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,60 (0,10)	3,74 (0,10)	n.s.	3,70 (0,10)	n.s.	3,60 (0,13)	3,64 (0,13)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,80 (0,07)	3,96 (0,07)	0.0060**	3,90 (0,08)	n.s.	3,88 (0,12)	3,83 (0,12)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,79 (0,08)	3,89 (0,08)	n.s.	3,79 (0,09)	n.s.	3,73 (0,13)	3,75 (0,13)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,64 (0,08)	3,84 (0,08)	0.0189*	3,83 (0,08)	n.s.	3,75 (0,14)	3,73 (0,14)	n.s.

Die Ergebnisse bezüglich der wahrgenommenen arbeitsbezogenen Stressoren zeigt Tabelle 3.10. Demnach verbessern sich die Werte von t0 zu t1 in allen Subskalen. Von 9 Subskalen verbessern sich fünf signifikant und vier hochsignifikant.

Tab. 3.10 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der Stressoren des „TAA“ (Mittelwerte einer fünfstufigen Skala von „1 = nein, gar nicht“ bis „5 = ja, genau“, Standardabweichungen in Klammern)

Tätigkeits- und Arbeitsanaly- severfahren für Altenpflege (TAA)	Interventionsgruppe (n=84)			Nachhaltigkeit (n=69)		Kontrollgruppe (n=42)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
STRESSOREN								
Organisationale Stressoren	2,86 (0,07)	2,67 (0,07)	0.0095**	2,70 (0,07)	n.s.	2,68 (0,10)	2,77 (0,10)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,65 (0,10)	2,41 (0,10)	0.0091**	2,67 (0,10)	0.0413*	2,52 (0,13)	2,52 (0,13)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,00 (0,09)	2,85 (0,09)	n.s.	2,72 (0,1)	n.s.	2,84 (0,14)	3,02 (0,14)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,82 (0,09)	2,71 (0,09)	n.s.	2,74 (0,10)	n.s.	2,62 (0,12)	2,75 (0,12)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,89 (0,10)	2,64 (0,10)	0.0076**	2,65 (0,10)	n.s.	2,75 (0,16)	2,78 (0,16)	n.s.
Soziale Stressoren	2,38 (0,06)	2,25 (0,06)	0.0171*	2,30 (0,06)	n.s.	2,33 (0,08)	2,23 (0,08)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,10 (0,08)	2,03 (0,08)	n.s.	2,23 (0,09)	n.s.	2,19 (0,12)	2,06 (0,12)	n.s.
Segregativ (n=50)	2,57 (0,08)	2,40 (0,08)	0.0336*	2,35 (0,08)	n.s.	2,46 (0,12)	2,39 (0,12)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,34 (0,09)	2,26 (0,09)	n.s.	2,34 (0,09)	n.s.	2,29 (0,12)	2,18 (0,12)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,41 (0,09)	2,24 (0,09)	0.0386*	2,25 (0,09)	n.s.	2,37 (0,12)	2,27 (0,12)	n.s.

Bewohnerbezogene Stressoren	3,10 (0,08)	2,86 (0,08)	0.0016**	2,91 (0,08)	n.s.	3,00 (0,10)	3,13 (0,10)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,07 (0,10)	2,65 (0,10)	0.0001**	2,99 (0,10)	0.0001**	3,09 (0,12)	3,20 (0,12)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,11 (0,12)	3,01 (0,12)	n.s.	2,84 (0,12)	n.s.	2,89 (0,17)	3,07 (0,17)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,05 (0,12)	2,76 (0,12)	0.0056**	2,90 (0,12)	n.s.	3,00 (0,14)	3,01 (0,14)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,15 (0,11)	2,97 (0,11)	n.s.	2,92 (0,11)	n.s.	2,98 (0,16)	3,26 (0,16)	n.s.
Zeitdruck	3,08 (0,08)	2,88 (0,08)	0.0085**	2,91 (0,08)	n.s.	2,84 (0,11)	2,86 (0,11)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,93 (0,12)	2,72 (0,12)	0.0384*	2,96 (0,10)	0.0402*	3,01 (0,15)	2,96 (0,15)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,18 (0,11)	3,00 (0,11)	n.s.	2,87 (0,12)	n.s.	2,67 (0,15)	2,76 (0,15)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,12 (0,12)	2,87 (0,12)	0.0117**	3,00 (0,12)	n.s.	2,84 (0,14)	2,86 (0,14)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,04 (0,11)	2,90 (0,11)	n.s.	2,81 (0,10)	n.s.	2,84 (0,16)	2,87 (0,16)	n.s.
Widersprüchliche Aufträge	2,58 (0,08)	2,43 (0,08)	0.0412*	2,35 (0,07)	n.s.	2,44 (0,10)	2,40 (0,10)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,46 (0,12)	2,32 (0,12)	n.s.	2,37 (0,09)	n.s.	2,42 (0,14)	2,44 (0,14)	n.s.
Segregativ (n=50)	2,67 (0,11)	2,51 (0,11)	n.s.	2,37 (0,11)	n.s.	2,46 (0,14)	2,36 (0,14)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,63 (0,11)	2,33 (0,11)	0.0009**	2,40 (0,10)	n.s.	2,37 (0,14)	2,39 (0,14)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,54 (0,11)	2,54 (0,11)	n.s.	2,33 (0,11)	n.s.	2,51 (0,14)	2,41 (0,14)	n.s.
Informationsdefizit	2,63 (0,07)	2,48 (0,07)	0.0462*	2,38 (0,07)	n.s.	2,57 (0,09)	2,47 (0,09)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,55 (0,12)	2,39 (0,12)	n.s.	2,55 (0,09)	n.s.	2,57 (0,15)	2,57 (0,15)	n.s.
Segregativ (n=50)	2,68 (0,1)	2,55 (0,1)	n.s.	2,50 (0,11)	n.s.	2,57 (0,11)	2,41 (0,11)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,54 (0,10)	2,40 (0,10)	n.s.	2,32 (0,10)	n.s.	2,44 (0,13)	2,41 (0,13)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,72 (0,10)	2,58 (0,10)	n.s.	2,45 (0,11)	n.s.	2,70 (0,14)	2,52 (0,14)	n.s.
Arbeitsunterbrechungen	3,18 (0,09)	2,97 (0,09)	0.0090**	2,90 (0,10)	n.s.	3,05 (0,20)	3,13 (0,20)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,14 (0,15)	2,94 (0,15)	n.s.	2,89 (0,15)	n.s.	2,29 (0,09)	2,46 (0,2)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,21 (0,12)	2,99 (0,12)	n.s.	2,91 (0,13)	n.s.	2,68 (0,13)	2,75 (0,13)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,42 (0,13)	3,30 (0,13)	n.s.	3,22 (0,13)	n.s.	3,08 (0,17)	3,14 (0,17)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,93 (0,12)	2,63 (0,12)	0.0068**	2,54 (0,10)	n.s.	2,64 (0,17)	2,73 (0,17)	n.s.
Qualitätseinbußen	2,60 (0,08)	2,30 (0,08)	0.0001**	2,36 (0,08)	n.s.	2,47 (0,12)	2,40 (0,12)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,66 (0,13)	2,29 (0,13)	0.0058**	2,41 (0,13)	n.s.	2,71 (0,18)	2,68 (0,18)	n.s.
Segregativ (n=50)	2,54 (0,11)	2,29 (0,11)	0.0034**	2,33 (0,11)	n.s.	2,22 (0,15)	2,11 (0,15)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,62 (0,13)	2,27 (0,13)	0.0016**	2,41 (0,12)	n.s.	2,33 (0,18)	2,41 (0,18)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,56 (0,11)	2,31 (0,11)	0.0125*	2,30 (0,12)	n.s.	2,60 (0,17)	2,38 (0,17)	n.s.
Zusatzaufwand	2,89 (0,08)	2,67 (0,08)	0.0082**	2,67 (0,08)	n.s.	2,69 (0,12)	2,77 (0,12)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,71 (0,12)	2,52 (0,12)	0.0291*	2,67 (0,11)	n.s.	2,76 (0,16)	2,77 (0,16)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,01 (0,11)	2,83 (0,11)	n.s.	2,67 (0,12)	n.s.	2,61 (0,17)	2,77 (0,17)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,91 (0,13)	2,74 (0,13)	n.s.	2,72 (0,12)	n.s.	2,54 (0,13)	2,70 (0,13)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,86 (0,11)	2,65 (0,11)	0.0368*	2,60 (0,11)	n.s.	2,83 (0,19)	2,85 (0,19)	n.s.

ZUSATZ GLASER & HOR- NUNG								
Selbstwirksamkeit	3,97 (0,06)	4,11 (0,06)	0.0384*	4,04 (0,05)	n.s.	4,04 (0,10)	3,92 (0,10)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,66 (0,09)	4,15 (0,09)	0.0001**	3,85 (0,08)	0.0131*	3,93 (0,12)	3,55 (0,12)	0.0191*
Segregativ (n=50)	4,18 (0,07)	4,07 (0,07)	n.s.	4,18 (0,7)	n.s.	4,16 (0,14)	4,29 (0,14)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,95 (0,08)	4,18 (0,08)	0.0157*	4,03 (0,07)	n.s.	4,01 (0,14)	3,79 (0,14)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,99 (0,08)	4,03 (0,08)	n.s.	4,05 (0,08)	n.s.	4,08 (0,14)	4,05 (0,14)	n.s.
Belastung durch BW	2,68 (0,07)	2,47 (0,07)	0.0004**	2,60 (0,1)	0.0013**	2,56 (0,10)	2,62 (0,10)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,85 (0,10)	2,46 (0,10)	0.0004**	2,77 (0,09)	0.0012**	2,71 (0,11)	2,86 (0,11)	n.s.
Segregativ (n=50)	2,57 (0,09)	2,47 (0,09)	n.s.	2,47 (0,09)	n.s.	2,40 (0,15)	2,38 (0,15)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,66 (0,10)	2,42 (0,10)	0.0086**	2,64 (0,10)	0.0135*	2,49 (0,15)	2,64 (0,15)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,70 (0,09)	2,52 (0,09)	0.0184*	2,56 (0,08)	n.s.	2,62 (0,13)	2,60 (0,13)	n.s.

Besonders hervorzuheben ist die Reduktion bewohnerbezogener Stressoren, insbesondere bei den integrativen Einrichtungen und bei den qualifizierten MA. Diese Ergebnisse werden durch die Effekte bei der Zusatzskala von Glaser & Hornung bestätigt, wonach die Belastung durch die BewohnerInnen von t0 zu t1 hochsignifikant abnimmt und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Beziehung zu den BW im gleichen Zeitraum signifikant zunimmt, in den integrativen Einrichtungen sogar hochsignifikant. Diese Effekte sind für uns besonders bedeutsam, widerspiegeln sie doch die Wirksamkeit der demenzspezifischen Intervention bei der in anderen Studien häufig gefundenen besonderen Belastung des Altenpflegepersonals durch die BW mit Demenz, die die MA immer wieder beklagen. Diese positiven Effekte sind nahezu alle auch noch nach fünf Monaten, also bei t2, vorhanden und das bedeutet, die Intervention bewirkt erfreulicherweise eine nachhaltige Stressreduktion.

Die Hypothesen 2 und 2a, wonach sich die Wahrnehmung des sozialen Klimas und der arbeitsbezogenen Ressourcen und Stressoren verbessert, die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der MA sich erhöht und die wahrgenommene Belastung durch die BW sich reduziert, können bestätigt werden.

4.2.1.4. Arbeitsbewältigungsfähigkeit (WAI)

Der Arbeitsfähigkeitsindex verbessert sich geringfügig von 38,12 bei t0 auf 38,58 bei t1 (Tabelle 3.11). Er steigert sich dann in den nächsten fünf Monaten bis zu t2 auf 38,90. Damit liegen die MA unserer Stichprobe über denen der Next-Studie (2005), die bei n = 498 MA in Altenpflegeheimen einen Mittelwert von 36,4 fanden. Die guten Mittelwerte des WAI sollen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass zum Messzeitpunkt t0 31,0 % nur einen mittelmäßigen und 3,6 % sogar einen schlechten Gesundheitsindex aufweisen. Letztgenannte sind alle aus segregativen Einrichtungen. Diese Werte verbessern sich bei t1 auf 22,6 % mit mittelmäßigem Gesundheitsindex, allerdings erhöht sich der Anteil an MA mit schlechtem Gesundheitsindex auf 4,8 %.

Bemerkenswert ist die signifikante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von t0 zu t1 bei den qualifizierten MA, die sich dann allerdings bei t2 wieder signifikant verschlechtert, wie auch andererseits die signifikante Verschlechterung der Werte von t0 zu t1 bei den unqualifizierten MA.

Tab. 3.11 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der „Arbeitsbewältigungsfähigkeit“ (WAI) (Mittelwerte, Standardabweichungen in Klammern)

Arbeitsbewältigungsfähigkeit (WAI)	Interventionsgruppe (n=84)			Nachhaltigkeit (n=69)		Kontrollgruppe (n=42)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Gesamtwert („7 = völlige Arbeitsunfähigkeit“ bis „49 = optimale Arbeitsfähigkeit“)	38,12 (0,63)	38,58 (0,63)	n.s.	38,90 (0,62)	n.s.	38,55 (0,78)	38,26 (0,78)	n.s.
Integrativ (n=34)	40,03 (0,83)	39,91 (0,83)	n.s.	39,39 (0,86)	n.s.	38,81 (1,29)	39,19 (1,29)	n.s.
Segregativ (n=50)	36,98 (0,87)	37,60 (0,87)	n.s.	38,50 (0,88)	n.s.	38,29 (0,88)	37,33 (0,88)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	37,35 (0,76)	39,47 (0,76)	0.0018**	38,70 (0,79)	n.s.	37,52 (1,11)	36,95 (1,11)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	39,02 (1,01)	37,66 (1,01)	n.s.	39,12 (0,97)	n.s.	39,57 (1,06)	39,57 (1,06)	n.s.
Arbeitsfähigkeit (10er Skala: „10 = derzeit beste Arbeitsfähigkeit“ bis „0 = derzeit arbeitsunfähig“)	7,77 (0,17)	7,73 (0,17)	n.s.	7,63 (0,18)	n.s.	7,80 (0,16)	7,95 (0,16)	n.s.
Integrativ (n=34)	8,12 (0,20)	8,35 (0,21)	n.s.	8,00 (0,21)	n.s.	7,92 (0,24)	8,00 (0,24)	n.s.
Segregativ (n=50)	7,54 (0,25)	7,32 (0,25)	n.s.	7,34 (0,28)	n.s.	7,67 (0,21)	7,91 (0,21)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	7,51 (0,18)	8,14 (0,18)	0.0147*	7,70 (0,18)	0.0274*	7,48 (0,20)	7,76 (0,20)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	8,05 (0,29)	7,29 (0,29)	0.0442*	7,57 (0,34)	n.s.	8,14 (0,24)	8,14 (0,24)	n.s.
Körperliche Arbeitsfähigkeit (5er Skala: „5=sehr gut“ bis „1=sehr schlecht“)	3,77 (0,08)	3,83 (0,08)	n.s.	3,83 (0,08)	n.s.	3,91 (0,11)	3,79 (0,11)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,91 (0,12)	4,06 (0,12)	n.s.	3,84 (0,09)	n.s.	3,86 (0,17)	3,86 (0,17)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,68 (0,11)	3,68 (0,11)	n.s.	3,82 (0,1)	n.s.	3,95 (0,14)	3,71 (0,14)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,65 (0,11)	3,91 (0,11)	0.0199*	3,87 (0,12)	n.s.	3,96 (0,14)	3,67 (0,14)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,90 (0,12)	3,76 (0,12)	n.s.	3,78 (0,11)	n.s.	3,86 (0,16)	3,91 (0,16)	n.s.
Psychische Arbeitsfähigkeit (5er Skala: „5=sehr gut“ bis „1=sehr schlecht“)	3,63 (0,09)	3,80 (0,09)	n.s.	3,81 (0,08)	n.s.	3,57 (0,11)	3,71 (0,11)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,71 (0,13)	4,09 (0,13)	0.0133*	3,84 (0,13)	n.s.	3,57 (0,17)	3,71 (0,17)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,58 (0,12)	3,60 (0,12)	n.s.	3,79 (0,10)	n.s.	3,57 (0,14)	3,71 (0,14)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,61 (0,11)	4,00 (0,11)	0.0064**	3,78 (0,11)	0.0480*	3,52 (0,15)	3,57 (0,15)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,66 (0,14)	3,59 (0,14)	n.s.	3,84 (0,13)	n.s.	3,62 (0,15)	3,86 (0,15)	n.s.

Einen weiteren Hinweis auf die Gesundheitsentwicklung der MA liefert die Frage nach den Krankheitstagen. Tabelle 3.12 zeigt die durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehltag. Danach nehmen diese Fehltag von t0 bis t1 von durchschnittlich 4,3 auf 4,9 Tage zu. In der Next-Studie (n = 531) gaben im Durchschnitt alle befragten Pflegenden 9,5 krankheitsbedingte Fehltag in den letzten 12 Monaten an. Bezogen auf 5 Monate entspricht dies rechnerisch 3,96 Tage. Dieser Wert liegt deutlich unter unseren Werten.

Bei den Subgruppen stellt sich die Datenlage uneinheitlich dar: in den integrativen WB und bei den unqualifizierten MA sind die Werte bei t0 vergleichsweise gering, während sie bei den MA in den segregativen WB und bei den qualifizierten MA bei t0 deutlich höher liegen. Bei den Letztgenannten reduzieren sich die krankheitsbeding-

ten Fehltagen bis t1 erheblich, allerdings nicht signifikant. So wie sich die Verschlechterung von t0 zu t1 bei den Erstgenannten nicht signifikant niederschlägt. Dies liegt u. a. an der großen Streuung, die Signifikanzen verhindert.

Tab. 3.12 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich der krankheitsbedingten Fehlzeiten (Mittelwerte, Standardabweichungen in Klammern)

Krankheitsbedingte Fehlzeiten	Interventionsgruppe (n=84)			Nachhaltigkeit (n=69)		Kontrollgruppe (n=42)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Krankheitstage	4,33 (0,87)	4,89 (0,87)	n.s.	3,09 (0,88)	n.s.	4,45 (0,97)	4,24 (0,97)	n.s.
Integrativ (n=34)	3,62 (1,48)	5,21 (1,48)	n.s.	3,57 (1,65)	n.s.	5,91 (1,23)	3,05 (1,23)	n.s.
Segregativ (n=50)	4,82 (1,06)	4,65 (1,07)	n.s.	2,68 (0,89)	n.s.	3,00 (1,48)	5,43 (1,48)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	5,19 (1,07)	4,14 (1,08)	n.s.	2,41 (0,94)	n.s.	4,91 (1,45)	5,05 (1,45)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,44 (1,38)	5,63 (1,38)	n.s.	3,87 (1,58)	n.s.	4,00 (1,31)	3,43 (1,31)	n.s.

Hypothese 3, nach der sich der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand verbessern soll, kann nicht bestätigt werden. Lediglich die psychische Arbeitsfähigkeit nimmt in den integrativen WB und bei den qualifizierten MA signifikant zu, ebenso wie sich die körperliche Arbeitsfähigkeit bei den unqualifizierten MA signifikant verbessert. Die Gesundheitsförderung hat sich auch in den Interventionen als schwierig erwiesen, da es für die MA in erster Linie um das Wohlergehen der Bewohner geht. Sie erleben es fast als unangemessene Anforderung, wenn sie sich zusätzliche um die eigene Gesundheit / Selbstpflege kümmern sollen. Es bedarf u. E. längerer und spezifischer Interventionen, um die Gesundheitsförderung längerfristig beim Pflegepersonal wirkungsvoll zu verankern.

4.2.1.5. Burnout (MBI-D)

Die Ergebnisse des MBI-D zeigt Tabelle 3.13.

Tab. 3.13 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den MitarbeiterInnen bezüglich des MBI-D (Mittelwerte einer sechsstufigen Skala von „1 = nie“ bis „6 = sehr oft“ (bei „Persönliche Erfüllung“ wird die Skala umgepolt), Standardabweichungen in Klammern)

Burnout (MBI-D)	Interventionsgruppe (n=84)			Nachhaltigkeit (n=69)		Kontrollgruppe (n=42)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Emotionale Erschöpfung	3,12 (0,11)	2,95 (0,11)	0,0307*	2,98 (0,11)	n.s.	2,83 (0,15)	2,91 (0,2)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,95 (0,13)	2,63 (0,13)	0,0029**	2,92 (0,16)	0,0243*	2,86 (0,20)	3,00 (0,20)	n.s.
Segregativ (n=50)	3,24 (0,15)	3,16 (0,15)	n.s.	3,03 (0,16)	n.s.	2,79 (0,22)	2,82 (0,22)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	3,21 (0,15)	2,95 (0,15)	0,0242*	3,07 (0,16)	n.s.	2,87 (0,20)	3,07 (0,20)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	3,03 (0,16)	2,94 (0,16)	n.s.	2,88 (0,16)	n.s.	2,79 (0,22)	2,74 (0,22)	n.s.

Depersonalisierung	2,69 (0,05)	2,69 (0,05)	n.s.	2,69 (0,04)	n.s.	2,63 (0,07)	2,69 (0,07)	n.s.
Integrativ (n=34)	2,66 (0,08)	2,66 (0,08)	n.s.	2,62 (0,06)	n.s.	2,60 (0,12)	2,73 (0,12)	n.s.
Segregativ (n=50)	2,72 (0,06)	2,71 (0,06)	n.s.	2,75 (0,06)	n.s.	2,66 (0,09)	2,65 (0,09)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	2,73 (0,06)	2,73 (0,06)	n.s.	2,74 (0,06)	n.s.	2,64 (0,10)	2,71 (0,12)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	2,66 (0,07)	2,66 (0,07)	n.s.	2,63 (0,07)	n.s.	2,62 (0,11)	2,68 (0,11)	n.s.
Persönliche Erfüllung	4,81 (0,05)	4,90 (0,05)	n.s.	4,88 (0,05)	n.s.	4,92 (0,08)	4,87 (0,08)	n.s.
Integrativ (n=34)	4,69 (0,08)	4,93 (0,08)	0.0056**	4,78 (0,09)	n.s.	4,86 (0,10)	4,69 (0,10)	n.s.
Segregativ (n=50)	4,89 (0,07)	4,88 (0,07)	n.s.	4,96 (0,06)	n.s.	4,99 (0,13)	5,06 (0,13)	n.s.
Qualifizierte MA (n=43)	4,81 (0,08)	4,91 (0,08)	n.s.	4,87 (0,07)	n.s.	4,96 (0,11)	4,86 (0,11)	n.s.
Unqualifizierte MA (n=41)	4,81 (0,08)	4,88 (0,08)	n.s.	4,88 (0,08)	n.s.	4,88 (0,12)	4,88 (0,12)	n.s.

Diese Werte sind erfreulich positiv. Alle Mittelwerte liegen schon zum Zeitpunkt t0 unter der kritischen Risikomarke 3,5 bzw. über 4,0 bei der Subskala „Persönliche Erfüllung“. Trotz der positiven Ausgangslage verbessert sich der Wert der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ - sie wird als individuelle Kernkomponente des Syndroms aufgefasst - signifikant bei t1 und dies bleibt auch bis t2 stabil. Die ebenfalls signifikante Verbesserung in den integrativen WB verschlechtert sich bis t2 allerdings wieder signifikant, im Gegensatz zu den Verbesserungen bei den qualifizierten MA, die auch bei t2 noch vorhanden sind. Bei der Subskala „Depersonalisierung“ gibt es keine bemerkenswerten Veränderungen bei den Mittelwerten und bei der dritten Subskala, „Persönliche Erfüllung“, verbessern sich alle Mittelwerte geringfügig, wobei dies in den integrativen WB hochsignifikant ist.

Hypothese 4, wonach sich das Burnout-Risiko tendenziell reduzieren soll, kann bestätigt werden. Die Befunde zum Thema Burnout sind bemerkenswert positiv. Schon in der Ausgangssituation t0 liegen die Mittelwerte außerhalb der Burnout-Risikozone und werden durch die Intervention vor allem in den integrativen WB und bei den qualifizierten MA noch verbessert.

4.2.2. Ergebnisse: BewohnerInnen

Die Ergebnisse der Intervention in Bezug auf die BW zeigen die folgenden Tabellen.

Tab. 3.14 Soziodemografische Daten und Gesundheitszustand der evaluierten BewohnerInnen über die drei Messzeitpunkte t0 bis t2 (Angaben in Prozent)

Soziodemografische Daten und Gesundheitszustand der evaluierten BewohnerInnen	t0			t1			t2		
	Gesamt (n=181)	Integr. (n=100)	Segreg. (n=81)	Gesamt (n=181)	Integr. (n=100)	Segreg. (n=81)	Gesamt (n=181)	Integr. (n=100)	Segreg. (n=81)
Geschlecht									
Weiblich	77,3	80,0	74,1	77,3	80,0	74,1	77,3	80,0	74,1
Männlich	22,7	20,0	25,9	22,7	20,0	25,9	22,7	20,0	25,9
Alter									
Bis unter 65 Jahre	1,7	-	3,7	1,7	-	3,7	1,7	-	3,7
65 bis 69 Jahre	1,7	1,0	2,5	1,1	1,0	1,2	1,1	1,0	1,2
70 bis 74 Jahre	9,9	11,0	8,6	9,9	11,0	8,6	9,4	10,0	8,6
75 bis 79 Jahre	12,2	6,0	19,8	12,2	6,0	19,8	11,6	7,0	17,3
80 bis 84 Jahre	22,1	18,0	27,2	19,3	16,0	23,5	19,3	15,0	24,7
85 bis 89 Jahre	30,9	37,0	23,5	28,7	32,0	24,7	27,1	30,0	23,5
90 bis 94 Jahre	16,6	19,0	13,6	21,0	24,0	17,3	23,8	27,0	19,8
95 Jahre und älter	5,0	8,0	1,2	6,1	10,0	1,2	6,1	10,0	1,2
Mittelwert (Jahre)	83,7	85,3	81,7	84,4	86,1	82,3	84,7	86,3	82,7
Minimum (Jahre)	58	67	58	59	68	59	59	68	59
Maximum (Jahre)	102	102	99	103	103	99	103	103	100
Wohndauer im Haus									
Bis 2 Monate	5,5	3,0	8,6	-	-	-	-	-	-
3 bis 5 Monate	8,3	9,0	7,4	1,1	1,0	1,2	-	-	-
6 bis 11 Monate	12,7	13,0	12,3	13,8	11,0	17,3	2,2	3,0	1,2
1 Jahr bis unter 2 Jahre	16,6	17,0	16,0	22,7	26,0	18,5	27,6	27,0	28,4
2 Jahre bis unter 5 Jahre	33,1	30,0	37,0	37,6	33,0	43,2	42,5	39,0	46,9
5 Jahre bis unter 10 Jahre	19,3	22,0	16,0	20,4	23,0	17,3	22,1	23,0	21,0
10 Jahre und mehr	4,4	6,0	2,5	4,4	6,0	2,5	5,5	8,0	2,5
Mittelwert (Monate)	41,3	46,3	35,2	46,2	51,1	40,1	51,4	56,5	45,1
Minimum (Monate)	1	1	1	5	5	5	10	10	10
Maximum (Monate)	363	363	244	368	368	249	373	373	254
Pflegestufe									
Keine Einstufung	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pflegestufe 0	2,2	3,0	1,2	1,1	2,0	-	2,2	4,0	-
Pflegestufe 1	21,5	31,0	9,9	21,5	33,0	7,4	19,3	28,0	8,6
Pflegestufe 2	50,8	48,0	54,3	46,4	42,0	51,9	39,2	36,0	43,2
Pflegestufe 3	25,4	18,0	34,6	30,4	22,0	40,7	38,7	31,0	48,1
Pflegestufe 3+	-	-	-	0,6	1,0	-	0,6	1,0	-
Diagnose 'Demenz'									
Ja	75,7	57,0	98,8	78,5	62,0	98,8	80,7	66,0	98,8
Nein	24,3	43,0	1,2	21,5	38,0	1,2	19,3	34,0	1,2

Diagnose stammt vom... (Mehrfachnennungen)									
Hausarzt	40,1	57,9	27,5	34,5	54,8	18,8	45,2	69,7	25,0
Krankenhaus/ Psychiatrie	27,7	19,3	33,8	7,7	8,1	7,5	9,6	4,5	13,8
Facharzt	21,2	3,5	33,8	43,7	6,5	72,5	36,3	7,6	60,0
MitarbeiterIn (Diagnose wurde von uns selbst gestellt)	13,1	22,8	6,3	14,8	30,6	2,5	8,9	18,2	1,3
Wurde ein Mini-Mental-Status erhoben?									
Ja	46,4	37,0	58,0	63,5	38,0	95,1	65,7	42,0	95,1
Nein	53,6	63,0	42,0	36,5	62,0	4,9	34,3	58,0	4,9
Status wurde erhoben vor...									
Bis 2 Monate	9,5	2,7	14,9	8,7	-	13,0	3,4	-	5,2
3 bis 5 Monate	32,1	5,4	53,2	10,4	-	15,6	10,1	4,8	13
6 bis 8 Monate	15,5	32,4	2,1	15,7	-	23,4	10,1	21,4	3,9
9 bis 11 Monate	35,7	59,5	17,0	13,9	5,3	18,2	14,3	2,4	20,8
12 bis 23 Monate	1,2	-	2,1	34,8	89,5	7,8	37,8	59,5	26
24 Monate und mehr	4,8	-	8,5	4,3	-	6,5	5,0	-	7,8
Keine Angabe	1,2	-	2,1	12,2	5,3	15,6	19,3	11,9	23,4
Mittelwert (Monate)	9,2	8,2	10,1	12,0	13,4	11,2	15,4	14,4	16
Minimum (Monate)	1	1	1	1	9	1	2	3	2
Maximum (Monate)	83	9	83	88	16	88	93	19	93
Ermittelter Mini-Mental-Status									
0 bis 9 Punkte	38,1	2,7	66,0	39,1	5,3	55,8	37,8	7,1	54,5
10 bis 20 Punkte	27,4	29,7	25,5	26,1	28,9	24,7	27,7	28,6	27,3
21 bis 24 Punkte	14,3	24,3	6,4	10,4	21,1	5,2	8,4	16,7	3,9
25 bis 30 Punkte	19,0	43,2	-	14,8	44,7	-	12,6	35,7	
Keine Angabe	1,2	-	2,1	9,6	-	14,3	13,4	11,9	14,3
Mittelwert	14,0	22,4	7,2	12,9	22,2	7,5	12,4	21,2	7,4
Minimum	0	7	0	0	6	0	0	4	0
Maximum	29	29	23	29	29	23	29	29	23
Andere psychiatrische Erkrankungen (Mehrfachnennungen)									
Es sind keine bekannt	65,7	67,0	64,2	60,8	56,0	66,7	65,7	64,0	67,9
Depression	16,6	15,0	18,5	21,5	27,0	14,8	17,7	20,0	14,8
Alkoholmissbrauch	6,1	4,0	8,6	7,7	6,0	9,9	7,7	7,0	8,6
Angsterkrankung	5,0	3,0	7,4	3,9	3,0	4,9	5,0	5,0	4,9
Schizophrenie	2,8	3,0	2,5	3,3	1,0	6,2	3,3	4,0	2,5
Medikamentenmissbrauch	1,1	1,0	1,2	-	-	-	-	-	-
Kann nicht beurteilt werden	6,6	10,0	2,5	6,6	9,0	3,7	3,9	3,0	4,9

In Tabelle 3.14 sind die Veränderungen hinsichtlich der soziodemografischen Daten und des Gesundheitszustandes der beteiligten BewohnerInnen für die drei Messzeitpunkte dargestellt. Diese Veränderungen entsprechen weitgehend den Erwartungen: von Messzeitpunkt zu Messzeitpunkt nimmt der Anteil an Pflegestufe 3 und der Diagnose Demenz bei den BewohnerInnen zu und damit auch der Pflegebedarf.

In Tabelle 3.15 werden die Ergebnisse des Barthel-Index (ADL) aufgelistet. Dieser Index widerspiegelt anhand vorhandener körperlicher Fähigkeiten, den Alltag zu meistern, das Ausmaß an Selbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit der BewohnerInnen. Die Gesamtergebnisse zeigen, dass sich die Mittelwerte des Barthel-Index über alle Messzeitpunkte hinweg hochsignifikant verschlechtert haben. Bei den Versor-

gungskonzepten ergibt sich folgendes Bild: bei den BW der integrativen Einrichtungen ist die Verschlechterung von t0 zu t1 nur signifikant und in den segregativen ist sie im gleichen Zeitraum nicht signifikant, ebenso wie bei der Kontrollgruppe. Allerdings ist die Standardabweichung in allen Fällen recht hoch.

Tab. 3.15 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den BewohnerInnen bezüglich des „Barthel-Index“ (ADL) (Mittelwerte, Standardabweichungen in Klammern)

Barthel-Index (t-Test)	Interventionsgruppe (n=181)					Kontrollgruppe (n=104)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Gesamt (n=181)	42,54 (2,10)	39,42 (2,17)	0.0032**	36,16 (2,22)	0.0001**	47,36 (2,93)	42,89 (2,93)	0.0003**
Integrativ (n=100)	43,55 (3,24)	40,15 (3,24)	0.0239*	37,3 (3,27)	0.0103*	47,35 (3,88)	42,65 (3,88)	0.0022**
Segregativ (n=81)	41,30 (2,77)	38,52 (2,77)	n.s.	34,75 (2,89)	0.0028**	47,36 (4,33)	43,33 (4,33)	n.s.

Beim QUALID liegen die Ergebnisse anders (Tabelle 3.16). Bis auf zwei Ausnahmen sind hier keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

Tab. 3.16 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den BewohnerInnen bezüglich des „Quality of Life in Late-State Dementia“ (QUALID) (Mittelwerte, Standardabweichungen in Klammern)

QUALID (t-test)	Interventionsgruppe (n=181)					Kontrollgruppe (n=104)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Gesamt (n=181)	21,43 (0,56)	22,40 (0,57)	0.0374*	21,79 (0,61)	n.s.	20,76 (0,73)	20,77 (0,73)	n.s.
Integrativ (n=100)	21,45 (0,77)	22,02 (0,77)	n.s.	21,15 (0,78)	n.s.	21,27 (0,98)	21,79 (0,98)	n.s.
Segregativ (n=81)	21,40 (0,83)	22,86 (0,83)	0.0308*	22,58 (1,17)	n.s.	19,80 (0,95)	18,83 (0,95)	n.s.

Nur in der Gesamtstichprobe und in der Subgruppe „segregative Einrichtungen“ ist eine signifikante Verschlechterung der Werte nach der Intervention feststellbar. Bemerkenswerterweise verbessern sich bei allen Gruppen die Werte zu t2 wieder, in den integrativen Einrichtungen sogar unter die Werte von t0.

Tab. 3.17 Effekte des Interventionsprogramms DemOS bei den BewohnerInnen bezüglich des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (CMAI) (Mittelwerte, Standardabweichungen in Klammern)

CMAI (McNemar Test) („auffällig“)	Interventionsgruppe (n=181)					Kontrollgruppe (n=104)		
	t0	t1	p = ...	t2	p = ...	t0w	t0	p = ...
Gesamt (n=181)	22,1	30,4	0.0081**	21,5	0.0070**	26,0	17,3	0.0352*
	(S=7.76)			(S=8.00)		(S=5.40)		
Integrativ (n=100)	4,0	7,0	n.s.	6,0	n.s.	10,3	4,4	n.s.
	(S=3.00)			(S=0.15)		(S=2.00)		
Segregativ (n=81)	44,4	59,3	0.0290*	40,7	0.0041**	55,6	41,7	n.s.
	(S=5.54)			(S=9.00)		(S=3.57)		

Die Ergebnisse des „Cohen-Mansfield Agitation Inventory“ (CMAI) zeigt Tabelle 3.17. Danach nimmt die Anzahl der Verhaltensauffälligkeiten von t0 zu t1 hochsignifikant zu, um bei t2 wieder hochsignifikant bzw. signifikant abzunehmen, und zwar unter den Wert von t0. Dies trifft auf die Gesamtstichprobe und die segregativen Einrichtungen zu. Bei den integrativen Einrichtungen gibt es keine nennenswerten Veränderungen. Man könnte vermuten, dass durch eine demenzspezifische Intervention bei

den MA zunächst eine stärkere Fokussierung auf herausfordernde Verhaltensweisen der BewohnerInnen erfolgt, um im weiteren Verlauf bzw. mit zunehmender Routine bezüglich des neu Erlernten die BW als weniger herausfordernd zu erleben. Die Ergebnisse des QUALID weisen in eine ähnliche Richtung, ebenso wie die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zu den erlebten Belastungen durch die BW. Allerdings könnte sich der Gesundheitszustand der BW bis zu t2 so verschlechtert haben, dass sie zu vielen der abgefragten Verhaltensweisen gar nicht mehr in der Lage sind, was sich in verbesserten Werten beim CMAI in t2 niederschlagen könnte.

Weiterhin muss man bei der Interpretation berücksichtigen, dass die Intervention nicht unmittelbar bei den BewohnerInnen angesetzt hat und dass es sich bei unserer BW-Stichprobe um ein multimorbides Klientel handelt, das schon vor Beginn der Intervention z. T. sehr beeinträchtigt war. Bei diesen BW sind oft schon kleinste Veränderungen als Verbesserungen zu betrachten, die mit unseren Methoden eventuell nicht erfassbar waren. Die Fragebögen lassen hinsichtlich der Objektivität und Zuverlässigkeit nach unserer jetzigen Erfahrung Zweifel aufkommen. Unter den wenigen damals vorhandenen deutschsprachigen Fragebögen waren unsere Auswahlkriterien neben den klassischen Gütekriterien vor allem die Verfügbarkeit und die Anwendbarkeit. Inzwischen liegen mit DEMQOL und QUALIDEM zwei ins Deutsche übertragene Fragebögen zur Lebensqualität Demenzkranker vor und es wurde ein neues deutsches Instrument - H.I.L.D.E. - zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker BW entwickelt, das eine über verschiedene Beurteiler hinweg konsistente Abbildung der Lebensqualität verspricht. Es bleibt allerdings abzuwarten, inwieweit das sehr umfangreiche Instrument auch praktikabel ist, und die Probleme der Fremdeinschätzung bleiben auch hier bestehen.

Ein weiteres Problem ist die Ausfüllqualität der BW-Fragebögen, die zum Großteil ungenügend war. Sie waren zum z. T. unvollständig, inkonsistent oder oberflächlich ausgefüllt. Partiiell konnte dies durch Nacherhebungen nivelliert werden, aber bei insgesamt 1.070 Fragebögen ist dies nur bei offensichtlichen Fehlern möglich. Es fand zwar eine Einweisung in die Fragebögen statt, aber möglicherweise war diese nicht ausführlich genug. Eine weitere Ursache könnte im mangelnden Engagement der MA liegen. Dies sollte man durch Motivationsanreize ausgleichen, um sicherzustellen, dass die Fragebögen gewissenhaft ausgefüllt werden. Das Problem der mangelnden Objektivität bleibt davon allerdings unberührt. Selbst die Diagnose Demenz stellt ein großes Problem dar. Mit traditionellen Methoden, die aus umfangreichen Fragebögen und Tests bestehen, erzielt man eine Genauigkeit von 70 bis 80 %, das ist nicht viel. Noch problematischer sind die hausärztlichen Diagnosen. Und Fragen wie die, ob der Bewohner traurig aussieht, sind nur schwer zu objektivieren. Alle diese Faktoren führen dazu, dass die Datenqualität zu fragwürdig ist, um die Ergebnisse sinnvoll interpretieren zu können.

Besser wäre es, die Lebensqualität direkt durch die BewohnerInnen zu erfragen, aber dann müsste man unterschiedliche Erhebungsinstrumente für die BW einsetzen. Geklärt werden müsste auch die Frage, wer von den BW zur Selbstauskunft in der Lage ist und wer nicht, und anhand welcher Kriterien diese Frage entschieden werden soll. Zudem verschlechtert sich im Verlauf der drei Erhebungen i. d. R. der Zustand der BW, so dass man von einem auf das andere Erhebungsinstrument wechseln muss, und damit stellen sich wiederum eine Reihe von Interpretationsproblemen.

Weitere Schwierigkeiten ergaben sich durch das Wartekontrollgruppendesign, das sich als schwerfällig und aufwendig herausstellte: es behindert frühzeitige Öffentlichkeitsarbeit, jahreszeitliche und Alterseffekte sind unkontrollierbar etc., aber es gab aus ethischen Gründen keine Alternative. Ein Königsweg für Untersuchungen mit demenzkranken BewohnerInnen in Altenpflegeheimen ist i. M. nicht in Sicht. Es gilt weiterhin, die Vor- und Nachteile abzuwägen und im Zweifelsfall auf eine Interpretation der Ergebnisse zu verzichten.

Hypothese 5, wonach sich die Intervention positiv auf die Lebensqualität der beteiligten BewohnerInnen auswirkt, kann aufgrund der zweifelhaften Datenqualität nicht bestätigt werden.

4.2.3. Ergebnisse: Bewertung der Fortbildungen durch die beteiligten MitarbeiterInnen

Zum Abschluss jeder Fortbildung wurden die beteiligten MitarbeiterInnen gebeten, anhand eines kurzen Fragebogens die Inhalte und deren Nutzen für den Pflegealltag zu bewerten. Darüber hinaus konnten die MA zum Abschluss der Intervention (zu t1) mit 9 Fragen ein Gesamturteil über die Intervention abgeben und in einem Gruppengespräch deren Stärken und Schwächen diskutieren. Die Ergebnisse der einzelnen Fortbildungsbewertungen und der Gruppendiskussionen sind in einem Artikel zusammengefasst (siehe: Anhang 6: Artikel: Demos punktet bei den Pflegenden S. 205ff.). Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung zum Messzeitpunkt t1 dargestellt.

In Abbildung 3.5 sind die Mittelwerte der Bewertungen der einzelnen Statements für Gesamt, integrative und segregative Einrichtungen dargestellt. Diese Mittelwerte der Statements schwanken zwischen 3,6 und 4,4, was man insgesamt als Erfolg be-



Abb. 3.5 Gesamtbewertung der Intervention durch die beteiligten MitarbeiterInnen zum Zeitpunkt t1 anhand vorgegebener Statements nach Versorgungskonzept (Mittelwerte einer Ratingskala von „1 = nein, gar nicht“ bis „5 = ja, immer“)

trachten kann. Bei sieben der neun Statements bewerten die MA der integrativen Einrichtungen die Intervention besser, ganz besonders stark sind die Unterschiede erwartungsgemäß bei der Wissenserweiterung.

Wie Abbildung 3.6 zeigt, schätzen die qualifizierten MA die Intervention durchgängig besser ein als die unqualifizierten. Nur beim Themenfeld „Organisation“ liegt der Mittelwert der unqualifizierten MA über dem der qualifizierten.

Die Bewertung der Intervention durch die MA spiegelt die Ergebnisse insgesamt wider, wonach die integrativen Einrichtungen und die qualifizierten MA deutlich stärker von DemOS profitiert haben, als die segregativen Einrichtungen und die unqualifizierten MA.

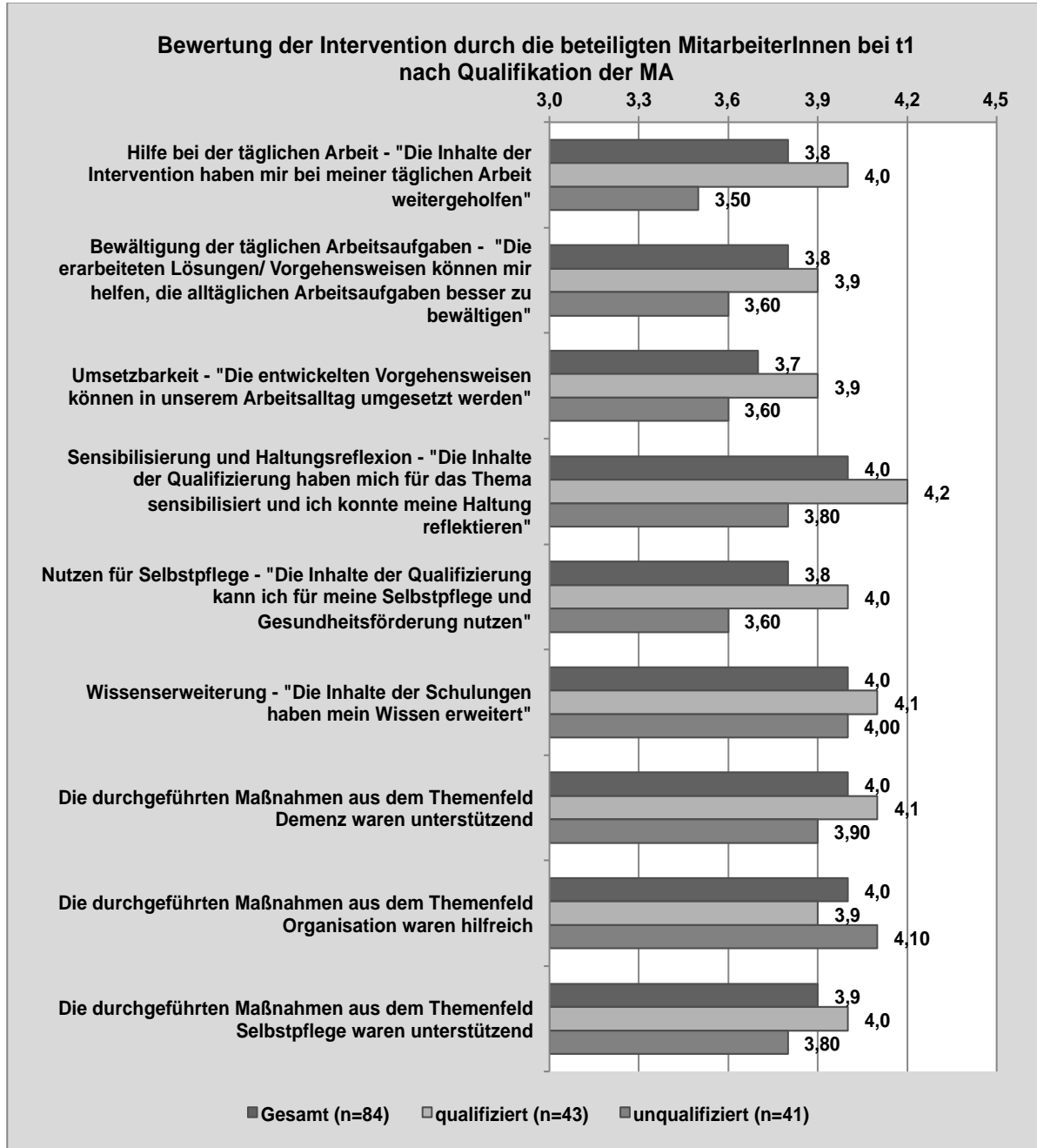


Abb. 3.6 Gesamtbewertung der Intervention durch die beteiligten MitarbeiterInnen zum Zeitpunkt t1 anhand vorgegebener Statements nach Qualifikation der MA (Mittelwerte einer Ratingskala von „1 = nein, gar nicht“ bis „5 = ja, immer“)

5 A3 Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit (November 2009 bis Oktober 2012)

5.1 Projektkommunikation

Konzeptionelle Arbeiten für den Aufbau der Internetseite

- Aufbau der Internetseite ist erfolgt. Nach Abschluss des Projekts wird die Internetseite mindestens ein Jahr weiter zur Verfügung stehen.

Pflege der Internetseite

- Die Internetseite wurde fortlaufend vor allem im Bereich Tipps gepflegt. Die Darstellung von Projektinhalten erfolgte in der Rubrik „Aktuelles“. Die Organisation der Abschlussveranstaltung (Anmeldung) erfolgt durch einen Link auf die Homepage der Demenz Support Stuttgart. Die Produkte werden unter „Ergebnisse“ präsentiert und so aufbereitet, dass die Filme angeschaut werden können und ein Zugriff auf die Praxishilfen möglich ist.

Konzeptionelle und redaktionelle Arbeiten für drei Flyer und Informationstransfer innerhalb der Netzwerkpartner

- Konzeption, Organisation und Durchführung eines Fotoshootings (Kompensation des Aufwand der beteiligten Pflegeeinrichtung durch Fortbildungseinheiten) für Flyer und Homepage
- Es wurden zwei Flyer entwickelt und bearbeitet.
- Der Informationstransfer innerhalb der Netzwerkpartner konnte erst nach Abschluss der Evaluation (Wartekontrollgruppendesign) erfolgen. Fachartikel zum Projekt wurde an die Netzwerkpartner weiter geleitet. Beide Dachverbände (Diakonie und Caritas) wurden aktiv in die Verbreitung der Informationen einbezogen (im Intranet wurden vorläufige Ergebnisse eingestellt und über Veranstaltung informiert). Artikel in „pflegen: Demenz“ wurde veröffentlicht. Netzwerkpartner waren zum internen Austausch der Praxispartner und zur Abschlussveranstaltung eingeladen. Über den Informationstransfer wird darüber hinaus mit den Partner gesprochen werden.

Erstellung von Pressemitteilungen

- Im Kontext der Ergebnispräsentation wird eine Pressemitteilung erstellt.

Lektorat für Publikationen in Fachzeitschriften und Produkte des Projektes

Die bisherigen Veröffentlichungen wurden bei der Demenz Support Stuttgart lektoriert. Fachzeitschriften sind über das Projektende hinaus angefragt, um unterschiedliche Artikel zu veröffentlichen. Folgende Veröffentlichungen sind im Zusammenhang mit dem Modellprojekt DemOS bisher erschienen bzw. noch geplant:

Geplante Veröffentlichungen

Seiler, M (2013): Demenz-Organisation-Selbstpflege (DemOS): ausgewählte Evaluationsergebnisse eines modellhaft entwickelten Interventionsprogramms für MitarbeiterInnen in stationären Altenpflegeeinrichtungen. In: Pflege und Gesellschaft

Kuhn, C (2013): Wer rastet rostet. Ergebnisse des Modellprojekts. In: Kongressband der Alzheimergesellschaft.

Herrmann, T.; Kuhn, D.; Seiler, M. (2012 oder 2013): DemOS – ein erfolgreiches Modellprojekt und was davon bleibt. In: Dr.Med.Mabuse

Fachzeitschriften

Demenz Support Stuttgart gGmbH (2012): DeSS orientiert: Arbeitsplatz Pflegeheim. http://www.demenz-support.de/publikationen/journal_dess_orientiert

Kuhn, C. (2012): Schluss mit der Sitzkultur. Ein "bewegter Alltag" ist gelebte Praxis im Modellprojekt DemOS. Ausgabe 24/2012

Altenheim Kurzinterview DemOS: Nach der Qualifizierung erfolgt ein „Training on the job“, 7/2012

Seiler, Martina; Kuhn, Christina (2012): DemOS punktet bei Pflegenden. Das Modellprojekt DemOS. In: Artikel unter http://www.modellprojekt-demos.de/fileadmin/user_upload/MSCK_DemOS_punktet_mit_Logo.pdf, Datum des Zugriffs 30.04.2012.

Care Dialog: Pflege für Pflegenden von Menschen mit Demenz: Modellprojekt DemOS präsentiert „Maßgeschneidertes“ zu Berufsgesundheit, Fortbildung und Zufriedenheit, Mai 2012

Kreutzner, G. (2011): Gute Pflege braucht zufriedene Pflegenden: Das Projekt DemOS. In: Dr.Med.Mabuse 36 (191), 38-41.

Care konkret Nr. 15, Artikel vom 15.04.2011: „Modellprojekt DemOS – Zufriedene Mitarbeiter, gute Versorgungsqualität“.

Zeitungsartikel und Hauszeitungen

Die Brücke – Hauszeitung des Franziskusheims, August 2012: „Das DemOS-Projekt“
Südwest Presse - Die Neckarquelle vom 22.08.2012: „Ideen für die Verbesserung im Alltag umgesetzt“. (Pressebericht über DemOS im Franziskusheim Villingen-Schwenningen)

Südwestpresse vom 11.10.2011. Zeitungsartikel: „Die Pflege der Pflegenden“.

Die Brücke – Hauszeitung des Franziskusheims, Oktober 2011: „Pflege der Pflegenden: Mitarbeiter nehmen an Modellprojekt teil“.

Die Brücke – Hauszeitung des Franziskusheims, Oktober 2011: „Pflege der Pflegenden: Mitarbeiter nehmen an Modellprojekt teil“.

Caritasverband für Stuttgart, Hauszeitung „Neues aus dem AMG“ Artikel 1. Quartal 2011: „Projekt DemOS – Demenz-Organisation-Selbstpflege“.

Caritasverband für Stuttgart, Hauszeitung „Neues aus dem AMG“ Artikel 1. Quartal 2011: „Projekt DemOS – Demenz-Organisation-Selbstpflege“.

Vorträge und Auftritte

Das DemOS-Projekt wurde verstärkt ab 2011 und besonders in 2012 über Vorträge und Auftritte einer interessierten Öffentlichkeit vorgestellt. Im Jahr 2013 wird von Demenz Support Stuttgart ein kompletter Fachtag für die Stadt Nürnberg ausgerichtet, der den Interventionsansatz und die Vorstellung der Produkte beinhaltet.

Febr. 2013 Fachtag: Zwischen k.o. und ok. Arbeitsplatz Pflegeheim. Thomas Herrmann und Christina Kuhn. 28.02.2012, Nürnberg (Ausschreibungstext siehe Anhang S. 203f)

- Febr. 2013 Holler Runde. Vortrag: Belastungen und Beanspruchungen in der Pflege. Interventionen und Ergebnisse aus dem Modellprojekt DemOS durch Christina Kuhn, 13.02.2013, Hildesheim
- Nov 2012 Abschlussveranstaltung Modellprogramm. 06.11.2012, Stuttgart
- Okt 2012 Alzheimerkongress Hanau: Vortrag: Wer rastet rostet. DemOS-Ergebnisse. 18.-20.10.2012, Hanau
- Okt 2012 Abschlussveranstaltung BidA: Workshop: Projekt DemOS: Was bewirken maßgeschneiderte Interventionen? 23.10.2012, Neuendettelsau
- Sept 2012 15. Internationaler Demenzkongress Saarlouis. Vortrag: Modellprojekt DemOS. Thomas Herrmann, 20.09.2012, Saarlouis
- Juni 2012 Besuch Sozialhilfeverband Eferding aus Österreich bei Demenz Support Stuttgart, Präsentation DemOS durch Christina Kuhn, 28.06.2012
- Mai 2012 Altenpflegemesse Stuttgart: Filmpräsentation und Auskunft am Stand der Demenz Support Stuttgart am 22.-24.05.2012, 2 x DemOS-Aktivität (Bewegung und Koordination) durch Christina Kuhn am 23.04.2012
- März 2012 Besuchergruppe von Sozialbetreuern „Wilma Steinbacher“ aus Oberösterreich bei Demenz Support Stuttgart. Präsentation DemOS durch Thomas Herrmann, 28.03.2012
- März 2012 Altenpflegemesse Hannover: Vortrag DemOS – INQA Messestand durch Thomas Herrmann, 27.03.2012
- März 2012 Diakonie Neuendettelsau - BidA Gesundheitswoche: Workshop „Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz“, Neuendettelsau, durch Christina Kuhn, 22.03.2012
- Nov 2011 TIK-Treffen: „Modellprojekt DemOS – Bericht aus der Projektarbeit“, 08.-09.11.2011 in Stuttgart
- Nov 2011 Besuchsgruppe Volkshilfe Österreich bei Demenz Support Stuttgart. Präsentation DemOS durch Christina Kuhn, 3. November 2011
- März 2011 Vortrag im Rahmen des Dresdner Treff: „Versorgung und Pflege demenzerkrankter Personen“ durch Christina Kuhn, 15.03.2011 in Dresden
- Dez 2010 Posterpräsentation im Rahmen der Fachtagung: „Zukunft der Pflegeberufe – Impulse zur Deckung des künftigen Fachkräftebedarfs“ durch Martina Seiler, 01.12.2010 in Heidelberg
- Mai 2010 Hauptstadtkongress Berlin: Vortrag „Modellprojekt DemOS“ durch Martina Seiler, 05.05.2010 in Berlin

Interne Projektbesprechungen

- Innerhalb des DemOS-Teams fanden insgesamt 20 Projektbesprechungen statt. Inhalte waren die Diskussion von Evaluationsergebnissen und Praxiserfahrungen, die inhaltliche Abstimmung für die Erstellung der Produkte, Ab-

sprachen und Planungen der Öffentlichkeitsarbeit und Organisation von Beteiligung an Veranstaltungen und Treffen.

5.2 Veranstaltungen

Interne Auftaktveranstaltung

- 19 VertreterInnen von Einrichtungen und Trägern waren bei der internen Auftaktveranstaltung am 10. März 2010 in Stuttgart anwesend, um sich über eine Projektbeteiligung zu informieren. Die TeilnehmerInnen konnten im Anschluss an die Auftaktveranstaltung ihr Interesse an einer Projektteilnahme bekunden und innerhalb einer festgelegten Frist Hintergrundinformationen zur Einrichtung, Strukturdaten und Unterlagen einreichen, die für das Auswahlverfahren hilfreich waren.

Beteiligung an der offiziellen Auftaktveranstaltung

- Die Beteiligung an der offiziellen Auftaktveranstaltung in Berlin erfolgte durch die Präsentation des DemOS-Projektes und einer Teilfinanzierung der entstandenen Ausgaben.

Projektinterne Abschlussveranstaltung

- Die projektinterne Abschlussveranstaltung fand am 16.10.2012 statt. Das Programm sah einen erstmaligen Austausch zwischen und eine Präsentation durch die Praxispartner vor. Die Evaluationsergebnisse wurden erstmals präsentiert. Zum Austausch waren die Netzwerkpartner eingeladen, um die Möglichkeiten der Verbreitung zu diskutieren. Ein Protokoll und alle Präsentationen wurden den Beteiligten zur Verfügung gestellt.

Organisation und Beteiligung an der offiziellen Abschlussveranstaltung

- Die offizielle Abschlussveranstaltung fand am 06.11.2012 im Gewerkschaftshaus in Stuttgart statt. Es hatten sich 205 Teilnehmerinnen angemeldet, von denen 173 anwesend waren. Die Organisation der Abschlussveranstaltung beinhaltete folgende Etappen: Terminfindung, Raumrecherche und -reservierung, Rekrutierung von Referentinnen, Zimmerreservierung, Konzept für das Veranstaltungsprogramm, Abstimmung zu Inhalten und Titeln mit allen Beteiligten und Referenten, Layout Einladung, Konzept und Umsetzung einer Onlineanmeldung, Versand der Einladung, Absprachen mit Caterer, Information des Beirats und Einladung zum Mittagessen in Nebenraum als offizieller Abschluss, Information und Absprachen zu den „Ständen“ im Foyer, Konzept und Management für Veranstaltungsflyer zur Bewerbung der Produkte der Modellprojekte, Auf- und Abbau sowie Einsatz der Technik für die Veranstaltung, Konfektionierung der Teilnehmerunterlagen, Personaleinsatz am Veranstaltungstag (Counter, Zeitmanagement, Tontechnik, Mikrofon für Publikum, Fotos), Abrechnung und Abwicklung der entstandenen Kosten mit Auftragnehmern und Modellprojekten, Bündeln der Vorträge und Versand an die beiden Modellprojekte, Öffentlichkeitsarbeit durch die Bereitstellung von Fotos und Materialien und Erstellung eines Newsletters etc.
- Präsentation des DemOS-Projektes

5.3 Veröffentlichungen – Produkte

Die im Zuwendungsbescheid ausgewiesenen Produkte wurden vollständig erstellt bzw. das geplante Manual DemOS durch vier Kurzfilme und 11 Praxishilfen ersetzt. Insgesamt entwickelten sich die Produkte zu einem schlüssigen Gesamtpaket, das sowohl Hinweise für die Einrichtungsleitung als auch für Pflegende der stationären und ambulanten Altenhilfe enthält. Die Mappe wird mit einer Doppel-DVD mit insgesamt 12 Kurzfilmen (Interventionsbausteine und guten Praxisbeispiele) komplettiert. Für die Nachhaltigkeit der Filminhalte sind Praxishilfen ausgearbeitet, die konzeptionelle Hilfestellungen und praktische Umsetzungstipps geben und in Form einer CD in der Mappe enthalten ist.

Erstellung Materialpaket: Publikation Leitfaden

- „Check: Arbeitsplatz Pflegeheim“ beinhaltet Checklisten mit demenzspezifischen Themen zur besseren Arbeitsplatzgestaltung. Umfang 110 Seiten, DIN A 4, Auflage 300.
- Abstimmung zu Inhalt, Layout und Druck etc.
- Absprachen zum Vertrieb mit INQA, BAuA

Erstellung Broschüre „Für alle Fälle...“

- Eine Broschüre mit den Tabuthemen Gewalt gegen Pflegende, Scham und Ekel ist erstellt. Es wurde ein Fotokonzept für ein „Schattenkino“ entwickelt und umgesetzt. Zeichnungen visualisieren jedes Thema. Umfang ca. 60 Seiten, DIN A 5, Auflage 1500
- Abstimmung zu Inhalt, Layout und Druck etc.
- Absprachen zum Vertrieb mit INQA, BAuA

Erstellung Manual „DemOS“

Die Darstellung des Interventionsansatzes, die ursprünglich in Form eines Manuals vorgesehen war, wurde durch Kurzfilme und Praxishilfen ersetzt.

Die Modifikation beruht auf folgenden Entwicklungsschritten: In einer der ersten beiden Praxiseinrichtungen wurden Arbeitsergebnisse wie ein Tanzkurs für Pflegende und ein Tanzcafé für demenzerkrankte BewohnerInnen filmisch dokumentiert. Als in den Workshops der externen Evaluation immer wieder die Frage nach der Darstellung der Interventionsinhalte gestellt und die Möglichkeiten der Ergebnissicherung und -darstellung reflektiert wurden, war die Idee geboren, Film grundsätzlich als Medium zur Vermittlung von Fortbildungsinhalten und Arbeitsgruppenergebnissen zu nutzen.

Im Rahmen des dritten Beiratstreffens im Mai 2011 konnten erstmals Filmbeispiele präsentiert werden. Die neue Medienform zur Vermittlung von Projektergebnissen wurde von den Beiräten diskutiert und grundsätzlich befürwortet. Daraus ergab sich der nächste Schritt: das vorhandene Filmmaterial zu einem Kurzfilm mit dem Thema Tanzen und dem Titel „Das Herz wird nicht dement“ zu erstellen.

Die nächste Präsentation erfolgte bei einem TIK-Treffen in Stuttgart im November 2011 und die Anregungen der Runde wurden für die weitere Bearbeitung des Kurzfilms aufgegriffen. In Kooperation mit der Projektbegleitung (BAuA) führten weitere grundsätzlich konzeptionelle Überlegungen dazu, gute Praxisbeispiele generell in Form von Kurzfilmen zu zeigen. Anlässlich des vierten Beiratstreffens im Dezember 2011 wurde sowohl das Konzept als auch die letzte überarbeitete Version des Kurzfilms „Tanzcafé“ vorgestellt.

Für die dritte Publikation wurde in Absprache mit der Projektbegleitung (BAuA, gsub) entschieden, auf das Manual zu verzichten und stattdessen die Interventionsbausteine als Kurzfilme aufzubereiten. Zusätzlich wurden aus diesem Budget 11 Praxishilfen erstellt, in denen Hintergrundinformationen zu den Interventionsbausteinen und den thematischen Schwerpunkten der weiteren acht Kurzfilme verarbeitet sind. Folgende Kurzfilme geben Einblick in den Interventionsansatz:

- (1) Information zum Projektansatz DemOS
- (2) Lernbegleitung: Demenz balance-Modell©
- (3) Arbeitsgruppe: Frische Luft – Bewegungsförderung im Pflegeheim
- (4) Praxisbegleitung: Tanzcafé für Menschen mit Demenz (Pilotfilm)

5.4 Aufstockungsantrag

Die Resonanz auf den Pilotfilm „Das Herz wird nicht dement“ und auf die konzeptionelle Vorarbeit seitens der BAuA bewog die Beiräte und das Ministerium (Dezember 2011), eine Produkterweiterung in Betracht zu ziehen. Der Kurzfilm wurde als Transfermedium für eine junge interessierte Fachöffentlichkeit sehr positiv bewertet. Durch die Internetpräsenz ist ein leichter und schneller Zugriff gewährleistet und der Transfer für unterschiedliche Interessensgruppen gesichert. Um eine Aufstockung der Projektmittel zu gewähren, forderte das Ministerium alle drei Modellprojekte auf, ein schlüssiges Konzept mit einer Kurzbeschreibung der Filminhalte zu erstellen. Auf dieser Grundlage wurde die Finanzierung der Kurzfilmproduktion kalkuliert und letztendlich bewilligt. Die Organisation und Steuerung wurde dem Modellprojekt DemOS übertragen:

- Erstellung eines Filmkonzepts (Vorlage für Beiratssitzung 11/2011)
- Erstellung eines Leistungsprofils als Angebotsgrundlage
- Einholung von Vergleichsangeboten und Absprachen mit Projektträger
- Kommunikation und Zuarbeiten mit den Modellprojekten BidA und demogAP
- Abstimmung mit BAuA und INQA zu Vor- und Abspann
- Rechnungsprüfung

Im Aufstockungsantrag sind 11 Kurzfilme für alle drei Modellprojekte beantragt. Für das DemOS-Projekt waren 8 thematische Kurzfilme geplant, die folgende Zielstellung erfüllen:

- Impulse für die tägliche Arbeit geben z.B. Mahlzeiten gestalten
- Sensibilisierung zu ganz speziellen Themen z.B. Selbstpflege

Aus der Projektarbeit kristallisierten sich unterschiedliche Themenbereiche heraus, die als Kurzfilme geeignet erschienen. Um die Nachhaltigkeit zu verbessern, wurde eine Produktkombination aus Trailer und Hauptmedium vereinbart (d.h. Kurzfilm + Pdf. bzw. Printmedium mit vertiefenden Handlungshilfen für die tatsächliche Umsetzung der Idee). Somit war gewährleistet, dass der Nutzer sich mit kurzweilig aufbereiteten neuen Themen befassen kann und mit dem vertiefenden Material eine Umsetzungshilfe zur Verfügung gestellt wird. Die Erstellung der Kurzfilme erfolgte in enger Kooperation mit der Produktionsfirma und beinhaltete folgende Arbeitsschritte:

- Briefing zur Filmproduktion
- Mitgestaltung von Drehbüchern

- Musik- und Bildrechte klären, einholen, abstimmen
- Organisation der Filmaufnahmen Vorort (Absprachen zum Ablauf, Mitarbeiter-Inneneinsatz, Infomaterial für BGW-Vorschriften, Vorbereitung zu Interviews)
- Begleitung bei Filmaufnahmen
- Sichtung des Filmmaterials und Abstimmung mit Produktionsfirma
- Abstimmung und Korrekturhinweise beim Filmschnitt
- Zuarbeit für die Ausgestaltung der Bauchbinden
- Zuarbeit für den Abspann
- Abklärung von Musikrechten
- Beantragung der Auslieferungsbescheinigung für das Presswerk bei der GEMA
- Klärung von Layoutvorgaben für DVD (Jugendschutz)
- Erstellung von 12 Praxishilfen inkl. Visualisierungskonzept für Zeichnungen
- Abstimmung Cover und Labels mit Grafikdesign und Produktionsfirma
- Angebote und Beauftragung für CD (Auflage 300) mit Praxishilfen (PDF-Dokumente), Layout etc.
- Koordination und Abstimmung zur Mappe (Auflage 300) für ein „Medienmappe DemOS“ (neu), Konzept, Layout und Produktion: die Mappe enthält 1 x Leitfaden, 3 x Broschüre, 1 x Doppel-DVD mit allen Kurzfilmen und 1 CD mit Praxishilfen
- Absprachen zur Darstellung auf der Modellprojekthomepage DemOS

6 B1 Projektverwaltung und externe Evaluation (fortlaufend ab November 2009 bis Oktober 2012)

6.1 Mittelverwaltung / sonstige Verwaltungsarbeiten

- Buchhalterische Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung von Projektkosten, Reiskosten, Anschaffungen etc.
- Erstellung und Korrekturen bei Verwendungsnachweisen
- Umwidmungsanträge
- Mittelanforderungen
- Mittelabforderungen
- Abstimmung mit Projektträger
- Organisation einer Beiratssitzung und Protokollerstellung

6.2 Erstellung von Zwischenberichten

Es wurden insgesamt 4 Sachstandsberichte und 4 Ampelberichte erstellt.

Für die jeweiligen Beiratssitzungen wurden Kurzübersichten zum Projektstand vorbereitet.

6.3 Erstellung Projektbericht

Der Abschlussbericht mit einer ausführlichen Darstellung der Evaluation ist erstellt. Im Anhang sind die

6.4 Kooperation mit der externen Evaluation

Insgesamt wurden in den Räumen der Demenz Support Stuttgart 10 Workshops mit der externen Evaluation durchgeführt.

Drei weitere Workshops mit Beteiligung aller Modellprojekte fanden an den jeweiligen Standorten statt. Hierbei übernahm jedes Modellprojekt einmal die Organisation für die Teilnehmergruppe.

7 Art und Umfang der Zielerreichung

Die Intervention wurde in acht Pflegeeinrichtungen durchgeführt und evaluiert. Es hat sich jedoch in den ersten beiden Einrichtungen bereits abgezeichnet, dass der Zeitraum von fünf Monaten zu knapp bemessen war. Die Freistellung des Personals für die Fortbildungstage und Arbeitsgruppen waren mit einem hohen Organisationsaufwand verbunden. Die Rückmeldung der beteiligten Einrichtungen zur Intervention ist eindeutig: der Inhalt wurde sehr geschätzt und für zukünftige Projekte wurde ein Interventionszeitrahmen von einem Jahr vorgeschlagen.

Die Evaluation sollte nachfolgende Hypothesen überprüfen:

Steigerung der Arbeits- und Berufszufriedenheit der MitarbeiterInnen

Die WSI-Studie der Hans-Böckler-Stiftung (Bispinck et al. 2012) zeigt auf, dass die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Arbeit für alle Berufsgruppen deutlich höher (Mittelwert 3,44) liegt als die Zufriedenheit mit der Arbeit speziell in den Pflegeberufen (Mittelwert 3,25). Umso mehr verblüffen die hohen Werte (Mittelwert 3,69) im DemOS-Projekt unmittelbar vor Beginn der Interventionsphase. Bei diesen hohen Ausgangswerten sind die Möglichkeiten, Verbesserungen durch eine Intervention zu erzielen, erschwert. Hinzu kommt, dass bei der Beantwortung der Frage nach der Arbeitszufriedenheit auch die Bewertung struktureller Bedingungen, wie z. B. die Höhe der Bezahlung, der Personalschlüssel oder das gesellschaftliche Ansehen eine Rolle spielt. Der Interventionsansatz stellt für diese Aspekte der Arbeitszufriedenheit keine Maßnahmen zur Verfügung. Konkrete Fragen zu den wahrgenommenen Veränderungen in der Einrichtung lassen eine realistischere Einschätzung zur Arbeitszufriedenheit zu. Die Ergebnisse dazu waren rundum erfreulich, da sich die Zufriedenheit hier durchgängig und zum Teil signifikant erhöhte und noch fünf Monate nach Interventionsende (t2) stabil blieb.

Verbesserung der Wahrnehmung der arbeitsbezogenen Ressourcen und Stressoren, insbesondere die Wahrnehmung des sozialen Klimas

Die Wahrnehmung der arbeitsbezogenen Ressourcen verbesserte sich in der Interventionsgruppe bei neun von zwölf Subskalen. Auffallend war, dass hier die Pflegefachkräfte schon vor Interventionsstart (t0) deutlich bessere Werte aufwiesen als die Pflegehilfskräfte. Dieser Unterschied verstärkte sich noch am Ende der Intervention (t1). Die Pflegefachkräfte nahmen die Ressourcen also als deutlich besser wahr als ihre formal nicht qualifizierten KollegInnen. Dies ist bedeutsam, denn die verfügbaren Ressourcen tragen erheblich zur Bewältigung von Anforderungen und Belastungen bei. Es ist ein nicht zu unterschätzender Gewinn, wenn eine Intervention hier eine Steigerung erzielen kann. Bei den Wartekontrollgruppen verschlechterten sich allerdings die Werte einiger Subskalen signifikant. Dies ist nur schwer zu interpretieren, da für diesen Zeitraum keine weiteren Daten erhoben wurden. Bei zwei der vier Wartekontrollgruppen ist allerdings bekannt, dass tiefgreifende Veränderungen stattfanden.

den, die durchaus Irritationen hervorrufen konnten. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass allein das Wissen darüber, dass man an einer Untersuchung teilnimmt, den Blick auf den Alltag schärft und man zu kritischen Beurteilungen gelangt. Gegen diese Annahme spricht allerdings, dass diese signifikanten Verschlechterungen nur bei den wahrgenommenen Ressourcen auftraten.

Reduzierung der wahrgenommenen Belastung durch die BewohnerInnen und Steigerung der Selbstwirksamkeit der MitarbeiterInnen gegenüber den BewohnerInnen

Bei den wahrgenommenen arbeitsbezogenen Stressoren sind die Ergebnisse besonders erfreulich, da in allen Subskalen und über die Zeit stabile Verbesserungen erzielt werden konnten. Besonders hervorzuheben ist die Reduktion bewohnerbezogener Stressoren, insbesondere bei den integrativen Einrichtungen und bei den Pflegefachkräften. Diese Ergebnisse wurden durch die eingesetzte Zusatzskala von Glaser & Hornung (2008) bestätigt, wonach die wahrgenommene Belastung durch dementiell erkrankte BewohnerInnen am Ende der Interventionsphase hochsignifikant abgenommen hat. Dieses Ergebnis verweist auf die Wirksamkeit der demenzspezifischen Intervention. In anderen Studien zeigte sich hier die besondere Belastung des Altenpflegepersonals durch die BewohnerInnen mit Demenz. Bedauerlicherweise steigen die wahrgenommenen Belastungen durch dementiell erkrankte BewohnerInnen fünf Monate nach Interventionsende (t2) wieder statistisch bedeutsam an, was darauf hinweist, dass diese Belastungen besonders komplex sind und einer längeren Schulung als die fünf Monate durch DemOS und einer kontinuierlicher Begleitung bedürfen.

Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit der MitarbeiterInnen in der Beziehung zu den BewohnerInnen verbesserte sich nach der Intervention ebenfalls signifikant – in den integrativen Einrichtungen sogar hochsignifikant. Diese positiven Effekte waren auch noch nach fünf Monaten (t2) vorhanden. Die Intervention bewirkte also erfreulicherweise eine nachhaltige Steigerung der Selbstwirksamkeit, die für eine aktive und wirkungsvolle Bewältigung von Problemen besonders wichtig ist. Insgesamt sind die Ergebnisse hinsichtlich der arbeitsbezogenen Stressoren und der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit sehr erfolgsversprechend und ermutigend.

Verbesserung der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit bzw. der selbsteingeschätzten Gesundheitszustands und tendenzielle Reduzierung des Burnout-Risikos

Im Hinblick auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit (Work ability index) lag zum Interventionsstart ein Mittelwert von 38,1 vor. Im Vergleich dazu wurde in der Next-Studie (Simon et al. 2005) bei 498 MitarbeiterInnen aus Altenpflegeheimen ein Mittelwert von 36,4 erreicht. Der Ausgangswert zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit war in den Interventionsgruppen besser und steigerte sich nach der Intervention (t2) bis auf einen Wert von 38,9. Eine statistisch bedeutsame Verbesserung erzielten hierbei die Pflegefachkräfte. Während der Intervention hatte sich die Gesundheitsförderung als schwierig erwiesen, da es für die MitarbeiterInnen in erster Linie um das Wohlergehen der BewohnerInnen ging. Sie erlebten es fast als unangemessene Anforderung, wenn sie sich zusätzlich um die eigene Gesundheit / Selbstpflege kümmern sollten. Es bedarf u. E. längerer und spezifischer Interventionen, um die Gesundheitsförderung längerfristig beim Pflegepersonal wirkungsvoll zu verankern. Unter diesem Gesichtspunkt und der doch guten Ausgangslage sind die Verbesserungen insgesamt beachtlich.

Ähnlich stellten sich die Ergebnisse beim Burnout dar. Diese Werte waren erfreulich positiv und sie steigerten sich zum Interventionsende (t1) signifikant in der Subskala

„Emotionale Erschöpfung“ – sie wird als individuelle Kernkomponente des Syndroms aufgefasst – und dies blieb auch weitere fünf Monate (t2) stabil.

Insgesamt zeigten Einrichtungen bzw. Wohnbereiche mit einem integrativen Versorgungskonzept einen großen Bedarf an Informationen und Schulungen. Die Studienergebnisse belegen, dass sie vom Interventionsansatz stärker profitieren als Einrichtungen mit einem segregativen Versorgungskonzept. Gleichzeitig kann konstatiert werden, dass die Gruppe der Pflegefachkräfte stärker von der Intervention profitieren als die Kolleg/-innen ohne formale Pflegeausbildung.

Mit dem Interventionsansatz „DemOS“ konnten MitarbeiterInnen in der Versorgung und Betreuung von demenzkranken BewohnerInnen Kompetenzen vermittelt werden, die zu einer Entlastung beigetragen haben. Dies ist gerade hinsichtlich der integrativen Einrichtungen von Bedeutung, da diese (noch) das überwiegend vorhandene Versorgungskonzept darstellen.

Durch eine erhöhte Arbeitszufriedenheit geht eine Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität einher und die Intervention hat eine positive Wirkung auf die Lebensqualität der beteiligten BewohnerInnen

Die Stichprobe umfasst 181 BewohnerInnen. Davon lebten 100 Personen in integrativen und 81 Personen in segregativen Versorgungsformen. Der männliche Anteil an der Stichprobe beträgt 22,7%, der in den segregativen Wohnbereichen mit 25,9% deutlich höher ausfällt als in Wohnbereichen mit integrativer Versorgung (20%). Das durchschnittliche Alter der BewohnerInnen liegt bei 83,7 Jahren (min. 58 Jahre, max. 102 Jahre). Während in den segregativen Wohnbereichen die 80-84-Jährigen mit 27,2% die größte Bewohnergruppe darstellt (n=80), bilden in der anderen Versorgungsform (n=100) die 85-89-Jährigen mit 37% den größten Anteil. Seit mindestens zwei Jahren wohnten 56% der BewohnerInnen in den Pflegeeinrichtungen (max. 10 Jahre und mehr). 50,8% aller BewohnerInnen haben Pflegestufe 2 und 25,4 % Pflegestufe 3. In den Einrichtungen mit segregativer Versorgung liegt die Eingruppierung in Pflegestufe 2 mit 54,3% und in Pflegestufe 3 mit 34,6% jedoch deutlich höher. Bei 75,7% aller beteiligten BewohnerInnen war eine Demenz verzeichnet. Auffallend ist hierbei der Unterschied in den beiden Versorgungsformen. In segregativen Einrichtungen liegt bei 33,8% der BewohnerInnen eine Facharzt diagnose vor und in integrativen Einrichtungen lediglich für 3,5% der BewohnerInnen.

Zur Einschätzung der Lebensqualität wurden unterschiedliche Instrumente (Barthel, QUALID, CMAI) eingesetzt. Die Datenauswertung zeigte schwer interpretierbare Ergebnisse. Dies kann auf die Stichprobe zurückgeführt werden, da es sich um eine multimorbide Personengruppe handelt, die schon vor Beginn der Intervention z. T. sehr beeinträchtigt war und kleinste Veränderungen als Verbesserungen zu betrachten sind, die mit den eingesetzten Methoden kaum oder nicht erfassbar waren. Die eingesetzten Fragebögen lassen hinsichtlich der Objektivität und Zuverlässigkeit nach unserer jetzigen Erfahrung Zweifel aufkommen. Ein weiteres Problem ist die Ausfüllqualität der Bewohner-Fragebögen, die zum Großteil ungenügend war. Die Verbesserung der Lebensqualität für die BewohnerInnen durch die Intervention kann nicht bestätigt werden.

Modellhafter Nutzen des Vorhabens bzw. der Ergebnisse

Die Partizipation der PflegemitarbeiterInnen und der Interventionsansatz mit seinen drei Bausteinen haben sich als erfolgreich erwiesen. Durch die Analyse der Ausgangssituation kann die Arbeitsrealität der Pflegenden erfasst werden – sowohl in seinen Stärken als auch in seinen Schwächen. Die Bestandsaufnahme fordert die Beteiligten (PflegemitarbeiterInnen und Führungskräfte) auf, in einem gemeinsamen Bewertungs- und Aushandlungsprozess relevante Themen zu identifizieren und Prioritäten zu setzen. Damit sind die Themen für die nächsten Bausteine (Qualifizierung und Prozessbegleitung) gewählt und für die Beteiligten von Bedeutung. Diese Voraussetzung ist für Veränderung günstig.

Nachhaltigkeit bzw. zukünftige Nutzbarkeit

Der Interventionsansatz als auch die thematischen Schwerpunkte aus acht beteiligten Pflegeeinrichtungen sind so aufbereitet, dass eine vielfältige Nutzung möglich ist. Die Medienmappe DemOS kann für die Ausbildung in Alten-, Gesundheits- und Krankenpflegeberufen genutzt werden. Anschauungsmaterialien wie die Kurzfilme können in den Themenfeldern der Ausbildung anregende Impulse geben. Ein aktiver Umgang mit Tabuthemen, wie in der Broschüre „Für alle Fälle...“ gefordert wird, sollte in der Ausbildung frühzeitig für die Entwicklung von Selbstpflegekompetenzen eingeführt werden. Die Medienmappe DemOS kann ebenfalls in Qualifizierungsangeboten eingebunden werden. Sowohl die Kurzfilme als auch die Checklisten bieten einen Einstieg für eine thematische Vertiefung, die sowohl von gerontopsychiatrischen Fachkräften als auch von freiberuflichen Dozenten angeleitet werden kann.

Für eine Pflegeeinrichtung bietet die Medienmappe für unterschiedliche Personengruppen wertvolle Anregungen: Führungskräfte können mit dem „Check: Arbeitsplatz Pflegeheim“ eigenständig eine Analyse der Einrichtungssituation bzw. für einzelne Teilbereiche vornehmen oder sich durch die Praxishilfen konzeptionelle Angebotserweiterungen aneignen. Pflegende erhalten für ihre tägliche Arbeit Impulse durch die Kurzfilme und Entlastung durch die Broschüre. Einer zukünftigen Nutzbarkeit steht im Moment nichts im Wege.

Weiterentwicklung der Produkte

Die erste Auflage der Medienmappe DemOS ist bereits vergriffen und ein Nachdruck mit einer Auflage von 1000 wird über INQA organisiert.

Die Erstellung der Broschüre „Den Alltag mit Menschen mit Demenz gestalten“ ist als Erweiterung und Ergänzung der bestehenden INQA-Broschüre „Die andere Welt verstehen“ geplant. In der zweiten „Demenzbroschüre“ werden die Themenfelder aufgegriffen, die zum einen für Pflegende in der Alten- und Krankenpflege eine Entlastung bedeuten können und zum anderen in den letzten Jahren an Relevanz gewonnen haben und in der ersten Broschüre nicht berücksichtigt werden konnten.

8 Wertung und Ausblick

Förderliche Rahmenbedingungen

1. Die fachliche Begleitung durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin war in mehrfacher Hinsicht unterstützend und fördernd:
 - Konkrete Hinweis bei der Antragsweiterbearbeitung für die Posten Öffentlichkeitsarbeit und Produkterstellung und Unterstützung bei administrativen Fragestellungen

- Kompetente und schnelle Rückmeldung bei Abstimmungsprozessen wie Fachartikel, Berichte, Veranstaltungen, Layoutvorgaben, Drehbücher, Praxishilfen etc.
 - Konstruktive Beiträge zur Entwicklung und inhaltlichen Ausgestaltung der Medienmappe DemOS
2. Die Strukturvorgaben zum Berichtswesen (Sachstand- und Ampelbericht) waren insofern ein Vorteil, dass damit ein Innehalten im Projektgeschehen verbunden war, um den aktuellen Projektstand zu reflektieren, zu bilanzieren und als Bericht aufzuarbeiten.
 3. Die externe Evaluation bot eine zusätzliche Reflexionsebene und gab wichtige Impulse für Weiterentwicklungen (siehe Kurzfilme).
 4. Die Diskussion mit dem Beirat ergaben weitere Anregungen für das Projekt.

Hemmende Rahmenbedingungen

1. Die Bearbeitung von Verwendungsnachweisen hat sich als sehr zeitaufwändig herausgestellt. Durch den Wechsel der Bearbeitungsinstanzen (Ablösung von BAuA durch gsub) waren mündliche Absprachen und Vereinbarungen obsolet. Die Kommunikationsprozesse waren teilweise zeitaufwändig und die Beantwortungszeit bei drängenden Fragen war manchmal etwas zu lang. Allerdings bezieht sich diese Kritik nicht auf alle MitarbeiterInnen der gsub. In anderen Fällen erhielten wir eine schnelle und sehr kompetente Unterstützung.
2. Die Terminvereinbarungen für den Beiratssitzungen sind nicht langfristig genug vereinbart worden. Deshalb konnten einige Beiräte nie teilnehmen.
3. Die Erhebung in den Einrichtungen war mit einem hohen Personalaufwand vor Ort verbunden. Die Freistellung der MitarbeiterInnen für die Interventionsbausteine haben die Einrichtungen aus eigener Kraft gestemmt. Hier sind nicht selten Engpässe aufgetreten. Eine Finanzierung dieser Personalressourcen hätte Entlastung gebracht.
4. Die Ausfüllqualität der Fragebogen muss im Hinblick auf die Bewohnersituation hinterfragt werden. Es wurde versäumt, bei der Antragstellung einen pekuniären Anreiz für die Bearbeitung von Fragebogen einzuplanen.
5. In der Projektarbeit hat sich gezeigt, dass verdeckte Konflikte zwischen MitarbeiterInnen und Führungskräften den Ablauf beschweren. Auch unklare Leitungsstrukturen und Zuständigkeiten haben sich in den Einrichtungen negativ ausgewirkt. Des Weiteren war die Verständigung in deutscher Sprache nicht in allen Teams eine Selbstverständlichkeit. Dies stellte sowohl für die Qualifizierungsangebote eine Herausforderung dar als auch für die Teamzusammenarbeit.

Empfehlungen für zukünftiger Förderprogramme

Der administrative Aufwand in einem Modellprojekt ist zeitaufwändig und fehleranfällig, wenn die Grundlagen des Zuwendungsrechts nicht bekannt sind und die Abwicklung eines Modellprojektes neu ist. Es werden deshalb zwei Workshops angeboten:

1. zu Beginn eines Förderzeitraums erhalten die Zuwendungsempfänger in einem Workshop Grundlagenwissen vermittelt und durch kleinen Übungen Einblick in die Abwicklung.
2. in der Mitte des Förderzeitraums erfolgt der zweite Workshop zu den Erfahrungen und Fragen, die sich noch nicht geklärt haben

Die Arbeit des Beirats folgt einem Konzept, indem seine Aufgaben klar beschrieben sind. Daran orientiert sich die Berufung des Beirats, die Informationsstruktur im Projektzeitraum (Sachstandsbericht, Umgang mit vertraulichen Informationen) und der Ablauf von Beiratstreffen.

Die Auswahlkriterien der Modellprojekte eines Förderschwerpunktes sollten von Anfang an transparent gemacht werden, um die Zusammenarbeit zwischen den Modellprojekten zu fördern. Hier kann die externe Evaluation einen großen Beitrag leisten, indem die Workshops sowohl für gemeinsame Treffen als auch für die Einzelbetreuung der Modellprojekte eingeplant werden.

9 Zusammenfassung

Das Interventionsprogramm konnte in allen acht Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden. Insgesamt hat sich gezeigt, dass der Interventionszeitraum von 5 Monaten sehr ambitioniert war und die beteiligten Einrichtungen teilweise vor große organisatorische Herausforderungen stellte. Das Interventionsformat wurde bereits in den ersten beiden Einrichtungen dahingehend verändert, dass die zweistündigen Fortbildungseinheiten durch Ganztagesfortbildungen ersetzt wurden. Daraus ergab sich für die teilnehmenden MitarbeiterInnen eine deutliche Entspannung – sie waren überwiegend an diesen Fortbildungstagen von Dienstensätzen auf ihren Wohnbereichen freigestellt.

Die MitarbeiterInnen standen konsequent beim Start der Intervention im Mittelpunkt. Sie waren aufgefordert, die Punkte zu benennen, die ihren Arbeitsalltag beschweren und sie sollten Lerninhalte auswählen, die für sie wichtig waren. Die Beteiligung war für einige überfordernd, zumal dieser Ansatz für viele Pflegende ungewohnt ist bzw. die Bedürfnisse nach Partizipation durch die Prämissen der Berufstätigkeit und der damit verbundenen Orientierung am Wohlergehen des Gegenübers verschüttet sind. Teilweise schien ein latenter Argwohn bei der Auswahl von Themen auf, denn jede Befassung mit einem neuen Thema zieht einen Rattenschwanz an Neuerungen und Veränderungen nach sich, die den angespannten Arbeitsalltag noch zusätzlich belasten. Dennoch zeigten die MitarbeiterInnen von Anfang an eine positive Resonanz auf den Ansatz. Konkret und aktiv in die Themenauswahl eingebunden zu sein, weckte zugleich eine unerfüllbare Hoffnung, durch die Projektbegleitung Lösungen für alle Praxisprobleme ad hoc und gleichsam auf dem Silbertablett unterbreitet zu bekommen. Partizipation ist ein noch weitgehend unerschlossenes Lern- und Erfahrungsfeld für Mitarbeitende und Führungskräfte in der Altenhilfe. Hier sind viele Gestaltungsspielräume noch nicht ausgeschöpft, aber auch das Thema der geteilten Verantwortung noch Neuland.

In der Auswahl der Fortbildungsthemen spiegeln sich die beiden Versorgungskonzepte. Während MitarbeiterInnen aus Spezialeinrichtungen Themen wie Teamzusammenarbeit oder Selbstpflege favorisieren und hierzu auch den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen rechnen, wünschen sich MitarbeiterInnen aus den Pflegeeinrichtungen mit einem integrativen Versorgungsansatz Grundlagen. Fachwissen Demenz, Biografiearbeit, Milieuthérapie, Kommunikation und selbstverständlich auch Wissen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten. Insgesamt sprechen die Bewertungen zu den Fortbildungsangeboten und die Ergebnisse der Ar-

beitsgruppen dafür, dass die Intervention eine hohe Akzeptanz gefunden und gute Ergebnisse erzielt hat. Nicht zuletzt die maßgeschneiderte Interventionsauswahl und prozesshafte, praxisnahe (vor Ort) Durchführung und Methodik scheinen in engem Zusammenhang mit diesem Erfolg zu stehen.

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Intervention „DemOS“ zu insgesamt beachtenswerten Erfolgen beim Pflege- und Betreuungspersonal führte. Nicht nur dass die beteiligten MitarbeiterInnen die Intervention außerordentlich positiv beurteilen, es sind auch die arbeitsbezogenen Stressoren, die sich deutlich reduzieren. Besonders erfreulich sind die Ergebnisse zu den wahrgenommenen Belastungen durch die BewohnerInnen. Diese Belastungen werden in der Literatur immer wieder als die hauptsächliche Quelle für das Stresserleben im Altenpflegeberuf genannt. Diese Belastungen steigen allerdings im Laufe von 5 Monaten wieder bedeutsam an, was darauf hindeutet, dass dieses komplexe Themenfeld eine kontinuierliche Weiter- und Nachbetreuung benötigt. Ermutigend dagegen sind eine Reihe der positiven Effekte die auch 5 Monaten nach Abschluss der Intervention noch vorhanden sind.

Besonders profitieren konnten die integrativen Einrichtungen bzw. Wohnbereiche und die qualifizierten MitarbeiterInnen. Somit kann „DemOS“ einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Versorgung und Betreuung der zunehmenden Anzahl demenzkranker BewohnerInnen zu verbessern, da gerade die integrativen Einrichtungen bisher das überwiegend vorhandene Versorgungskonzept darstellen.

10 Literaturverzeichnis

- Alzheimer Europe. (2009): Alzheimer Europe Press release 13.07.2009: Numbers of people with dementia in Europe higher than previously reported. Wien: Alzheimer Europe
- Bispinck, R.; Dribbusch, H.; Öz, F.; Stoll, E. (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen (pdf). Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Arbeitspapier 07/2012, Düsseldorf, Juli 2012
- BMG (Hrsg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Buchinger, S. (2009): Oasen sind für Pflegekräfte sehr belastend: Untersuchung zu Arbeitsbedingungen. In: Die Schwester Der Pfleger 48(6).
- Edberg, A. K.; Bird, M.; Richards, D. A.; Woods, R.; Keeley, P.; Davis-Quarrell, V. (2008): Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. In: Aging & Mental Health 12(2), 236-243.
- Falk, H.; Persson, L. O.; Wijk, H. (2007): A psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scale. In: International Psychogeriatrics 19(6), 1040-1050
- Hansen (Hg) (2006): Medizin des Alterns und des alten Menschen. Schattauer
- O'Dwyer, L.; Lamberton, F.; Bokde, A.L.W.; Ewers, M.; Faluyi, Y.O.; Tanner, C.; Mazoyer, B.; O'Neill, D.; Bartley, M.; Collins, D.R.; Coughlan, T.; Prvulovic, D. & Hampel, H. (2012): Using Support Vector Machines with Multiple Indices of Diffusion for Automated Classification of Mild Cognitive Impairment. PLoS ONE: Research Article, open-access, published 23 Feb.
- Ready, R.E. & Ott, B.R. (2003): Quality of Life measures for dementia. Health and

Quality of Life Outcomes, 1:11

- Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M.; Kümmerling, A.; Büscher, A. & Müller, B.H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. <http://www.next.uni-wuppertal.de>
- Vernooij-Dassen, M. J.; Faber, M. J.; Olde Rikkert, M. G.; Koopmans, R. T.; van Achterberg, T.; Braat, D. D.; Raas, G. P.; Wollersheim, H. (2009): Dementia care and labour market: The role of job satisfaction. In: *Aging & Mental Health* 13(3), 383-390.
- Weiner, M. F.; Martin-Cook, K.; Svetlik, D. A.; Saine, K.; Foster, B.; Fontaine, C. S. (2000): The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 1(3), 114-116
- Weyerer, S.; Bickel, H. (2007): *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.