

# **Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieuthérapie – Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) – Stuttgart.**

**Sibylle Heeg, Beate Radzey, Christina Kuhn, Siegfried Weyerer, Martina Schäufele, Christine Rockenbach, Leonore Köhler**

## **1 Projektdaten**

Projektträger: Prognos AG, Unter Sachsenhausen 37, 50667 Köln  
Paridienst GmbH, Loher Str. 7, 42883 Wuppertal

Projektleitung: Sibylle Heeg  
Hölderlinstr. 4  
70174 Stuttgart  
Telefon: 0711 – 99 787 12  
Email: [s.heeg@demenz-support.de](mailto:s.heeg@demenz-support.de)

Bundesland: Baden-Württemberg

Kooperation: Arbeitsgruppe Psychogeriatric des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, J 5, 68159 Mannheim

Personal: Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V.  
Dipl. Ing. Sibylle Heeg (Sozialplanung, Architektur)  
Dipl. Hhoec. Beate Radzey (Haushaltsökonomie)  
Christina Kuhn M.A. (Kulturwissenschaft und Pädagogik)

Arbeitsgruppe Psychogeriatric – Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Prof. Siegfried Dr. Weyerer (Leitung der Arbeitsgruppe Psychogeriatric)  
Dr. Martina Schäufele (Psychologie)  
Christine Rockenbach, M.A. (Psychologie)  
Leonore Köhler (Sozialwissenschaften)

Finanzierung: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
Sozialministerium Baden-Württemberg  
Erich und Liselotte Gradmann Stiftung

## Kurzbeschreibung

Kern des Projektansatzes ist die Grundannahme, dass kleine, überschaubare, milieuthérapeutisch orientierte Wohngruppen die Lebensqualität für Menschen mit Demenz in der stationären Versorgung stützen bzw. fördern. Übergeordnetes Ziel des Projektes „Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich“ ist es daher, die Implementierung von Demenzwohngruppen durch Umwandlung von bisher integriert belegten Pflegeplätzen in bestehenden Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, die Erfahrungen bei der Umsetzung zu sammeln, die Effekte auf die BewohnerInnen zu evaluieren und der Altenhilfe als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung zu stellen.

Das Projekt untersucht die Frage, unter welchen Bedingungen für eine bestimmte Gruppe von Menschen mit Demenz das international als qualitativ eingeschätzte Konzept der Demenzwohngruppe umgesetzt werden kann. Außerdem soll überprüft werden, wie sich die neue Versorgungsform auf das Befinden und Verhalten der BewohnerInnen sowie auf das Belastungserleben des Pflegepersonals auswirkt.

Das Projektdesign ist als Interventionsstudie angelegt, an der sieben Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg teilnehmen. In sechs Einrichtungen wird eine baulich abgegrenzte Wohngruppe mit ca. 12-15 Plätzen eingerichtet, in der mobile, mittel bis schwer Demenzkranke eine besondere Betreuung mit milieuthérapeutischer Orientierung erhalten; eine Einrichtung dient als Referenzobjekt. Milieuthérapie in der Praxis umgesetzt bedeutet, dass das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz durch die Anpassung der Umwelt gefördert wird, indem die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Die Intervention erfolgt in drei Milieudimensionen. Das bauliche Milieu wird entsprechend dem Leitbild einer alltagsnahen Wohnumgebung mit den für schwerer Demenzkranke notwendigen kompensatorischen und therapeutischen Merkmalen<sup>1</sup> gestaltet. Das organisatorische Milieu (Tagesstruktur, Personaleinsatz, Pflegeorganisation etc.) wird entsprechend der milieuthérapeutischen Konzeption verändert. Der Schwerpunkt der Intervention liegt schließlich auf der Veränderung des sozialen Milieus, das zum einen durch die neu zusammen gesetzte Bewohnerschaft geprägt und zum anderen über das Personal entscheidend beeinflusst wird. Die MitarbeiterInnen werden über mehrere Monate vom Projektteam qualifiziert, um eine angemessene Haltung im Umgang mit Demenzkranken zu entwickeln und das notwendige Repertoire für eine qualitativvolle Arbeit mit Menschen mit Demenz einzuüben.

Im Rahmen der wissenschaftliche Begleitung sollen die erzielten Effekte durch den Einsatz von standardisierten Fragebogen ausgewertet werde. Das Projekt wird unter dem Namen MIDEMAS (**M**ilieuthérapeutische **D**emenzwohngruppen **M**annheim/**S**tuttgart) von der Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V. Stuttgart in Kooperation der Arbeitsgruppe Psychogeriatric des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim durchgeführt.

## 2 Problemstellung und Ziele des Projekts

Der Projektansatz wurde am Problemkomplex des demographisch prognostizierten Anstiegs von Menschen mit Demenz, der aktuellen Bewohnerstruktur in stationären Pflegeeinrichtungen (über 60% der BewohnerInnen mit Demenz) und der vorhandenen stationären Versorgungs- und Betreuungspraxis entwickelt. Die Fachöffentlichkeit wie auch die Träger sind inzwischen darauf sensibilisiert, das Altenhilfesystem im Hinblick auf die „Herausforderung Demenz“ weiterzuentwickeln. Im stationären Bereich werden über den „integrativen“ Betreuungsansatz hinaus neue Versorgungsformen diskutiert. Obwohl international positive Erfahrungen mit sogenannten Demenzwohngruppen vorliegen, hat eine Übertragung dieses Konzepts in die bundesdeutsche stationäre Versorgungslandschaft bisher nur vereinzelt statt gefunden. Die Umsetzung scheitert oft daran, dass große Unsicherheiten bestehen, wie eine erfolgreiche

---

<sup>1</sup> Heeg, Sibylle (2001) Bau und Innenraumgestaltung. In: Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen. Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Nr. 3 Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 105-126

Versorgung und Betreuung unter den konkret vorliegenden Rahmenbedingungen einzuleiten ist.

Diese Wohngruppen sollen nicht als gerontopsychiatrische (geschlossene) Stationen mit einer Bewohnerzahl von 20-30 BewohnerInnen, sondern als stationsintegrierte kleine Wohneinheiten (10 bis max. 15 Plätze) betrieben werden. Die Einführung wird durch das Projektteam begleitet, das die notwendigen organisatorischen und baulichen Veränderungen vorschlägt, die Konzepte vor Ort präzisiert, Kriterien für die Belegung der Wohngruppe entwickelt, im Rahmen von „in-house“ Fortbildungen den Prozess der Umorientierung moderiert, demenzangemessene Betreuungsformen mit Pflegekräften einübt und den Erfolg oder Misserfolg der Veränderungen dokumentiert und an die Beteiligten rückmeldet.

Ausgehend von internationalen Erfahrungen und Forschungsergebnissen wurde ein Projekt-design entwickelt, das zum einen die Umsetzung von Demenzwohngruppen in sechs Pflegeheimen intensiv begleitet (Intervention) und zum anderen die Erhebung und Auswertung von Daten unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten gewährleistet. Durch die systematische, über den Einzelfall hinausgehende wissenschaftliche Begleitung soll es möglich werden, fundierte Aussagen zur Wirksamkeit dieser Versorgungsform zu machen.

Der Projektansatz verknüpft also die praktische Ebene der Begleitung und Unterstützung vor Ort mit der theoriegeleiteten Ebene der wissenschaftlichen Evaluation. Konkret werden dabei drei wesentliche Zielsetzungen verfolgt:

1. Verbesserung der Lebenssituation von schwer dementiell erkrankten PflegeheimbewohnerInnen durch die Umsetzung eines an ihren Bedürfnissen ausgerichteten Versorgungskonzepts
2. Systematische Auswertung der gesammelten Erkenntnisse, um fundierte Aussagen zu den Effekten, aber auch zur Übertragbarkeit bzw. Verstetigung des Versorgungsansatzes zu gewinnen
3. Einleitung des Perspektivenwandels durch Entwicklung eines Schulungsprogramms, das die MitarbeiterInnen zur Umsetzung einer personenzentrierten Pflege und Betreuung befähigt

### 3 Konzeptionsphase

#### Auswahlkriterien für Einrichtungen

Durch zahlreiche Kontakte zu Pflegeheimen in Baden-Württemberg, die an einer Qualitätsverbesserung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz interessiert waren, konnten anhand zuvor definierter Auswahlkriterien Einrichtungen für das Projekt gewonnen werden. Die Auswahlkriterien orientierten sich an zwei Maßgaben:

1. Die bauliche Eignung für die erforderlichen Veränderungen bzw. die Möglichkeit zur baulichen Anpassung im laufenden Betrieb samt einer gesicherten Finanzierung
2. Die Sicherstellung der Projektziele durch Kooperationsbereitschaft und die grundsätzliche Bereitschaft zur langfristigen Verankerung des Versorgungskonzepts.

#### Beschreibung der Einrichtungen

Es waren sechs bestehende Pflegeeinrichtungen und das neu gebaute Gradmann-Haus in Stuttgart-Kaltental (2001), als bauliche Referenzeinrichtung mit optimierten Bedingungen, am Projekt beteiligt:

Einrichtung	Angebotsstruktur	Pflegeplätze	Org. Einheit	DWG	EZ/DZ
Lothar-Christmann-Haus	Pflegeheim Kurzzeitpflege* Betreutes Wohnen (184)	86	33	13 Plätze	13 EZ
Haus Morgenstern	Pflegeheim	108	30	12 Plätze	8 EZ

					2 DZ
Johanniterstift	Pflegeheim Kurzzeitpflege* Tagespflege (12)	117	45	14 Plätze	4 EZ 5 DZ
Wichernhaus	Pflegeheim Kurzzeitpflege*	76	38	13 Plätze	9 EZ 2 DZ
Ida-Scipio-Heim	Pflegeheim Kurzzeitpflege* Tagespflege (15)	134	40	15 Plätze	15 EZ
Kreisalten- und Pflegeheim Jestetten	Pflegeheim Kurzzeitpflege*	112	12	12 Plätze	10 EZ 1 DZ
Gradmann Haus	Pflegeheim Kurzzeitpflege* Tagespflege (12) Betreutes Wohnen	24	2 X 12	2 x 12 Plätze	2 x 12 EZ

\* Kurzzeitpflegeplätze sind in die Gesamtpflegeplätze eingestreut

### Präzisierung des Projektdesigns und des Projektablaufs

Um das im Projekt angestrebte Versorgungskonzept (milieutherapeutisch orientierte Demenzwohngruppe) auf seine Wirksamkeit hin prüfen zu können, wurde eine Kooperation mit der Arbeitsgruppe Psychogeriatric des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim geschlossen, die für die quantitative wissenschaftliche Evaluation des Projekts verantwortlich zeichnet. Für die Evaluation wurde ein längsschnittliches Design mit mehreren Erhebungszeitpunkten gewählt. Es wurde angestrebt, etwa 70 bis 80 BewohnerInnen aus der Stammbewohnerschaft der Heime für die Modellwohngruppen und die begleitende Evaluation zu rekrutieren.

Hinsichtlich der Erhebungsverfahren wurde ein multimethodales Vorgehen gewählt. Standardisierte Verfahren mit belegter Validität und Reliabilität sind zwar grundsätzlich vorzuziehen. Da sie aber auch mit einer Reihe von Beschränkungen verbunden sind (z.B. reduzierte Anwendbarkeit, begrenzte Sensitivität), die insbesondere bei Untersuchungen an multimorbiden älteren Menschen zum Tragen kommen, erschien darüber hinaus der Einsatz qualitativer Verfahren geboten (z.B. Beobachtungsverfahren, Befragungen von Angehörigen).

In Anlehnung an die Hamburger Rahmenvereinbarung der besonderen stationären Dementenbetreuung wurden folgende Kriterien für die Aufnahme von BewohnerInnen in die sechs Modellwohngruppen definiert:

#### Zielgruppe für die Modellwohngruppen

- Vorliegen einer mittelschweren oder schweren Demenz
- Vorliegen von ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten identifiziert mit Hilfe des modifizierten Cohen-Mansfield Agitation Inventory
- erhaltene Mobilität (mindestens 50m Gehen mit Hilfsperson)

### Schematischer Ablaufplan der Evaluationsstudie:

**Allgemeine Information** des Heimpersonals, der BewohnerInnen, Angehörigen bzw. Betreuer über das Projekt (ohne Nennung von Hypothesen). Instruktion der PflegemitarbeiterInnen zur Durchführung des standardisierten Pflege- und Verhaltensassessments (PVA).

**Identifikation der Zielgruppe für die Modellwohngruppen** mit Hilfe des Pflege- und Verhaltensassessments, das für **alle** BewohnerInnen des jeweiligen Heimes durch die PflegemitarbeiterInnen erhoben wurde.

**Besprechung mit dem Heimpersonal:** Auswahl der BewohnerInnen für die Modellwohngruppe auf der Grundlage der identifizierten Zielpersonen.

**Kontaktaufnahme mit den Betroffenen und ihren Angehörigen/Betreuern** zur Information über die geplante Maßnahme und Einholung der Einwilligung; endgültige Festlegung der Zielgruppe.

**Voruntersuchung:**

- (a) ModellbewohnerInnen (Klinische Demenzdiagnostik, Neuropsychiatric Inventory, Dementia Care Mapping),
- (b) PflegemitarbeiterInnen (Belastungsfragebogen),
- (c) Umwelt-Assessment (baulich, organisatorisch und sozial).

**Umzug** der Zielpersonen in die Modellwohngruppe.

**Qualifizierungsmaßnahme** (organisatorische Veränderungen, Schulung der PflegemitarbeiterInnen).

**Nachuntersuchung:** (nach Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme, ca. 6 Monate nach Umzug):

- (a) ModellbewohnerInnen (Pfleger- und Verhaltensassessment durch die PflegemitarbeiterInnen, Teile der klinischen Demenzdiagnostik, Neuropsychiatric Inventory, Dementia Care Mapping);
- (b) PflegemitarbeiterInnen (Belastungsfragebogen, Beurteilung der Schulungsmaßnahme);
- (c) Umwelt-Assessment (baulich, organisatorisch und sozial);
- (d) Befragung der Angehörigen der ModellbewohnerInnen.

Projektdesign und -ablauf wurde identisch in allen Einrichtungen umgesetzt. Lediglich in einer Einrichtung konnte die zweite Befragung zur Arbeitsbelastung und Personalfriedenheit nicht realisiert werden. Bereits in der ersten Einrichtung hat sich gezeigt, dass Angehörige eine sehr differenzierte Wahrnehmung für Veränderungen haben. Deshalb wurde das Design durch einen standardisierten Fragebogen für Angehörige erweitert, der zum Abschluss der Interventionsphase verschickt wurde.

Aufgrund der komplexen und zeitaufwendigen Maßnahmen in den Modellwohngruppen einerseits (bauliche und organisatorische Veränderungen sowie Qualifizierungsmaßnahmen für die PflegemitarbeiterInnen) und der begrenzten personellen Ressourcen im Projektteam andererseits, wurden die Interventionen sowie die Untersuchungen in insgesamt sechs beteiligten Einrichtungen nicht zeitgleich, sondern sukzessive durchgeführt.<sup>2</sup>

### **Grenzen eines wissenschaftlichen Untersuchungsdesigns in der Praxis**

Eine aussagekräftige Evaluation erfordert ein experimentelles – oder zumindest ein quasi-experimentelles – Kontrollgruppendesign, indem

- die Zielpersonen der Interventionsgruppe per Zufall zugewiesen werden
- die Zielpersonen, die nicht der Intervention zugewiesen werden, parallel als Kontrollgruppe, untersucht werden.

Wie bei den meisten Studien, die mit praktischen Interventionen in einem sensiblen Versorgungsbereich verbunden sind, musste man beim auch beim MIDEMAS-Projekt von Anfang an mit einer Reihe methodischer Einschränkungen rechnen. Bereits in der Anfangsphase des Projekts wurde deutlich, dass sich weder die randomisierte Zuweisung zur Interventionsgruppe (Modellwohngruppe) noch die Untersuchung einer Kontrollgruppe realisieren ließ. Die Untersuchung einer Kontrollgruppe war zum einen aus finanziellen Gründen nicht möglich, da der Auftraggeber lediglich Mittel zur Untersuchung der Interventionsgruppe

---

2 Schäufele M., Weyerer S. (2001). Modellprojekt: „Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation“- Studiendesign und Methoden. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Stuttgart: Kohlhammer, 116-123.

zur Verfügung stellen konnte. Zum anderen zeichnete sich schon frühzeitig ab, dass in den Einrichtungen selbst nicht genügend Kontrollpersonen zur Verfügung stehen, die mit den Probanden der Interventionsstichprobe „gematcht“ werden können. Eine Möglichkeit, zeitversetzt zumindest eine Vergleichsgruppe in integrierten stationären Wohnbereichen (ohne räumliche und organisatorische Veränderungen, ohne Qualifizierungsmaßnahmen) zu erheben, bietet sich im Rahmen der noch laufenden Studie „Stationäre Versorgung Demenzerkrankter in Baden-Württemberg: Traditionelle und neue Konzepte im Vergleich“<sup>3</sup>. Allerdings sind die Vergleichsmöglichkeiten auf einige grobe Maße beschränkt, da in der Baden-Württemberg Studie nicht dasselbe umfangreiche Instrumentarium wie im MIDEMAS-Projekt eingesetzt werden konnte.

### **Aufbau und Verstetigung der Arbeitskontakte**

Der Kontakt unter den beteiligten Einrichtungen wurde während der Projektlaufzeit durch das Projektteam initiiert und in drei Veranstaltungen moderiert. Schwerpunkt der ersten Veranstaltung war es, sich kennen zu lernen und sich mit dem Projektansatz und den damit verbundenen Einzelschritten vertraut zu machen. Dieser Termin wurde dazu genutzt, um alle Beteiligten darüber zu informieren, welcher Aufwand und welche Verpflichtungen mit der Projektbeteiligung verbunden sind (z.B. alle größeren Maßnahmen und Veränderungen, die organisatorische Strukturen und das Versorgungskonzept in der Einrichtung betreffen sollten mit der Projektgruppe abgestimmt werden). Das Projektteam stellte die jeweiligen Arbeitsschwerpunkte vor und bot Raum zur Diskussion, um im Vorfeld die Vorgehensweise bzw. mögliche Schwierigkeiten aus Sicht der Einrichtungen abzuklären (Stuttgart 21.06.2000). Die zweite Veranstaltung war dem Austausch unter den Einrichtungen gewidmet und die ersten Erfahrungen zur Projektdurchführung standen dabei im Mittelpunkt. Aufgetretene Hindernisse und Schwierigkeiten als auch mögliche Lösungswege sollten denjenigen zu Nutze kommen, die aufgrund des Zeitplans die Intervention noch nicht abgeschlossen hatten (Lothar-Christmann-Haus, Stuttgart-Hoffeld 03.05.2001). Die dritte Veranstaltung war als Zwischenbilanz gedacht, um Ergebnisse aus Sicht des Projektteams vorzustellen und unter den beteiligten Einrichtungen zu diskutieren (Johanniterstift, Plochingen 01.07.2002).

### **Information von Bewohnern, Angehörigen bzw. Betreuern und Personal**

Über die anstehenden Veränderungen, die mit der Projektbeteiligung verbunden waren, sind Bewohner, Angehörige bzw. Betreuer als auch Pflegekräfte rechtzeitig informiert worden. Die Sicherstellung des Informationsflusses gewährleisteten die Einrichtungen selbst, indem sie Informationsabende für unterschiedliche Zielgruppen (Angehörige, Betreuer und Ehrenamtliche) anboten oder Infobriefe verschickten.

## **4 Interventionsphase**

### **Umzug in die Demenzwohngruppe**

Nach Beendigung der Umbaumaßnahmen und nach Abschluss der BewohnerInnenauswahl waren ca. vier Wochen für das Umzugsmanagement eingeplant. Die Räume der neu gestalteten Demenzwohngruppen waren bisher integriert belegt, deshalb war mit dem Einzug der ausgewählten BewohnerInnen gleichzeitig ein Auszug derjenigen BewohnerInnen verbunden, die nicht der Zielgruppe entsprachen. Da in den Demenzwohngruppen überwiegend Einzelzimmer zur Verfügung standen, betrachteten viele Angehörige den Umzug der ausgewählten BewohnerInnen als Verbesserung. Allerdings waren diejenigen Bewohner, die um einen Auszug gebeten wurden, damit konfrontiert, dass sie in einigen Fällen vom Einzelzimmer ins Doppelzimmer wechseln mussten. Aus diesem Grund verweigerten einige Angehörige ihre Zustimmung für einen Auszug.

---

3 Diese Studie wird seit Anfang des Jahres 2001 von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric in Kooperation mit der aku-Unternehmensberatung durchgeführt und vom Sozialministerium in Baden-Württemberg finanziell gefördert.

Die Logistik des Umzugsmanagements, d.h. des Ein- bzw. Auszugs einzelner BewohnerInnen, der Koordination von Renovierungsarbeiten (Zimmer streichen) und des Möbeltransports war in vielen Einrichtungen sehr gut vorbereitet. In manchen Fällen wurde der Erfolg jedoch durch mangelnde Absprachen oder schlechte Kommunikation geschmälert. Die Beteiligten empfanden diese Phase der Intervention als anstrengend und fehlerträchtig (z.B. Informationsdefizit in der Pflege, weil Pflegedokumentation nur übergeben aber nicht erläutert wurde etc.).

Für das Umzugsmanagement konnten in den Einrichtungen zwei Strategien beobachtet werden:

1. In der Demenzwohngruppe bleibt ein Zimmer unbelegt, damit der Umzug einer ausgewählten BewohnerIn aus der Einrichtung erfolgen kann. Der frei gewordene Platz in der Einrichtung wird einer BewohnerIn angeboten, die nicht der Zielgruppe entspricht, aber in der Demenzwohngruppe ein Zimmer belegt usw. Der Aus- und Einzug kann dabei im Wechsel erfolgen und geplant werden, zieht sich jedoch über einen langen Zeitraum.
2. Um das Umzugsmanagement zu verkürzen und nicht viele Zimmer frei halten und dadurch finanzielle Einbußen in Kauf nehmen zu müssen, haben einige Einrichtungen langfristig geplant. Sie boten den „Auszugskandidaten“ frühzeitig anderweitig freierwerdende Zimmer an und belegten die Plätze in der zukünftigen Demenzwohngruppe mit Kurzzeitpflege. Dadurch war die Auslastung gesichert und der Umzug ließ sich in wenigen Tage abschließen.

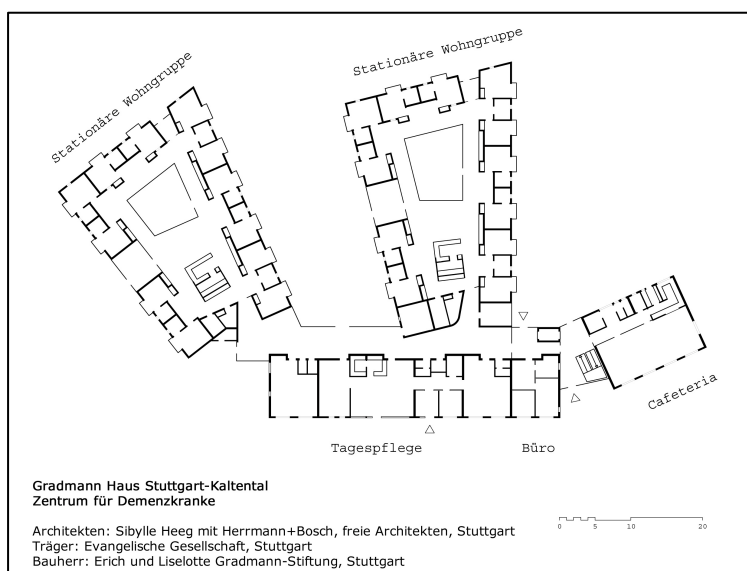
#### 4.1 Bauliche Interventionen

Eine milieuthérapeutisch orientierte Demenzwohngruppe ist definiert durch eine bauliche Umgebung, die

- ein alltagsnahes Zusammenleben in einer überschaubaren Gruppe (ca. 12 Bewohner) ermöglicht und stützt,
- sowie auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abgestimmt ist.

#### Das Gradmann-Haus als bauliche Referenzeinrichtung

Baulicher Maßstab für die Umsetzung der Demenzwohngruppen in den beteiligten Einrichtungen war das neu gebaute Gradmann-Haus, das den aktuellen Forschungsstand zum Thema Bauen und Demenz in aller Konsequenz umgesetzt hat.



Der idealtypische Grundriss bietet zwei Wohngruppen für jeweils 12 BewohnerInnen an, die an einer verglasten Wandelhalle mit Zugang zu einem beschützten Garten liegen. Die Endlos-Flure in den Pavillons der Wohngruppen sind durch ein Atrium natürlich belichtet, im Zentrum der Gruppen liegen Wohnküche und Wohnzimmer mit Terrasse. Die Grundrisslösung erweist sich als ideal für mobile und motorisch unruhige Menschen mit Demenz. Den BewohnerInnen

stehen mit 8,0 m<sup>2</sup>/Platz (inkl. Wandelhalle) sehr großzügige Gemeinschaftsflächen zur Verfügung.

### **Anforderungen an die baulichen Standards in bestehenden Einrichtungen**

Durch die Umbaumaßnahmen in den bestehenden Einrichtungen (unterschiedliche Grundriss-typologien und Baujahr) sollte versucht werden mit vertretbarem Aufwand Demenzwohn-gruppen einzurichten, die dem idealtypischen Konzept möglichst nahe kommen.

Als bauliche Mindestanforderungen wurden formuliert:

- Räumliche Abgrenzung zu anderen Bereichen des Hauses (Wohnungstüre)
- Vollständiges Raumangebot (alle notwendigen Räume innerhalb der Wohngruppe)
- Wohnküche und Wohnzimmer/Sitznischen
- unmittelbarer Zugang zu einem Freibereich (Garten, Terrasse, Balkon)
- barrierefreier Bewegungsraum
- Überschaubarkeit und leichte Orientierung
- Helligkeit, möglichst natürliche Belichtung (indirekte Beleuchtung, ca. 500 LUX)
- Vertraute, alltagsnahe Möblierung und biographisch bedeutsame Gegenstände
- Anregungen durch Ausblicke, Materialien, Farbgestaltung oder Objekte

### **Planung und Finanzierung**

Für die Umbauplanung wurden örtliche Architekturbüros beauftragt; die Umsetzung der demenzspezifischen Anforderungen wurde durch die begleitende fachliche Beratung des Projektteams gesichert.

Durch das engagierte und reibungslose Zusammenwirken aller Beteiligten (Sozialministerium, Kommunen, Landeswohlfahrtsverband, Träger, Bewilligungsbehörden, Architekten) und durch Nutzung von Mitteln aus dem Förderprogramm des Landes (40% Landesförderung, 20% Förderung durch Kommune bzw. Landkreis, 40% Kapitalmarkt) ist es gelungen, in vier Einrichtungen die notwendigen Umbauten in zeitlicher Abstimmung mit dem Untersuchungs-verlauf durchzuführen.

Die Umbaukosten der einzelnen Projekte waren unmittelbar abhängig von den baulichen Gegebenheiten und dem angestrebten Grad der Annäherung an die baulichen Idealbe-dingungen. Es erschien deshalb nicht sinnvoll, einen Durchschnitts- oder Richtwert zu ermitteln.

### **Umbau im laufenden Betrieb**

Aus wirtschaftlichen Gründen mussten die Umbauten bei voller Belegung im laufenden Betrieb der Einrichtungen erfolgen. Da sich die Umbauten primär auf gemeinschaftlich genutzte Bereiche und Freibereiche bezogen und in den Bewohnerzimmern keine Umbauten, sondern lediglich kleine Renovierungsmaßnahmen (z.B. Streichen) vorgenommen wurden, konnten die Belastungen im vertretbaren Rahmen gehalten werden.

In einer Einrichtung wurde die Wohngruppe mit geringen Mitteln provisorisch eingerichtet, in einer zweiten (Nachrückerprojekt) konnte ein wesentlicher Teil der Umbauten erst nach Inbetriebnahme der Demenzwohngruppe erfolgen.

## **4.2 Organisatorische Interventionen**

Die Interventionen im organisatorisch-strukturellen Bereich zielten auf die Entwicklung organisatorischer Strukturen für den Betrieb der Demenzwohngruppe im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten und Bedingungen der Einrichtungen. Durch die Gestaltung der betrieblichen Abläufe und das Festlegen struktureller Rahmenbedingungen sollte ein Konzept erarbeitet werden, das die Umsetzung des angestrebten personenzentrierten, milieutherapeutischen Ansatzes stützt. Als Ergebnis der Intervention wurde eine umfassende schriftliche Konzeption als langfristige Arbeitsgrundlage für die Demenzwohngruppe angestrebt.



Auch hier wurde nach dem Prinzip „maßgeschneiderter“, auf die jeweils konkreten Bedingungen abgestimmter Lösungen gearbeitet. Es gab kein zuvor festgelegtes Organisationskonzept für die Wohngruppe, das in allen Einrichtungen umgesetzt werden sollte. Abgesehen von der Bereitschaft, die Wohngruppe personell zu subventionieren, wurden keine Anforderungen gestellt, die im organisatorischen Bereich von den Einrichtungen erfüllt werden mussten (z.B. Vorgabe bestimmter Dienstzeiten etc.). Die Entwicklung erfolgte auf Basis einer IST-Analyse der jeweiligen organisatorischen Bedingungen. Das heißt, das Ziel, ein organisatorisch-strukturelles Milieu zu erreichen, das den dort lebenden Menschen ein möglichst hohes Maß an Wohlbefinden ermöglicht, war in allen Einrichtungen gleich. Die beschrittenen Wege und die gefundenen Lösungen, waren jedoch unterschiedlich.

## **Interventionsmaßnahmen**

Auf der Grundlage der IST-Analyse erfolgten im Verlauf der Intervention folgende Maßnahmen:

1. Nach Inbetriebnahme der Demenzwohngruppe wurde ein Zeitraum von 3-4 Monaten festgelegt, der zum Sammeln von Erfahrungen und zum Experimentieren diente. In dieser Zeit wurden mit Unterstützung des Projektteams z.B. unterschiedliche Aktivierungen, Varianten bei der Mahlzeitengestaltung und Varianten im Personaleinsatz etc. erprobt.
2. Im Rahmen der Schulungsmaßnahmen wurden die Teilnehmer vor allem durch Übungen für relevante organisatorische Themen sensibilisiert. Herzstück hierfür war eine ganztägige Schulung zum Thema Zeitmanagement. Hier wurde beispielsweise eine Übung durchgeführt, die auf spielerische Weise Führungsstile, Arbeitsweisen und Organisationstalent transparent machte. Ein weiteres wichtiges Thema dieser Schulungseinheit waren sogenannte „Zeitdiebe“. Dabei ging es um das Aufdecken organisatorischer Defizite, die im Alltag viel Zeit in Anspruch nahmen. Weitere relevante Themen, die bearbeitet wurden, waren Pflegeplanung und zielorientierte Kommunikation am Beispiel der Übergabe.
3. Nach den 3-4 Monaten der Erprobung wurde eine Arbeitsgruppe für die Erarbeitung der schriftlichen Konzeption etabliert. In dieser Arbeitsgruppe waren die Führungskräfte der Einrichtung sowie einige Mitarbeiter aus der Demenzwohngruppe beteiligt. In ca. fünf zweistündigen Sitzungen wurden u.a. folgenden Themen bearbeitet: Zielsetzung und Leitbild der Wohngruppe, Aufnahme- und Ausschlusskriterien, Kooperation mit Ärzten, Sicherstellung pflegerischer Fachlichkeit, Tagesstruktur und Abläufe, Personalkonzept, Milieugestaltung, Einbindung der Wohngruppe in die Gesamteinrichtung, Einbindung von Angehörigen etc. Die Sitzungen wurden durch das Projektteam protokolliert, die schriftliche Ausarbeitung der Konzeption erfolgte durch die Einrichtung.
4. Für die Verankerung der Konzeption im Pflegealltag erwies sich die Notwendigkeit einer Erarbeitung organisatorischer Hilfsmittel, die in der täglichen Arbeit genutzt werden können. Hierzu gehörten z.B. Protokollvorlagen für die stattfindenden Fallbesprechungen, Vorlagen für die Durchführung und Auswertung von Aktivierungsmaßnahmen etc.

### **4.3 Personalqualifizierung – Interventionen im sozialen Milieu**

Ziel der Qualifizierungsmaßnahme war es, den Perspektivenwandel an der Basis, die Ebene der unmittelbaren Bezugspersonen der Demenzerkrankten, zu initiieren und Pflegekräfte auf dem Weg von einem primär pflegeorientierten zu einem betreuungsorientierten Ansatz zu begleiten. Der erfolgreiche Umgang mit Menschen mit Demenz beruht auf einer Grundhaltung, die von Respekt gegenüber der Person sowie auf Toleranz und Zuneigung geprägt ist. Eine Grundhaltung kann zwar nahe gebracht, muss aber immer individuell entwickelt und erarbeitet werden, damit sie zur Wirkung kommen kann. Eine nachhaltige Verbesserung in der Betreuung kann nur erreicht werden, wenn nicht nur Einzelne diese Grundhaltung ausbilden sondern im gesamten Pflorgeteam eine gewisse Übereinstimmung erzielt wird, die sich für den Betreuungsansatz als tragfähig erweist.

Angestrebte Gruppengröße für die Qualifizierung waren ca. 15 Personen. Es sollten MitarbeiterInnen der Demenzwohngruppe beteiligt sein und die Schulung darüber hinaus wohnbereichsübergreifend für weitere Interessierte offen stehen. Um den organisatorischen

Aufwand für die Durchführung gering zu halten, bestimmten die Einrichtungen die Schulungstermine selbst.

Ziel war es, die Schulungsbausteine „mitarbeiterzentriert“ aufzubereiten, um die Motivation der MitarbeiterInnen zu fördern bzw. zu erhalten, Inhalte gut zu vermitteln und den Prozess der Umorientierung angemessen zu begleiten.

Das Fundament, das in der Qualifizierungsmaßnahme durch die Biographiearbeit gelegt wurde, beinhaltete die personenbezogene Perspektive (positive Personenarbeit) mit dem Fokus einer ressourcenfördernden Betreuung. Die Schulungsbausteine wurden so gesetzt, dass sowohl die Ergebnisse der Voranalyse des Projektteams als auch die konkreten Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmergruppen Bestandteil der Qualifizierung waren.

Schulungsbausteine	Schulungsthemen
Fundament Personenzentrierte Wahrnehmung	Biographiearbeit und Fallanalyse
Baustein 1 Demenzspezifisches Fachwissen	Krankheitsbild Demenz Krankheitsverlauf Demenz Wahrnehmungsstruktur von Menschen mit Demenz
Baustein 2 Therapeutische Ansätze	Sozialgeschichte (1900-1960) Erinnerungsarbeit Milieuthherapie Kurzaktivierungen Gesprächsgestaltung für Menschen mit Demenz
Baustein 3 Maßnahmen zur Teamentwicklung und Verbesserung der organisatorischen Strukturen	Teamentwicklung (Übungen) Zeitmanagement Kommunikation (Übungen) Pflegeplanung Kooperation mit Ärzten und Angehörigen

Gesamtüberblick zu den Schulungsthemen (Auswahl einrichtungsspezifisch)

## 5 Ergebnisse und Erfahrungen zu den Interventionen

### 5.1 Einsatz qualitativer Methoden

Eine umfassende Analyse der IST-Situation war sowohl Basis für die Anpassung des Qualifizierungsprogramms und die Weiterentwicklung einrichtungsspezifischer organisatorischer Strukturen als auch der Maßstab, an dem Veränderungen nach der Intervention beurteilt wurden. Die qualitative Einschätzung zur Lebensqualität der BewohnerInnen und die Beurteilung der Veränderungen im sozialen Milieu wurden hauptsächlich über das DCM-Verfahren gewonnen. Die Einschätzungen Angehöriger und SchulungsteilnehmerInnen wurde über Fragebogen erfasst und diente der Absicherung der Erfahrungen.

- In jeder Einrichtung wurden zur Erhebung der Organisationsstruktur Interviews mit Heimleitung und Pflegedienstleitung durchgeführt und bestehende Konzeptionen und Unternehmensleitbilder ausgewertet.
- Die Erfassung des Personalbestands der gesamten Einrichtung (differenziert nach Ausbildung, Beschäftigungsdauer etc.) und die Auswertung der Dienstpläne während der Interventionsphase gaben Hinweise auf grundsätzliche Problemstellungen (zu wenig Teilzeitbeschäftigte) und auf Potentiale (Personaleinsatzplanung).
- Während der teilnehmenden Beobachtung in der Begleitung der Grundpflege und zur Erhebung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsabläufe in den Demenzwohngruppen wurden ausführliche Protokolle erstellt.
- Für die Anpassung des Qualifizierungsprogramms wurde das einrichtungsinterne Fortbildungsangebot ausgewertet und Gespräche mit den MitarbeiterInnen geführt. Zu

Beginn der Fortbildung wurden die Erwartungen und Wünsche der Teilnehmenden gesammelt. Die Bewertung der Qualifizierungsmaßnahme und der vermittelten Inhalte erfolgte über einen Fragebogen, der am Ende der Qualifizierungsphase ausgeteilt wurde.

- Für die Beurteilung des sozialen Milieus und die Einschätzung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz wurde das Beobachtungsinstrument Dementia Care Mapping<sup>4</sup> (DCM) eingesetzt. Mit diesem Verfahren, das im eigentlichen Sinn zur Personalentwicklung konzipiert und zur Verbesserung der Lebensqualität von BewohnerInnen mit Demenz entwickelt wurde, können sowohl bewohnerbezogene Aussagen zum Wohlbefinden als auch zur Qualität der Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohnern gemacht werden. In den Ergebnissen spiegeln sich sowohl gelungene, die Person stützende und die Lebensqualität erhaltende Interaktionen, als auch die Schwachstellen in der sozialen Interaktion (Personale Detraktionen).
- Einschätzungen von Angehörigen zur Lebensqualität der BewohnerInnen und Beobachtungen zu Veränderungen während der Interventionsphase, wurden über einen Fragebogen erfasst.
- Aussagen zu Erfahrungen mit den Interventionen und zur Einschätzung der Lebensqualität von BewohnerInnen entstanden durch Auswertung und Interpretation der Materialien, die mit dem o.g. Ansatz zusammengetragen wurden.

## 5.2 Ergebnisse baulicher Interventionen – Umbau- und Nutzungserfahrungen

Trotz unterschiedlicher baulicher Gegebenheiten war es in allen Einrichtungen durch eine spezifische Umbaukonzeption möglich, durch die vorgenommenen Umbaumaßnahmen günstige Milieubedingungen zu schaffen. Um ein günstiges Aufwands/Ertrags-Verhältnis zu erreichen, sind in Bezug auf die Anforderungen an demenzgerechtes Bauen, Prioritäten zu setzen → Auch bestehende, konventionell gebaute Pflegeheime haben das Potenzial zur Schaffung eines für Menschen mit Demenz günstigen baulichen Milieus!

Eine Experteneinschätzung, die anhand des Instrumentes PEAP<sup>5</sup> durchgeführt wurde, zeigte, dass die umgebauten Einrichtungen zumindest in Bezug auf die gemeinschaftlich genutzten Flächen in ihrer Qualität dem idealtypischen Konzept im Gradmann-Haus sehr nahe kommen konnten.

- In allen beteiligten Einrichtungen ist es gelungen, einen zentralen Ess- und Wohnbereich mit Wohnküche einzurichten und die Farbgestaltung und Belichtung zu verbessern.
- In fünf Einrichtungen konnte ein unmittelbarer Zugang zum Freibereich ermöglicht werden (Ausnahme: provisorisch eingerichtete Demenzwohngruppe)
- Die Möblierung von Flurzonen und die offene Therapieküche war – bis auf einen Fall – in Bezug auf Brandschutz und Hygiene durchsetzbar.
- Für die Motivation und das Engagement der Pflegekräfte war deren aktive Beteiligung bei der Ausgestaltung der Wohngruppe wichtig.

### Beispiel 1: „Potenzial eines Baus aus den 50-er Jahren“

Im Ida-Scipio-Heim in Mannheim wurde ein ebenerdig liegender Gebäudeflügel für die Einrichtung der Demenzwohngruppe ausgewählt. Durch die Aufgabe von drei Bewohnerzimmern wurde eine großzügige bauliche Lösung für die Gemeinschaftsflächen ermöglicht. Im einzelnen gab es folgende Veränderungen:

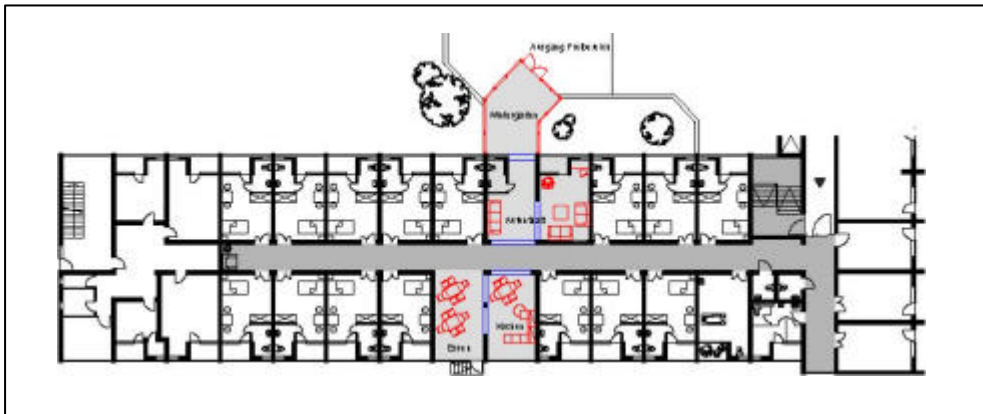
- Erweiterung des bestehenden Aufenthaltsbereich zu einer großzügigen Wohnküche
- Umbau von zwei Bewohnerzimmern in ein Wohnzimmer
- Erschließung der Terrasse über einen neu angelegten Wintergarten

4 Kitwood, T.; Bredin, K. (1994) Evaluation Dementia Care: The DCM Method. University of Bradford. Siehe auch: Radzey, B. et al (2001) Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise), BMFSFJ (Hg.) Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, S. 114 ff.

5 PEAP = Professional Environmental Assessment Protocol; Instrument zur Beurteilung der physischen Umwelt von Spezialeinrichtungen für Menschen mit Demenz, s.o. Radzey, B. (2001) S.102 f.

- Räumlicher Abschluss zum Treppenhaus sowie zum Verwaltungstrakt der Einrichtung (Haustüre)
- Erhöhung der Beleuchtungsstärke auf 500 LUX

Im Ida-Scipio-Heim ist es gelungen, den durch die zweibündige Grundrisstruktur angelegten institutionellen Charakter des Pflegebereichs deutlich abzumildern und für die BewohnerInnen attraktive, großzügige Gemeinschaftsbereiche zu gestalten (7,3 m<sup>2</sup> pro Bewohner).

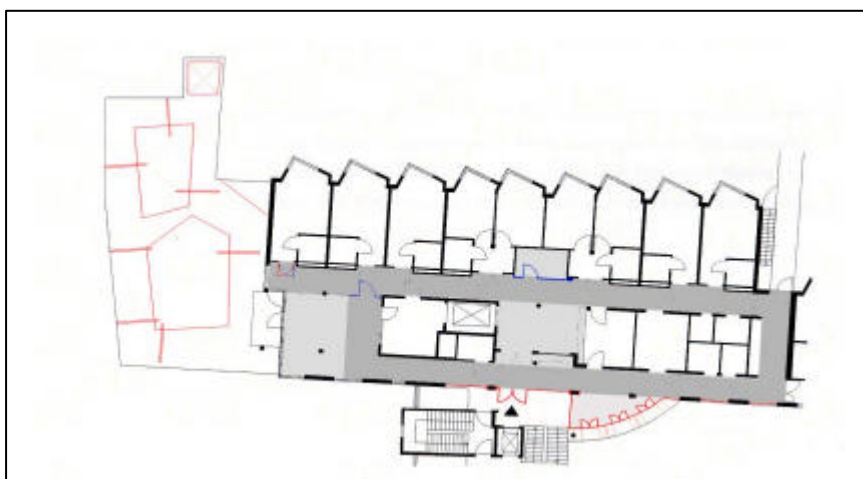


Architekt: Plattner und Wessely, Mannheim

### Beispiel 2: „Durch Umbau zur idealtypischen Lösung“

Im Johanniterstift in Plochingen bot ein Gebäudeteil (14 Plätze) mit bereits bestehendem Zugang zu einer Terrasse die Möglichkeit, durch Änderung des Erschließungsprinzips mit begrenzten Umbaumaßnahmen eine für mobile Demenzkranke ideale Umgebung zu schaffen:

- Das Erschließungskonzept für die gesamte Einrichtung wurde durch den Einbau eines weiteren Aufzugs geändert, so dass ein angrenzender Pflegebereich nicht mehr über die Demenzwohngruppe erschlossen werden musste.
- Das Erschließungselement mit Treppen und Aufzug wurde „eingehaust“; so entstand ein weglaufricher Rundlauf mit Blick in die Halle.
- Der akustische Stress durch die offene mehrgeschossige Halle wurde durch Verglasung mit attraktiven Sitzgelegenheiten („wie im Zugwagen“) beseitigt.
- Die Verteilerküche wurde zur Wohnküche umgestaltet.
- Die Verglasung am Pflegestützpunkt wurde durch ein offenes Regal ersetzt.
- Ein wenig genutzter Pflegearbeitsraum wurde zu einer attraktiven Sitznische umgenutzt.
- Die Terrasse wurde als Sinnesgarten umgestaltet.
- Farbgestaltung, indirekte Beleuchtung (500 LUX) und gemütliche Möblierung veränderten die Atmosphäre.



Architekt: Reutter und Reutter, Esslingen

Durch die Umbaumaßnahmen ist es in dieser Einrichtung gelungen eine nahezu idealtypische Grundrissituation mit Endlosweg für motorisch unruhige BewohnerInnen einzurichten. Die Gemeinschaftsflächen pro BewohnerIn liegen bei diesem Projekt wie in der Referenzeinrichtung Gradmann Haus bei 8 m<sup>2</sup>.

## Nutzungserfahrungen

Die unterschiedlichen baulichen Strukturen (Einbund, Zweibund, Dreibund) haben zu einer gewissen Variationsbreite von Lösungen geführt. Es war nicht in allen Einrichtungen möglich, ideale Bedingungen herzustellen. Bei der Analyse war die Frage von Interesse, ob dadurch Probleme in der Nutzung auftraten oder ob Nutzungsmuster auftreten, die generell für die Zielgruppe gelten.

- In allen Einrichtungen ist es gelungen, attraktive Gemeinschaftsflächen zu gestalten, die von den BewohnerInnen stark frequentiert werden. Es konnten kaum Rückzugstendenzen beobachtet werden.
- Einige BewohnerInnen halten sich gerne in einer Gruppe auf, während andere etwas Distanz zur Gruppe bevorzugen, dabei jedoch Blickbezug zu MitarbeiterInnen bzw. anderen BewohnerInnen suchen; abgelegene Aufenthaltsbereiche werden wenig genutzt.
- Bei manchen BewohnerInnen (in der Tendenz Männer) kann räumliche Enge Unruhe und Aggressivität provozieren. Hier war es wichtig, dass das Flächenangebot in den Gemeinschaftsbereichen so dimensioniert ist, dass kritische Situationen entzerrt werden und BewohnerInnen sich in Distanz zur Gruppe aufhalten können.
- Die in zwei Einrichtungen durchgeführte akustische Abschirmung der Wohngruppe hat sich beruhigend auf die Atmosphäre ausgewirkt. Auch die Reduktion weiterer „akustischer Stimulatoren“ (z.B. Fernseher, Radio) zeigt positive Effekte.
- In Einrichtungen, die aufgrund der baulichen Situation keinen Rundlauf realisieren konnten, wurden bisher keine Probleme mit der sogenannten „Sackgassensituation“ beobachtet.
- In einer Einrichtung konnte aus finanziellen Gründen ein gestreifter Fußbodenbelag im Flur nicht ausgewechselt werden. Es wurden bisher keine Irritationen bei BewohnerInnen beobachtet.
- In fünf Einrichtungen wurde die von Experten geforderte Beleuchtungsstärke von 500 Lux umgesetzt. Im Vergleich zeigte sich, dass das Helligkeitsempfinden nicht alleine von einer hohen Beleuchtungsstärke, sondern auch von den umgebenden Reflektionsflächen beeinflusst wird. Reflektieren Decken, Wände oder Bodenbeläge das Licht stark, so wird die hohe Beleuchtungsstärke als grell und unangenehm empfunden. Die Beleuchtungsstärke sollte daher im Kontext eines Gesamtkonzepts (Farb- und Materialgestaltung) bewertet werden.
- In allen Einrichtungen waren die Weglauftendenzen der BewohnerInnen rückläufig. Hier bieten sich mehrere Interpretationen an: Die „offene“ Eingangstüre war überall unauffällig gestaltet, so dass die Türe nicht zum Gehen aufforderte. Das veränderte Betreuungskonzept und die kontinuierliche Präsenz der MitarbeiterInnen machen den Aufenthalt in der Demenzwohngruppe attraktiver.
- Die milieutherapeutische Gestaltung der baulichen Umgebung möchte die BewohnerInnen zur Nutzung animieren (z.B. Frisiercke, Wohnzimmer und -küche). Es hat sich gezeigt, dass der Aufforderungscharakter dieser Orte alleine oft nicht ausreicht, um BewohnerInnen zu einer Nutzung zu bewegen. Nur durch gezielte Begleitung und Anleitung der Pflegekräfte kommt es zu einer Aneignung durch die BewohnerInnen. Aus einem geringen Nutzungsverhalten sollte daher nicht sofort der Schluss gezogen werden, dass das Angebot ungeeignet oder unnötig ist.

- In allen Einrichtungen haben die Angehörigen sehr positiv auf die bauliche Umgestaltung reagiert. Eine ästhetisch anspruchsvolle Gestaltung der Wohngruppe kann bei Angehörigen die Bereitschaft zu häufigen Besuchen und zur aktiven Mitwirkung positiv unterstützen.

### **5.3 Ergebnisse organisatorischer Interventionen – Konzeptionsarbeit in den Einrichtungen**

Trotz der sehr unterschiedlichen Ausgangsbedingungen ist es in allen Einrichtung gelungen, ein umsetzbares organisatorisches Konzept für die Demenzwohngruppe zu erstellen, das als Basis für die weitere Arbeit dienen kann. Insgesamt waren im organisatorischen Bereich keine einschneidenden Veränderungen für den Erfolg der Wohngruppe notwendig. Es gab eher eine Vielzahl kleiner Eingriffe und Korrekturen, um die Abläufe besser an die Bedürfnisse der BewohnerInnen anzupassen. Dabei erwies sich die Überschaubarkeit der Wohngruppe als hilfreich, weil Defizite in den Strukturen und Abläufen deutlicher zutage traten und schnell und flexibel darauf reagiert werden konnte.

#### **Kriterien für Ein- und Umzug**

Die Einrichtungen haben klare Kriterien für den Ein- und Umzug von BewohnerInnen in die Demenzwohngruppe festgelegt, damit der Belegungsprozess für alle Beteiligten transparent erfolgen kann.

- Die dem Projekt zugrunde gelegten Auswahlkriterien wurden diskutiert und die Einrichtungen entschieden individuell, welche Kriterien sie bei der zukünftigen Aufnahme berücksichtigen werden.
- Schon beim Erstkontakt zwischen Angehörigen und Einrichtung wird eingeschätzt, ob die Person für die Betreuung in der Demenzwohngruppe in Frage kommt und bereits in eine gesonderte Warteliste aufgenommen werden kann.
- Für eine Neuaufnahme wird eine fachärztliche Diagnose vorausgesetzt. Durch den Hausbesuch eines erfahrenen Einrichtungsmitarbeiters können Einschätzungen zur Eignung der Person (z.B. unter Nutzung von Assessmentinstrumenten) vorgenommen werden.
- Für die hausinterne Aufnahme werden Mitarbeiter anderer Pflegebereiche für die Aufnahmekriterien der Demenzwohngruppe sensibilisiert. Ein verantwortlicher Mitarbeiter der Demenzwohngruppe überprüft die Eignung von BewohnerInnen mit entsprechenden Assessmentverfahren. Unter Umständen werden mögliche Kandidaten bereits als Tagesgäste aufgenommen.
- Die Verlegung von BewohnerInnen aus der Demenzwohngruppe ist immer eine Einzelfallentscheidung. Bei dauerhafter Bettlägerigkeit wurden Kriterien (Dauer der Bettlägerigkeit, Prognose des Arztes, Erfolg von Mobilisation etc.) für einen Umzug festgelegt.
- Die Erfahrungen aus mehreren Einrichtungen zeigen, dass maximal zwei bettlägerige BewohnerInnen in den Demenzwohngruppen betreut werden können. Bei einem höheren Anteil lässt sich die Konzeption der Demenzwohngruppe nicht aufrechterhalten, da die MitarbeiterInnen nicht in ausreichendem Maß in dem Gemeinschaftsbereich präsent sein können.

#### **Strukturen für die Umsetzung personenzentrierter Pflege und Betreuung**

Die Umsetzung personenzentrierter Pflege und Betreuung benötigt stützende Strukturen, die sicherstellen, wie Informationen zur Person erhoben, verarbeitet und in die Pflegeplanung übernommen werden.

- Es wird ein Hausbesuch vor Aufnahme einer BewohnerIn durchgeführt, um die Wohn- und Lebensbedingungen der Person kennen zu lernen und mit Angehörigen abzusprechen, welche Möbel oder sonstigen Gegenstände für die Identität der Person von Bedeutung sind.

- Beim ersten Aufnahmegespräch erhalten Angehörige sowohl die Konzeption als auch den Biographiebogen, der innerhalb eines definierten Zeitraums bearbeitet wird.
- Nach der Aufnahme übernimmt eine MitarbeiterIn aus der Demenzwohngruppe die „Patenschaft“ in Funktion einer „primären Bezugsperson“ für die neue BewohnerIn. Damit verbunden ist die Begleitung der BewohnerIn während der Eingewöhnungsphase und die Erhebung der Biographie mit den Angehörigen. Die „primäre Bezugsperson“ bleibt auch langfristig AnsprechpartnerIn und kümmert sich um die Bewältigung der alltäglichen Dinge.
- Während der ersten Wochen in der Demenzwohngruppe wird die BewohnerIn genau beobachtet, um Daten für die Pflege- und Interventionsplanung zu sammeln. Im Rahmen des Projekts arbeitete man mit den eingeführten Pflegeplanungssystemen weiter; die MitarbeiterInnen wurden jedoch auf die Besonderheiten für die Beobachtung von Menschen mit Demenz sensibilisiert.
- Es wurde darauf Wert gelegt, dass die Ziele der Pflegeplanung positiv formuliert werden (z.B. anstatt „Bewohner soll nicht weglaufen“ „Bewohner soll sich in Wohngruppe zu Hause fühlen“).
- Die Biographiearbeit ist so angelegt, dass einerseits neuen MitarbeiterInnen ein Eindruck über die Persönlichkeit vermittelt wird, andererseits die gesammelten Daten in einen konkreten Interventionsplan münden.
- Es wird ein regelmäßiger Termin für individuelle Fallbesprechungen definiert, um Pflege- und Interventionsplanung an veränderte Zustände anzupassen.

### **Tagesstruktur und Arbeitsabläufe in den Demenzwohngruppen**

Dreh- und Angelpunkt für die Umsetzung einer an Lebensqualität orientierten Konzeption ist die Tagesstruktur. Deren Entwicklung und Präzisierung war ein wesentlicher Bestandteil der durchgeführten Konzeptionsarbeit. Dabei waren zwei Aspekte von Bedeutung:

1. Qualitätsvolle Gestaltung der ohnehin zu erbringenden Leistungen (vor allem Körperpflege und Essen)
2. Zeit schaffen für Sequenzen, in denen Aktivierungen und Beschäftigungsangebote Platz finden

### **Körperpflege**

Die Durchführung der Körperpflege ist häufig die einzige Situation, in der BewohnerInnen eine individuelle, kontinuierliche Aufmerksamkeit von Pflegekräften zukommt. Die Art und Weise, wie Körperpflege ausgeübt wird, wirkt sich deutlich auf das Wohlbefinden aus.

- Wie auch die Ergebnisse der quantitativen Evaluationen belegen, benötigen über 90% der BewohnerInnen in der Demenzwohngruppe Unterstützung bei der Körperpflege.
- Die Begleitung der Pflegekräfte während der Morgentoilette ließ einen hohen Zeitbedarf für diese Tätigkeit erkennen. Dieser ist nicht nur auf die körperlichen Einschränkungen zurückzuführen, sondern hängt auch mit den kognitiven Einbußen und der damit verbundenen mangelnden Einsicht in die Notwendigkeit der Tätigkeit zusammen.
- Die Beobachtung des Pflegeprozesses zeigte eine Diskrepanz zwischen dem Verhalten der BewohnerInnen im Gemeinschaftsbereich und in der Pflegesituation. Viele BewohnerInnen genießen die individuelle Zuwendung während der Körperpflege sehr und zeigen vor allem im sprachlichen Bereich deutlich mehr Kompetenzen als in der Gruppensituation.
- Körperpflege kann für die demente Person also eine Quelle für Wohlbefinden sein, wenn die Pflegenden sich Zeit lassen, die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen berücksichtigen, sich in den Takt der BewohnerIn einstimmen und Kontakt halten sowie Elemente der basalen Stimulation einbringen.

- Diese Anforderungen können nur umgesetzt werden, wenn der Arbeitseinsatz bei den pflegerischen Leistungen flexibel gehandhabt wird, so dass die Mitarbeiter nicht durch rigide Vorgaben wie z.B. „um 10.00 Uhr muss die Station stehen“ unter Druck geraten.

## **Mahlzeiteinnahme**

Mahlzeiten sind Höhepunkte im Tagesverlauf und bieten ein großes Potenzial für Lebensqualität.

- Die Ergebnisse des Dementia Care Mapping zeigen für alle Einrichtungen, dass die Einnahme von Mahlzeiten und Getränken die meiste Zeit im Tagesverlauf beansprucht. In der Regel lag der Anteil der Verhaltenskategorie „Essen“ (F) bei ca. 20%.
- Die Mahlzeiten strukturieren den Tagesablauf und stellen für die BewohnerInnen Aktivitätshöhepunkte dar.
- Viele BewohnerInnen genießen die Mahlzeiteinnahme sehr, wie Ergebnisse aus dem DCM zeigen.
- Ein hohes Wohlbefinden kann erreicht werden, wenn die Mahlzeiteinnahme die individuellen Vorlieben der BewohnerInnen berücksichtigt, in angenehmer Gesellschaft erfolgt (Sitzordnung), qualitätsvolle Speisen bietet (Geschmack, Aussehen), alltagsnah gestaltet ist (z.B. Schüsseln) und in aller Ruhe stattfinden kann (Schnittstelle Küche).

## **Beschäftigungsangebote**

Beschäftigungsangebote finden nur statt, wenn sie in der Tagesstruktur verbindlich verankert sind. Die Durchführung ist leichter, wenn die Angebote einfach, an den individuellen Neigungen und Kompetenzen der BewohnerInnen ausgerichtet sind. Ein Teil der BewohnerInnen ist nicht in der Lage, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen und braucht individuelle Angebote.

- Bei der Datenaufnahme zur IST-Situation zeigte sich, dass abgesehen von den notwendigen pflegerischen Tätigkeiten kaum Kontakte zwischen Pflegenden und Bewohnern zustande kamen. Wenn es Beschäftigungsangebote gab, so wurden diese von MitarbeiterInnen der Beschäftigungstherapie durchführt.
- Im Rahmen der Interventionen wurden einerseits Zeiträume definiert, in denen Aktivierungen ihren Platz hatten und andererseits MitarbeiterInnen Ideen und Fertigkeiten für deren Durchführung vermittelt wurden.
- Die Einbindung von BewohnerInnen in hauswirtschaftliche Tätigkeiten, die zunächst angestrebt war, zeigte geringen Erfolg. Gründe hierfür waren der bei einigen BewohnerInnen fehlende biographische Bezug, insbesondere aber die sich zeigende Überforderung durch diese Tätigkeiten.
- Gemeinsames Singen und Bewegungsangebote (z.B. Luftballon) fanden fast immer eine gute Resonanz. Weitere Angebote mussten auf Basis der erarbeiteten Biographien erprobt werden. Erfolg wurde häufig mit einfachen alltäglichen Dingen erreicht wie z.B. Seifenblasen, Mitbringen von jahreszeitlichen Utensilien wie z.B. Kastanien, Sommerblumen oder Schnee.
- Für die Aktivierungen war es wichtig, dass in den Wohngruppen ausreichend Material zur Verfügung stand (z.B. Zeitschriften, Liederbücher, Spiele, Seidentücher, MusikCDs etc). Sinnvoll erwies sich das zur Verfügung stellen eines Budgets für den Einkauf.
- Ein wichtige Erfahrung für die Planung der Angebote war, dass nicht alle BewohnerInnen durch Gruppenaktivitäten erreicht werden konnten. Für diese Personen musste Zeit für Einzelinterventionen wie z.B. Spazieren gehen, Handmassage eingeplant werden.
- Aktivierungen sind nur dann erfolgreich, wenn die Angebote die individuellen Neigungen der BewohnerInnen berücksichtigen, die BewohnerInnen nicht überfordern, die aktuelle Tagesform berücksichtigen, differenziert werden können nach Gruppen- und Individualbetreuung und auch Raum für gemeinsames Entspannen lassen.



- In der praktischen Umsetzung bedeutet dies, dass ein fester Wochenplan für bestimmte Aktivierungen nicht sinnvoll ist. Vielmehr ist täglich flexibel in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Zeit und der Tagesform der BewohnerInnen zu entscheiden. Als Hilfsmittel wurden Listen erstellt, in denen erfolgreiche Aktivierungen mit unterschiedlichem Zeitbedarf (5-30 min) und die dazu benötigten Materialien aufgeführt wurden.

### **Personalbesetzung und -einsatz**

Eine ausreichende personelle Besetzung ist der entscheidende Faktor für das Funktionieren der Wohngruppe. Die Umrechnung der erforderlichen Präsenzzeiten führt zu einem Zeitbedarf, der bei ca. 2,75 h pro BewohnerIn liegt. Dieser Wert liegt deutlich über der herkömmlichen Personalausstattung und kann nicht ohne zusätzliche Finanzierung aufrechterhalten werden.

- Ausgangspunkt für die Überlegungen zur personellen Besetzung war die erarbeitete idealtypische Tagesstruktur, deren qualitätsvolle Umsetzung eine bestimmte Personalausstattung erfordert.
- Bei der umgesetzten Gruppengröße von 12 bis 15 Bewohnern sollten sowohl in der Früh- als auch in der Spätschicht zwei MitarbeiterInnen aus der Pflege präsent sein.
- Da die BewohnerInnen im Gemeinschaftsbereich nicht über einen längeren Zeitraum alleine gelassen werden können, sollte während der zeitintensiven Phase der Körperpflege am Vormittag eine (hauswirtschaftliche) Hilfskraft das Frühstück betreuen.
- Im Projekt war der Einsatz der Pflegekräfte so geregelt, dass alle MitarbeiterInnen im Prinzip für alle anfallenden Tätigkeiten zuständig waren. Beim täglichen Einsatz wurde jedoch flexibel abgesprochen, wer die Durchführung der Gruppenaktivitäten übernimmt und wer die Einzelinterventionen durchführt.
- Die Erfahrungen an den einzelnen Projektstandorten zeigten, dass für die Umsetzung keine großen Veränderungen der Dienstzeiten notwendig waren. Es gab lediglich kleine Varianten bei Arbeitsbeginn und Arbeitsende, indem die beiden MitarbeiterInnen nunmehr zeitlich etwas versetzt arbeiten.
- Es war kein erhöhter Einsatz der Nachtwachen erforderlich. Vielmehr waren durch die Demenzwohngruppe nachts sogar Entlastungseffekte spürbar.
- Dort, wo es den Einrichtungen während des Projekts nicht gelang, die erforderliche Personalausstattung bereit zu stellen, waren die MitarbeiterInnen stark überfordert und verloren ihre Motivation.

### **Integration der Wohngruppen in einen bestehenden Pflegebereich**

Die geplante Integration der Demenzwohngruppe in einen bestehenden Pflegebereich war mit Schwierigkeiten verbunden und gelang nur teilweise. Für die Umsetzung der Demenzwohngruppe brauchen die Mitarbeiter einen Schutzraum, um sich zu entwickeln, Erfahrungen zu sammeln und sich mit dem neuen Ansatz zu identifizieren. Dieser für die Demenzwohngruppe notwendige Abgrenzungsprozess birgt die Gefahr, dass die Mitarbeiter der anderen Pflegebereiche mit Unverständnis reagieren.

- Eine wichtige Zielsetzung im Projekt war es, die Demenzwohngruppe ohne die Gefahr der Stigmatisierung in die Gesamteinrichtung zu integrieren. Deshalb wurde das Konzept der stationsintegrierten Demenzwohngruppe protegiert, um die Einbindung in eine größere organisatorische Einheit zu erhalten. Mit diesem Ansatz sollten Vorteile wie z.B. größere Personaldecke, Möglichkeit zur Personalrotation Gewährleistung der Fachkraftpräsenz genutzt werden. Darüber hinaus war angestrebt, BewohnerInnen aus der Demenzwohngruppe im Falle einer erforderlichen Verlegung ein Zimmer in der organisatorischen Einheit anzubieten, um dadurch Personalkontinuität gewährleisten zu können.
- Die Einbindung in die größere Organisationseinheit brachte in allen Einrichtungen Schwierigkeiten mit sich. Wie sich zeigte entwickelten die MitarbeiterInnen der Demenzwohngruppe Abgrenzungstendenzen. Dieser Prozess scheint notwendig zu sein, um

losgelöst von den Bedingungen der Resteinrichtung eine eigene Identität für die Demenzwohngruppe zu entwickeln. In Folge dieser Abgrenzungstendenzen zeigten die anderen MitarbeiterInnen der Einrichtung Unverständnis für die neue Art des Arbeitens. Insbesondere die bessere personelle Ausstattung wurde als Ungerechtigkeit empfunden.

- Drei der Einrichtungen trafen daher die Entscheidung, trotz der kleinen betrieblichen Größe, die Demenzwohngruppe als eigenständige organisatorische Einheit zu führen. Die anderen drei Einrichtungen blieben beim ursprünglichen Konzept, wobei sich in einer dieser Einrichtungen die Integration auf das Führen eines gemeinsamen Dienstplanes beschränkte.

## Einbindung der Angehörigen

Angehörigenarbeit ist ein unverzichtbarer Teil der Konzeption. Sowohl präzise Strukturen als auch ein beträchtlicher Zeitaufwand sind notwendig, um Angehörige mit dem Konzept zu identifizieren.

- Wie es sich im Projektverlauf zeigte, ist die Einbindung der Angehörigen auch in Bezug auf die Biographiearbeit unverzichtbar. In allen Einrichtungen hat sich bestätigt, dass der Aufwand für die Betreuung der Angehörigen größer als erwartet war.
- Um ein gemeinsames Verständnis für die Ziele der Wohngruppe zu entwickeln, war wichtig, die Angehörigen durch Informationsveranstaltungen über die Arbeit in den Demenzwohngruppen aufzuklären und die MitarbeiterInnen für die Belange der Angehörigen zu sensibilisieren.
- In den meisten Einrichtungen wurden feste Angehörigenabende zu gemeinsam vereinbarten Terminen angeboten. Zusätzlich wurden Informationstafeln für die Angehörigen angebracht.
- Angehörige wurden durch MitarbeiterInnen angeregt, sich bei kleinen Aktivierungen zu beteiligen. Ebenso wurden mit den Angehörigen Vereinbarungen für bestimmte Verhaltensregeln diskutiert, um schwierige Situationen mit den BewohnerInnen zu vermeiden.

## 5.4 Ergebnisse und Erfahrungen zur Personalqualifizierung

Ziel der Qualifizierung war es, Pflegekräfte für einen anderen Umgang mit Menschen mit Demenz zu sensibilisieren, den Blick auf die vorhandenen Ressourcen zu lenken und gleichzeitig Wissen und „Handwerkszeug“ zu vermitteln, wie eine personenzentrierte Pflege alltagspraktisch umgesetzt werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die Biographiearbeit zunächst in den Mittelpunkt der Qualifizierung gestellt. Die SchulungsteilnehmerInnen übernahmen die „Patenschaft“ für eine BewohnerIn und organisierten und erarbeiteten exemplarisch ein Biographie- oder Erinnerungsbuch<sup>6</sup>, das mit einer Fallbesprechung kombiniert, der Gruppe vorgestellt wurde. Gemeinsam entstanden auf dieser Grundlage bewohnerbezogene Interventionspläne.

Es ist in allen Einrichtungen gelungen, für die BewohnerInnen der Demenzwohngruppen Biographie- oder Erinnerungsbücher und Interventionspläne zu erstellen.

## Rahmenbedingungen

Akzeptanz und Beteiligung an Inhouse-Schulungen mit kurzen aber kontinuierlichen Schulungseinheiten waren hoch. Die heterogene Zusammensetzung der Gruppe der TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen hat viele Vorteile, fördert das gegenseitige Verständnis und erweitert den Horizont für Arbeitsabläufe unter den Beteiligten.

- An der Personalqualifizierung beteiligten sich über 80 TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen (Pflege, Nachtwache, Hauswirtschaft, Reinigung, Beschäftigungstherapie, Verwaltung, Qualitätsmanagement, Sozialer Dienst,

<sup>6</sup> Biographiebücher haben ihren Schwerpunkt in der schriftlichen Ausformulierung, während Erinnerungsbücher nur wenig Text beinhalten und hauptsächlich durch Fotos und Bilder etc. gestaltet sind.

Pflegedienstleitung) mit unterschiedlichen Qualifikationen (Sozialpädagogisches Studium, Gerontopsychiatrische Fachkräfte, Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege, Pflegehilfskräfte, Pflegeauszubildende, Praktikanten und Zivildienstleistende). Die Beteiligung an der Qualifizierung variierte in den Einrichtungen zwischen 8 und 16 TeilnehmerInnen.

- Die Beteiligung an den Schulungen war für diejenigen, die sich nach drei Terminen positiv entschieden hatten, verbindlich und mit bestimmten Aufgaben verbunden. Es gab während der Qualifizierungsphase nur einen geringen Ausfall in der Gruppe der TeilnehmerInnen (Schwangerschaft und Wechsel des Arbeitgebers).
- Aus dem Kreis der SchulungsteilnehmerInnen bildeten sich zwei Arbeitsgruppen (AG Konzeption und AG Milieugestaltung), die an den Tagen der kürzeren Schulungseinheiten unterstützt und moderiert wurden.
- Die Qualifizierungsphase erstreckte sich in allen Einrichtungen über ca. 6 Monate, weil zeitweise Personalengpässe auftraten (Krankheitswellen oder Schulferienzeit).
- Gruppen, die sich aus vielen Arbeitsbereichen zusammensetzen, haben sich bewährt. Der Austausch von Informationen hat sich verbessert und das gegenseitige Verständnis für unterschiedliche Arbeitsabläufe konnte gefördert werden. Die Bereitschaft zur wechselseitigen Unterstützung hat deutlich zugenommen, weil sich der Horizont ausgeweitet hat und Zusammenhänge klarer geworden sind.

### **Motivation und Beteiligung der TeilnehmerInnen**

Der „maßgeschneiderte“ Qualifizierungsansatz kommt den TeilnehmerInnen entgegen, stützt deren Engagement und Motivation für die Umsetzung.

- Das Motivationsniveau der TeilnehmerInnen zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahme war sehr unterschiedlich. Während in einer Einrichtung die TeilnehmerInnen „überschult“ wirkten, waren TeilnehmerInnen einer anderen Einrichtung regelrecht „durstig“ Neues zu erfahren.
- Der Ansatz einer „maßgeschneiderten“ Qualifizierung, der bei den Motivationspunkten der MitarbeiterInnen einsetzt, hat sich bewährt. Bei niedrigem Motivationsniveau standen praktische Übungen, direkt umsetzbare Handreichungen und der Erfahrungsaustausch im Vordergrund. Ziel war dabei, die TeilnehmerInnen behutsam an den personenzentrierten Ansatz heranzuführen, auch wenn dadurch die Vermittlung theoretischen Hintergrundwissens später und nur in geringerem Umfang eingebracht werden konnte.
- Einzelne TeilnehmerInnen, deren Berufsschwerpunkt bereits auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz lag, wirkten sich positiv auf die Motivation der Gruppe aus („Zugpferd“).
- Eine bereits im Vorfeld bestehende Projektgruppe hat ein hohes Motivationsniveau vorgelegt und mit großem Engagement an der Qualifizierung teilgenommen.
- Weil die Motivation in den Gruppen unterschiedlich hoch war, musste bei der Vermittlung von Hintergrundwissen gekürzt werden. Dennoch ergaben sich keine Einschränkungen in der Umsetzung des Ansatzes. Offensichtlich kann mit engagierten Pflegekräften, die den personenzentrierten Ansatz umzusetzen verstehen, auch das Fachwissen schmäler gehalten werden, ohne die Qualität der Betreuung zu beeinträchtigen.

### **Schulungsinhalte und Reaktionen der TeilnehmerInnen**

Die Biographiearbeit in Kombination mit sozialgeschichtlichem Hintergrundwissen wurde von den TeilnehmerInnen sowohl bereichernd als auch deprimierend empfunden. Vor allem jüngere Pflegekräfte sahen darin eine Erweiterung des eigenen Horizonts, während bei einigen „älteren“ TeilnehmerInnen Gedanken und Ängste zum eigenen Altwerden angestoßen wurden. In der Schulungsdurchführung hat sich der Dreischritt bewährt: Vermittlung von Wissen, Übungen für Eigenerfahrungen und begleitende Umsetzung mit den BewohnerInnen. Die Erfahrungen mit den Angehörigen bei der Biographiearbeit waren Grundstein für die Entwicklung organisatorischer Strukturen der Angehörigenarbeit.

- Die Vermittlung der Biographiearbeit beschränkte sich nicht auf die Sammlung von Informationen und deren Aufbereitung, sondern umfasste den Bereich, wie Angehörige das Vorhaben einschätzen (Neugierde) und welche Schwierigkeiten auftreten könnten (Verweigerung der Mithilfe). Es wurde ein Spektrum an Maßnahmen erarbeitet (Absicht erklären, Kommunikationsregeln, Fragebogen aushändigen, Termine vereinbaren etc.), um das Vorhaben unterstützend vorzubereiten.
- Die Biographiearbeit wurde mit Zeit-, Sozial- und Alltagsgeschichte kombiniert. Wichtig war dabei, die Lebensverhältnisse der Generation in die Zeitgeschichte einzubetten und sozialgeschichtliches Hintergrundwissen als weiteren Fundus für Beschäftigung und Aktivierung zu nutzen. Viele TeilnehmerInnen nahmen die Sozialgeschichte als Bereicherung auf und reflektieren die eigenen Lebensverhältnisse im Vergleich zu denen der BewohnerInnen. Ein junger Mitarbeiter resümierte: „In der Zeit hätte ich keinen Tag überlebt.“
- Bei der Erstellung einer Biographie waren die TeilnehmerInnen sowohl auf Informationen von BewohnerInnen, als auch auf Angaben der Angehörigen angewiesen. Das Spektrum der Mithilfe von Angehörigen war breit gefächert. Generell wurde die Bewohnerbiographie unterstützt, allerdings verweigerten auch einige Angehörige die „Auskunft“ und bewerteten das Vorhaben misstrauisch als „Einmischung in private Angelegenheiten“. Wieder andere waren von dem Ansatz der personenzentrierten Pflege und Betreuung so begeistert, dass sie eigenständig Fotoalben gestalteten und den MitarbeiterInnen zur Verfügung stellten. Diese Erfahrungen wurden bei der Erstellung der Konzeption zum Thema Angehörigenarbeit berücksichtigt.
- Unverständnis trat bei den TeilnehmerInnen auf, wenn Angehörige die Unterstützung verweigerten oder den Fragebogen nur fragmentarisch ausfüllten.
- Von einer kleinen Gruppe von Pflegekräften, vorwiegend mittleren Alters, wurden die Bewohnerbiographien als deprimierend empfunden. Über das Hintergrundwissen um frühere Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten empfanden sie die aktuelle Hinfälligkeit der BewohnerInnen überdeutlich und stellten eine Verlustbilanz auf. Wie sie selbst formulierten, wurden durch die Biographiearbeit Gedanken und Ängste zum eigenen Altwerden gestoßen.
- Die Schulungsinhalte waren so aufbereitet, dass die Wissensvermittlung durch praktische Übungen fundiert wurden, die sowohl unter den TeilnehmerInnen als auch im Pflegealltag mit BewohnerInnen statt fanden. Die Reflexion der Praxisaufträge erweiterte den Erfahrungshorizont und Sicherheit in der Umsetzung konnte gesteigert werden, indem die MitarbeiterInnen in der Praxis begleitet wurden.

### **Bewertung der Qualifizierungsmaßnahme durch die TeilnehmerInnen**

Zur Beurteilung der Qualifizierungsmaßnahme füllten insgesamt 62 TeilnehmerInnen einen Fragebogen aus, der statistisch auswertbare Fragen zu den Rahmenbedingungen der Qualifizierungsmaßnahme und zur Darbietung der Schulungsinhalte sowie offene Fragen für individuelle Stellungnahmen beinhaltete.

Die Rahmenbedingungen der Qualifizierungsmaßnahme wurden von den TeilnehmerInnen überwiegend positiv bewertet.

- Aus organisatorischen Gründen entschieden sich die Einrichtungen für kurze zweistündige Schulungseinheiten, die während des Schichtwechsels (ca. 12:30 Uhr bis 14:30 Uhr) eine kontinuierliche Beteiligung gewährleisten. 80% der TeilnehmerInnen waren mit dieser Festlegung zufrieden; 16% betrachteten die Kombination von Arbeitseinsatz und Schulung als belastend.
- Die zeitliche Anlage der Schulungseinheiten, die überwiegend zweistündig konzipiert waren und nur einige wenige Ganz- bzw. Halbtageseinheiten vorsahen, wurde von 92% der TeilnehmerInnen positiv bewertet (keine Angaben von ca. 5% der TeilnehmerInnen).

- Insgesamt wurden in den Einrichtungen an 15 bis 20 Terminen Schulungen durchgeführt, die in der Regel einmal wöchentlich stattfanden. Für 78% der TeilnehmerInnen war die Anzahl ausreichend, während 14% ihre Bewertung damit kommentierten, dass sie gerne an weiteren Schulungen teilgenommen hätten.
- Die Qualität der Schulungsmaterialien wurde von 94% der TeilnehmerInnen positiv bewertet.
- Art und Umfang der Praxisaufträge bewerteten 87% der TeilnehmerInnen positiv, während sie von ca. 9% als Zusatzbelastung im Pflegealltag empfunden wurden.

Die Darbietung der Schulungsinhalte stieß bei den TeilnehmerInnen auf eine gute Resonanz, besonders das Methodenrepertoire wurde häufig positiv erwähnt.

- Die TeilnehmerInnen bewerteten auf einer fünfstufigen Notenskala die Schulungsinhalte nach den Kriterien „verständlich“, „interessant“ und „abwechslungsreich.“ Im Durchschnitt wurde ein Wert von 1,7 (sehr gut bis gut) erreicht.
- Besonders häufig bezogen sich die TeilnehmerInnen auf das Methodenrepertoire, das ihnen gut habe; Es gab häufig Hinweise wie „es war nie ‚langweilig‘“ oder „die Verbindung von praktischer Umsetzung und Theorie war gut.“

Allgemein war die Zufriedenheit mit den Schulungsinhalten groß. Einige TeilnehmerInnen hätten gerne spezielle Themen vertieft oder sich weitere Praxisbegleitung gewünscht. Die Einrichtungsleitungen erhielten Informationen über weiteren Fortbildungsbedarf nach der Qualifizierungsphase.

- Während einige TeilnehmerInnen ihre Zufriedenheit zum Ausdruck brachten („es hat meiner Meinung nichts gefehlt, im Gegenteil, es war sehr verständlich und ausführlich“) hätten sich andere TeilnehmerInnen z.B. Vertiefungen („mehr Zeit für die Themen, die wir hatten“) oder weitere Praxisbegleitungen gewünscht.
- Die häufige Erwähnung im Fragebogen und die Erfahrung bei der Schulungsdurchführung deutet darauf hin, dass die sprachliche Interaktion mit Menschen mit Demenz für viele Pflegenden eine Hürde darstellt. Im Gespräch mit den Einrichtungsleitungen wurde der weiterführende Fortbildungsbedarf angesprochen und Hinweise auf bestimmte Themen gegeben (z.B. „Integrative Validation“, basale Stimulation etc.).

Der Nutzen der Fortbildung für die praktische Arbeit wurde einhellig positiv bewertet. Die übergeordneten Ziele bei der Vermittlung der Schulungsinhalte, Perspektivenwandel, Reflexion und Teamzusammenarbeit spiegeln sich in mehreren Antworten wider.

- Die TeilnehmerInnen bestätigen, dass Gelerntes in der täglichen Arbeit verwendet wird („Sehr hoher Nutzen für meinen Arbeitstag. Meine Ziele sind klarer, Pflegeverständnis korrigiert, Bienchendienst, Aktivierung, Achtung auf Lebensqualität. Fortbildung war nicht nur Theorie, sonder gut umsetzbar“). In einigen Kommentaren ist aber auch Zurückhaltung zu erkennen („Gelerntes kann nur teilweise aus Zeitgründen mit den Bewohnern umgesetzt werden“ oder „ich glaube, manches kann man nicht gleich einbringen in die Gruppe, man muss es erst lernen und umsetzen können; aber es gab sehr viele Tipps und Ideen, die wir ohne Euch nicht hätten umsetzen können“).
- Die Biographiearbeit wird häufig erwähnt und positiv hervorgehoben: „Es hat mir sehr viel gebracht, weil ich viel über die Bewohner erfahren habe.“
- Kontinuierliche Übungen zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz, die während der Schulungen immer wieder aufgegriffen wurden haben sich positiv niedergeschlagen: „Es war sehr von Nutzen, z.B. die Art, mit den Bewohnern zu sprechen: kurze klare Sätze, Aussagesätze, Bedeutung von Mimik und Gestik etc. (gut praktisch anwendbar).“
- Der Perspektivenwandel wird in vielen Kommentaren deutlich: „Ich versuche bei den Bewohnern das Wohlbefinden als primäres Ziel zu setzen“ oder „Ich versuche es (das

Gelernte) in der täglichen Arbeit einzubringen, die Dementen sehe ich jetzt mit anderen Augen.“

- Die Ebene der bewussten Reflexion ihres Alltagshandelns haben einige erreicht: „Vom Gelernten nutze ich viel in meiner täglichen Arbeit. Es kommt aber noch oft vor, dass ich mich dabei ertappe ins alte Schema zu fallen, es wird mir dann aber bewusst und ich ändere es wenn möglich.“
- Die Erkenntnis, dass der Einzelne wenig, aber im Team viel erreicht werden kann, haben einige TeilnehmerInnen aus der Schulung mitgenommen: „Die Fortbildung (war) für das ganze Team sehr wichtig“ und „es liegt alleine daran, wie die Mitarbeiter bereit sind, neue Wege zu beschreiten. Dies geht aber nur, wenn alle an einem Strang ziehen.“

## **6 Leben in einer Demenzwohngruppe – Auswirkung auf die BewohnerInnen**

### **6.1 Bewohnerzusammensetzung – Beobachtungen zum sozialen Milieu**

Menschen mit Demenz haben ein anderes Spektrum von Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten und dadurch einen größeren Toleranzspielraum für herausfordernde Verhaltensweisen. Auch bei Konflikten bleiben keine nachhaltigen Verstimmungen zurück. Die Teilnahme an hausinternen Veranstaltungen ist wichtig, aber nicht für alle BewohnerInnen geeignet (Auswahl nach Verhaltensanforderungen).

- Die Toleranz für herausfordernde Verhaltensweisen war in den Demenzwohngruppen deutlich höher, sowohl unter den BewohnerInnen als auch von Seiten des Pflegeteams.
- Grenzen der Toleranz unter den BewohnerInnen wurden dann erreicht, wenn die individuelle Belastbarkeit z.B. durch akustischer Überstimulation ("Hallo, Hallo...") oder bei Verletzungen von Territorialansprüchen überschritten wurde.
- Konflikte entstehen auch unter Menschen mit Demenz, können aber leichter durch Pflegekräfte abgefangen werden und haben keine nachhaltige stigmatisierende Wirkung, weil sie wieder vergessen werden.
- Während die BewohnerInnen in ihrem vorherigen Umfeld mit zahlreichen die Person geringschätzenden Interaktionen (Personalen Detraktionen = PD<sup>7</sup>) konfrontiert waren, wurden in den Demenzwohngruppen von vier Einrichtungen keine PDs beobachtet. Der Umfang von PDs in den anderen zwei Einrichtungen hat sich deutlich verringert.
- In einigen Fällen waren BewohnerInnen der Demenzwohngruppen bei hausinternen Veranstaltungen (Vorleserunde) aufgrund ihrer Verhaltensweisen handgreiflichen Angriffen geistig rüstiger BewohnerInnen ausgesetzt. Die Einbindung bei Veranstaltungen, die ein bestimmtes Verhaltensrepertoire einfordern (z.B. stilles Zuhören), erwies sich hier als problematisch.

### **6.2 Lebensqualität und Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz**

Grundlage für die Einschätzung von Lebensqualität ist die Pflegephilosophie von Tom Kitwood<sup>8</sup> sowie seine Definition von Lebensqualität im Sinne eines relativen personalen Wohlbefindens, das mit dem Instrument des Dementia Care Mapping (DCM) nachgewiesen werden kann.

Diesem Ansatz zufolge liegt der Schwerpunkt bei der Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz auf der Prozessebene. Die Wahrnehmung, in welcher Situation sich eine BewohnerIn gerade befindet, die Gestaltung der Kontaktaufnahme und die adäquate Intervention kann nicht aus einem „Handbuch“ abgeleitet werden. Das alltägliche Miteinander erfordert von Pflegekräften eine differenzierte Beobachtungsgabe, Hintergrundwissen, Flexibilität, Handlungsspielraum und -sicherheit.

<sup>7</sup> PD = Personale Detraktionen: Beobachtungen während des DCMs zu Schwachstellen in der sozialen Interaktion zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen siehe dazu: Müller-Hergl, C. (1998) De-menz und Remenz: Positive Personarbeit und Dementia Care Mapping. Geriatrie Praxis, Nr. 6, S. 18-23.

<sup>8</sup> Kitwood, T. (2000): Demenz – Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirren Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

## **DCM – ein Instrument zur Erfassung von Wohlbefinden und Lebensqualität**

Das DCM ist ein Verfahren, das zur Evaluation der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz entwickelt wurde. Das Verfahren umfasst 24 vorstrukturierte Verhaltenskategorien, die zur Beschreibung der Aktivitäten von Menschen mit Demenz im stationären Bereich herangezogen werden. Des Weiteren steht eine sechsstufige Werte-Skala zur Einschätzung des Wohlbefindens (WIB-Wert) zur Verfügung, die sich an zwei Eckpunkten orientiert.

1. Der Beobachter versucht sich auf die jeweilige BewohnerIn einzustimmen, indem er sich auf die zu beobachtenden Personen einstimmt (Tarierung).
2. Die Wertung (WIB-Wert) wird vornehmlich anhand nonverbaler Signale vorgenommen, die bei allen Verhaltensweisen Hinweise auf Wohl- oder Unwohlsein geben.

Die gesammelten Daten erlauben es, sowohl Aussagen zu den individuellen und gruppenbezogenen Veränderungen im Bereich des Verhaltensspektrums als auch in der Einschätzung zum Wohlbefinden zu machen.

### **Datengrundlage und Auswertungskriterien**

In den sechs bestehenden Einrichtungen wurden bei 70 BewohnerInnen DCMs durchgeführt. Für die Auswertung werden 53 DCM zugrunde gelegt. Die Datenbasis erfüllt folgende Kriterien:

1. Zu beiden Zeitpunkten, vor Umzug in die Demenzwohngruppe und nach Abschluss der Interventionsphase, wurden bei den ausgewählten Bewohnern ein DCM durchgeführt.
2. Für die Vergleichbarkeit bewohnerbezogener DCMs müssen die Zeiteinheiten beider Datenerfassungszeitpunkte einen verhältnismäßigen Anteil von mindestens 25% abdecken.

Für die Einschätzung der Lebensqualität von BewohnerInnen werden sowohl die Ergebnisse der DCMs als auch weitere Informationen zugrunde gelegt, die in der Biographiearbeit, bei Fallbesprechungen und teilnehmenden Beobachtungen zusammengetragen wurden.

Es werden nach definierten Kriterien über den Wohlbefindlichkeitswert (WIB-Wert) Gruppen gebildet, deren Deutung nur mit den o.g. Informationsergänzungen erfolgen kann.

Sowohl die Ergebnisse der DCM-Auswertung als auch bewohnerbezogene Beobachtungen fließen in die Beantwortung der Frage: Welche BewohnerInnen profitierten von den Interventionen und der Betreuung in einer Demenzwohngruppe?

### **Gruppenbildung durch WIB-Werte**

Die Auswertung der DCM-Daten von 53 BewohnerInnen erfolgt individuell in Bezug auf die erkennbaren Veränderungen. Die BewohnerInnen werden drei Gruppen zugewiesen:

1. Gruppe mit deutlichen Verbesserungen im WIB-Wert
2. Gruppe mit konstantem WIB-Wert
3. Gruppe mit deutlicher Verschlechterung im WIB-Wert

Als deutliche Verbesserung werden Veränderungen im 2. DCM bezeichnet, wenn der WIB-Wert um mehr als +0,3 angestiegen ist. Ergibt sich im 2. DCM lediglich eine Schwankung von max. +0,3 bzw. max. -0,3 wird die Bewertung als konstant bezeichnet. Als deutliche Verschlechterung werden Veränderungen im 2. DCM bezeichnet, wenn der WIB-Wert um mehr als -0,3 gesunken ist.

### **BewohnerInnen mit deutlichen Verbesserungen im WIB-Wert**

Von 53 BewohnerInnen haben insgesamt 17 Personen deutliche Verbesserungen im WIB-Wert erzielt. Werden die einzelnen BewohnerInnen dieser Gruppe im Detail betrachtet, dann zeigen sich folgende Auffälligkeiten:

1. Verhaltensauffälligkeiten (motorische Unruhe und „Wandern“, Aggressionen und Hallo-Rufen) haben sich generell reduziert

2. Besonders 5 BewohnerInnen mit vormals starken Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten (Aphasie, agitiertes Verhalten, motorische Unruhe, Aggressionen, Schreien) haben sich um +1,0 bis +1,5 im WIB-Wert verbessert
3. 10 BewohnerInnen reagieren sehr positiv auf Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote und beteiligen sich aktiv
4. Tendenzen der Zurückgezogenheit bzw. zur Apathie haben sich reduziert

#### **Hypothesen:**

BewohnerInnen mit herausfordernden Verhaltensweisen profitieren deutlich, weil sich Pflegekräfte andere Zugangsmöglichkeiten erarbeitet haben. Der veränderte Blick auf die Person wirkt sich positiv auf den Umgang und die Qualität der Interaktionen mit BewohnerInnen aus, denen nicht mehr aus dem Weg gegangen wird, weil Angst und Abwehrhaltung reduziert werden konnten.

Zeitintensive, kontaktsuchende (gesprächige) BewohnerInnen werden weniger umgangen, weil sich sowohl das Handlungsspektrum (Gesprächsthemen, Aktivierungen, Beschäftigungen etc.) der Pflegekräfte als auch deren Handlungssicherheit gesteigert hat. Beschäftigungen und Aktivierungen zeigen bei bestimmten BewohnerInnen deutlichen Zugewinn an Lebensqualität.

#### **BewohnerInnen mit deutlichen Verschlechterungen im WIB-Wert**

Von 53 Bewohnern haben insgesamt 9 Personen eine deutliche Verschlechterung im WIB-Wert erzielt. Werden im Detail die einzelnen BewohnerInnen dieser Gruppe betrachtet, dann zeigen sich folgende Auffälligkeiten:

1. Zwei BewohnerInnen, deren Demenz an der Schwelle vom leichten zum mittleren Schweregrad eingestuft waren, haben sich beide deutlich verschlechtert.
2. Sieben der BewohnerInnen haben sowohl körperlich als auch kognitiv stark abgebaut.
3. Einige BewohnerInnen haben neben der dementiellen Erkrankung weitere schwerwiegende körperlichen Krankheiten.

Bei BewohnerInnen, die deutliche Verschlechterungen im WIB-Wert erzielt haben, stellt sich besonders die Frage, warum diese nicht von der Betreuung in einer Demenzwohngruppe profitiert haben. Die genaue Analyse der Ergebnisse legt zwei Erklärungsansätze nahe:

#### **Hypothesen:**

Es besteht die Gefahr, dass BewohnerInnen an der Schwelle von einer leichten zur mittleren Demenz in einer Demenzwohngruppe kognitiv unterfordert sind und gleichzeitig durch gutgemeinte Interventionen in ihrer Leistungsfähigkeit überfordert werden.

Bei BewohnerInnen mit einer schweren Demenz, einem voranschreitenden Abbauprozess in kognitiver als auch in körperlicher Hinsicht (weitere Co-Erkrankungen) sind keine Verbesserungen im Wohlbefinden festzustellen. Kompensationen durch die Pflegekräfte hinken vermutlich dem schnell verlaufenden Veränderungsprozess hinterher.

#### **BewohnerInnen mit konstantem WIB-Wert**

Von 53 Bewohnern haben insgesamt 27 Personen einen „konstanten“ WIB-Wert erzielt. Werden im Detail die einzelnen BewohnerInnen dieser Gruppe betrachtet, dann haben sich 13 BewohnerInnen leicht verbessert, 4 BewohnerInnen haben einen identischen WIB-Wert erzielt und 10 BewohnerInnen haben sich leicht verschlechtert. Für eine Hypothesenbildung ist die Datenbasis zu uneinheitlich, um Trends oder Auffälligkeiten zu erkennen, die über den Einzelfall hinausgehen. Mögliche Erklärungsansätze können sowohl im Bereich der krankheitsimmanenten Veränderungen als auch im Bereich der Versorgungsqualität liegen.



### 6.3 Einschätzung der Lebensqualität aus Sicht der Angehörigen

Angehörige sind „Fachleute“, die das Wohlbefinden ihrer Demenzkranken in der Regel sehr gut beurteilen und in entscheidender Weise beeinflussen können: niemand steht den BewohnerInnen so nahe, niemand kennt deren Gewohnheiten, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten besser als sie und keine der Pflegekräfte kann sich so intensiv (und sei es auch nur für eine begrenzte Zeit) mit einer einzelnen BewohnerIn beschäftigen wie deren Angehörige. Aus diesem Grund wurden Angehörige für die Einschätzung zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz hinzugezogen. Die Angehörigen wurden gebeten, einen Fragebogen mit einer Reihe offener und geschlossener Fragen zur Betreuungsqualität sowie eine Liste mit zehn Eigenschaftspaaren, anhand derer die Atmosphäre eines Wohnbereichs beurteilt werden kann, anonym auszufüllen.

#### Auswertung der Angehörigen-Fragebogen

Es wurden 108 Fragebogen an Angehörige und gesetzliche Betreuungspersonen (ca. 10%) verschickt. Aus dem Rücklauf von 74 Fragebogen (67%) werden die Einschätzungen der Angehörigen des Gradmann-Hauses nicht berücksichtigt. Für die Einschätzung der Lebensqualität werden 59 Fragebogen ausgewertet. Die Mindestbeteiligung in den Einrichtungen belief sich auf 50%.

#### Beurteilung der Atmosphäre der Demenzwohngruppen

Die Beurteilungen der Angehörigen zur Atmosphäre der Demenzwohngruppen fallen übereinstimmend und überwiegend positiv in die Kategorien ruhig, entspannt, vertrauensvoll, sicher, geordnet, einladend und leise aus. In allen Einrichtungen hat die Bewertung der Kategorien anregend, lustig und unterhaltsam eine deutliche Abweichung von den anderen Ergebnissen gezeigt.

- Die überwiegende Mehrheit der befragten Angehörigen begrüßt die Veränderungen, die in ihrer jeweiligen Einrichtung stattgefunden haben, insbesondere die baulichen Veränderungen werden einhellig gelobt.
- Es stellt sich grundlegend die Frage, ob aus der Perspektive der Angehörigen die Atmosphäre einer Demenzwohngruppe überhaupt in Kategorien wie lustig, unterhaltsam und anregend gefasst werden kann. Der Besuch von BewohnerInnen konfrontiert Angehörige möglicherweise mit angstbesetzten Veränderungen, die die vertraute Person zu einem ihnen unbekanntem Menschen werden lässt.

#### Einschätzung der Veränderung durch die Intervention

Im Rückblick und im Vorher-Nachher-Vergleich sehen Angehörige eine deutlich positive Veränderung der Betreuungssituation und sind der Meinung, dass die Lebensqualität (Wohlbefinden) der BewohnerInnen gestiegen ist.

- 66% der Angehörigen sind der Meinung, dass sich Pflege- und Betreuungsqualität ebenso wie das Verhalten und Wohlbefinden der BewohnerInnen verbessert hat. Begründet wird die Einschätzung durch Beobachtungen zur Stimmungslage von BewohnerInnen z.B. „Meine Mutter ist sehr selten depressiv, lacht und ist fröhlich“ oder zum aktivierenden Betreuungsansatz „Einbeziehung in hauswirtschaftliche Tätigkeiten, mehr Angebote bei Beschäftigung und Aktivierung“ bzw. zum Gesamteindruck im Umgang z.B. „Personal beschäftigt sich intensiver mit Bewohnern“
- 19% der Angehörigen sehen keine Veränderung und sind der Ansicht, die „Pflege war schon immer gut“ bzw. die momentane „Betreuung könnte besser sein“.
- 5% der Angehörigen sehen keine Verbesserung, weil die BewohnerInnen erst kürzlich in die Demenzwohngruppe eingezogen sind und ein Vergleich daher nicht möglich ist.
- 10% der Angehörigen machen keine Angaben

## Betreuungssituation und Bedürfnisse bzw. Wünsche von BewohnerInnen

Angehörige haben überwiegend den Eindruck, dass die momentane Betreuung in der Demenzwohngruppe den Wünschen und Bedürfnissen der BewohnerInnen entspricht.

- Ca. 68% der Angehörigen sind der Meinung, dass die aktuelle Betreuungssituation den Wünschen und Bedürfnissen der BewohnerInnen entspricht, weil „auf Bedürfnisse eingegangen wird.“
- 29% der Angehörigen meinen, dass nur teilweise Bedürfnisse und Wünsche in der Betreuungssituation berücksichtigt werden. Sie sehen für eine Verbesserung die Notwendigkeit „intensiver Einzelbetreuung“, die nur über „mehr Personal“ erreicht werden kann. Außerdem wünschen sich Angehörige „mehr gezielte Angebote (z.B. kleine Spaziergänge)“ und grundsätzlich „mehr Aktivierung“.
- 2% der Angehörigen sind der Ansicht, „Bewohner sind sich selbst überlassen“ und sehen die Betreuungssituation als nicht angemessen an.

## 7 Quantitative Evaluation

Die quantitative Evaluation wurde von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit durchgeführt. Sie fokussiert zwei zentrale Ergebnisbereiche, nämlich die demenzkranken BewohnerInnen sowie die PflegemitarbeiterInnen der Modellwohngruppen. Die Forschungsfragen dieses Untersuchungsteils lauten folgendermaßen:

Wie wirken sich milieutherapeutische Demenzwohngruppen (räumliche und organisatorische Veränderungen, Qualifizierung der PflegemitarbeiterInnen) aus auf die

- demenzkranken BewohnerInnen hinsichtlich der Ausprägung von demenzassoziierten Symptomen? Gibt es Veränderungen im Grad der Alltagskompetenz und im kognitiven Leistungsvermögen? Gibt es Veränderungen in der Auftretenshäufigkeit und Schwere von nicht-kognitiven Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten? Verändert sich die Häufigkeit von sozialen Kontakten sowie von positiven und kompetenzfördernden Aktivitäten?
- PflegemitarbeiterInnen hinsichtlich der Arbeitsbelastung. Gibt es Veränderungen bei den geschulten PflegemitarbeiterInnen im Belastungserleben?

Bei den demenzkranken BewohnerInnen wurde in erster Linie eine Reduktion der Auftretenshäufigkeit und Schwere der nicht-kognitiven Symptome und Verhaltensauffälligkeiten sowie eine Erhöhung der Häufigkeit positiver und kompetenzfördernder Aktivitäten erwartet. Hinsichtlich der Kernsymptome der Demenz, insbesondere hinsichtlich der kognitiven Leistungsdefizite und Einschränkungen der Alltagskompetenz, war infolge der Progression des Krankheitsprozesses hingegen eher mit Verschlechterungen zu rechnen. Im Hinblick auf die in die Intervention einbezogenen PflegemitarbeiterInnen bestand die Hypothese, dass Beanspruchung und Arbeitsbelastung abnehmen.

### 7.1 Methodisches Vorgehen

Insgesamt sollten für die sechs neu zu etablierenden Wohngruppen etwa 70 bis 80 BewohnerInnen gewonnen und längsschnittlich, d.h. vor und nach der Intervention, untersucht werden. Die Untersuchung einer Kontrollgruppe war im Rahmen des MIDEMAS-Projekts aus finanziellen Gründen nicht möglich. Aus methodischen Gründen (ausreichend große Fallzahlen) war es für die quantitative Evaluation unumgänglich, die BewohnerInnen der einzelnen Modellwohngruppen zu einer Stichprobe zusammenzufassen und gemeinsam zu analysieren. Dieses Vorgehen erschien uns gerechtfertigt, da für jede Wohngruppe sowohl dieselben Aufnahmekriterien als auch dieselben Interventionsziele galten.

Um die Zielpersonen für die neuen Modellwohngruppen unter der Bewohnerschaft zu identifizieren, wurden zunächst alle BewohnerInnen der sechs Pflegeheime zu einem bestimmten Stichtag mit Hilfe eines standardisierten Pflege- und Verhaltensassessment erhoben (Zeitpunkt T0). Die Zielkriterien (mittelschwere bis schwere Demenz, ausgeprägte

Verhaltensauffälligkeiten, erhaltene Gehfähigkeit) wurden in Anlehnung an die Kriterien der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2000) für die besondere stationäre Dementenbetreuung entwickelt. Nach der Identifikation erfolgte die endgültige Festlegung der Zielgruppe für die Wohngruppen sowie die Voruntersuchung (vor dem Umzug), die sowohl bei den künftigen BewohnerInnen als auch bei den PflegemitarbeiterInnen mit einem standardisierten Erhebungsinstrumentarium (Zeitpunkt T1) durchgeführt wurde. Nach Umzug und Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme, im Abstand von durchschnittlich rund 6 Monaten zur Voruntersuchung, wurde die Nachuntersuchung bei den ModellbewohnerInnen und bei den PflegemitarbeiterInnen mit nahezu demselben Instrumentarium wie vor der Intervention durchgeführt (Zeitpunkt T2).

Um die Entwicklung der BewohnerInnen im zeitlichen Verlauf hinsichtlich der interessierenden Merkmale bestimmen zu können, wurden statistische Verfahren zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen für abhängige Stichproben mit zwei Erhebungszeitpunkten angewandt. Im Hinblick auf die kontinuierlichen abhängigen Variablen war die Anwendung nonparametrischer Verfahren geboten (Wilcoxon-Test), im Hinblick auf die kategorialen Variablen die Anwendung von Chi<sup>2</sup>-Techniken. Die Signifikanzprüfungen wurden jeweils zweiseitig durchgeführt. Mit Ausnahme der Ergebnisse zum Belastungsfragebogen wird als Maß der zentralen Tendenz im Text der Median (= Md) angegeben.

## Erhebungsinstrumente

Das Erhebungsinstrumentarium setzte sich aus standardisierten und erprobten Verfahren zusammen, die unterschiedliche Informationsquellen und -zugänge berücksichtigen. Ein Teil des Instrumentariums, das Pflege- und Verhaltensassessment, wurde nach vorheriger Instruktion durch die PflegemitarbeiterInnen bearbeitet. Darüber hinaus wurde ein Bearbeitungsleitfaden zur Verfügung gestellt. Der andere Teil, die klinische Demenzdiagnostik, wurde durch geschulte MitarbeiterInnen des Forschungsteams, das aus klinischen Psychologinnen bestand, erhoben. Diese Vorgehensweise trug den Besonderheiten Rechnung, die sich bei der Untersuchung von Demenzkranken ergeben (eingeschränkte Auskunftsfähigkeit, geringere Belastbarkeit, Multimorbidität der Betroffenen). Die Arbeitsbelastung der PflegemitarbeiterInnen wurde durch einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung ermittelt.

Das *Pflege- und Verhaltensassessment (PVA)* wurde von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric<sup>9</sup> im Rahmen einer früheren Pflegeheimstudie zur Bearbeitung durch PflegemitarbeiterInnen entwickelt. Neben soziodemografischen Merkmalen erfasst es die Pflegestufe nach SGB XI, kognitive Beeinträchtigungen, soziale Kontakte und Aktivitäten der BewohnerInnen. Darüber hinaus wurde die *ADL-Skala von Mahoney & Barthel* (1965) sowie eine im Rahmen des Hamburger Modellprogramms modifizierte Version des *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*<sup>10</sup> (CMAI) in das PVA integriert. Zur Identifikation der Zielgruppe wurden die kognitiven Items, das modifizierte CMAI sowie die ADL-Skala von Mahoney und Barthel herangezogen.

Die klinische Demenzdiagnostik umfasste das Strukturierte Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologie<sup>11</sup> (SIDAM) das Clinical Dementia Rating<sup>12</sup> (CDR) und die von uns bearbeitete deutsche Fassung des Neuropsychiatric Inventory<sup>13</sup> (NPI). Im Unterschied zum CMAI, das sich auf die Erfassung von „agitierten Verhaltensweisen“ im engeren Sinne beschränkt, beinhaltet das NPI 12

9 Zimmer A., Albrecht, A., Weyerer S. (1999). Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege nach Einführung der Pflegeversicherung – Ergebnisse einer Verlaufsstudie. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 53, 194-201; Weyerer S., Schäufele M (2001). Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Stuttgart: Kohlhammer, 9-18.

10 Cohen-Mansfield J., Marx, M.S., Rosenthal, A.S. (1989). A Description of Agitation in a Nursing Home. Journal of Gerontology: Medical Sciences 44, 77-84. Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (2000). Rahmenvereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg: Eigendruck.

11 Zaudig M., Hiller W. (1996). SIDAM-Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt-Demenz – (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R, DSM-IV und ICD-10. Manual. Bern: Hans Huber.

12 Hughes C.P., Berg L., Danziger W.L., Coben L.A., Martin R.L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry 140, 566-572.

13 Cummings, J.L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. Neurology 48 (suppl 6), 10-16.

Subskalen zur Abbildung verschiedener neuropsychiatrischer Störungen (Wahnvorstellungen, Erregung/Aggression, Angst, Halluzination, Depression/Dysphorie, Hochstimmung, Apathie, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Enthemmung, abweichendes motorisches Verhalten und Essstörungen). Zur Erhebung der Beanspruchung und Belastung bei den PflegemitarbeiterInnen wurde eine Kurzform des Fragebogens zur Arbeitsbelastung und Beanspruchung von PflegemitarbeiterInnen in der stationären Altenhilfe eingesetzt, der ebenfalls in der Arbeitsgruppe Psychogeriatric<sup>14</sup> entwickelt wurde.

## 7.2 Ergebnisse

### Identifikation und Auswahl der BewohnerInnen für die Demenzwohngruppen

In den sechs untersuchten Heimen lebten an den Stichtagen insgesamt 620 BewohnerInnen, wobei die Anzahl pro Heim zwischen 74 und 129 variierte. Durchschnittlich waren die BewohnerInnen 83,8 Jahre alt, mehr als ein Viertel war 90 Jahre und älter. Frauen machten mit durchschnittlich 84,7% den weitaus größten Anteil der Bewohnerschaft aus. Nach dem Pflege- und Verhaltensassessment durch die PflegemitarbeiterInnen waren 64,3% der BewohnerInnen von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen.

Von den Demenzkranken waren 44,8% gehfähig und 28,9% wiesen ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten auf. Ausgeprägt verhaltensauffällig *und* gehfähig wie nach unseren Zielkriterien gefordert, waren hingegen nur 17% aller demenzkranken BewohnerInnen. Das heißt, in den sechs Einrichtungen wiesen insgesamt lediglich 66 BewohnerInnen alle drei formalen Kriterien der Zielgruppe auf. Davon zogen letztlich nur 38 Personen in die Modellwohngruppen ein. Die Ausfallgründe waren: Ablehnung der Wohngruppe durch die Person selbst, Ablehnung durch Heimpersonal nach Einschätzung sowohl der individuellen Neigungen (z.B. „ist Gruppen gegenüber abgeneigt“) als auch der Integration im bisherigen Wohnbereich („ist sozial integriert“, „fühlt sich wohl“...), Ablehnung durch Angehörige und Betreuer oder hohe Morbidität (akute schwere Erkrankung, moribund). Um die Demenzwohngruppen vollständig belegen zu können, mussten die Zielkriterien gelockert werden, um eine ausreichende Anzahl von BewohnerInnen für die Modellwohngruppen zu gewinnen.

### Die Merkmale der BewohnerInnen der Modellwohngruppen vor der Intervention

Insgesamt zogen 70 BewohnerInnen in die sechs Modellwohngruppen ein. Das Durchschnittsalter lag zu T0 bei 83,6 Jahren (Spanne: 68 - 96 Jahre). Die Hälfte der BewohnerInnen war 85 Jahre und älter. 84,3 % waren Frauen, wobei eine Wohngruppe sogar ausschließlich mit Frauen belegt wurde. Sowohl die Verteilung der Pflegestufen nach SGB XI (62,7% in Pflegestufe 2 oder 3 ) als auch der Barthel-Index (Md: 50, Spanne: 5-100) zeigten, dass die Mehrzahl der BewohnerInnen bereits vor dem Einzug von schweren funktionellen Einschränkungen betroffen waren und einen hohen Bedarf an Hilfe und Pflege in den primären Aktivitäten des Lebens aufwiesen. Während alle BewohnerInnen nach den Einschätzungen der Pflegekräfte von einer Demenz betroffen waren, waren 89,4% gehfähig und 60,6% waren ausgeprägt verhaltensauffällig. Nur 57,6% erfüllten die drei formalen Zielkriterien vollständig. Von den Verhaltensauffälligkeiten – gemessen mit der modifizierten CMAI – wurden „ständiges Suchen nach Zuwendung oder Hilfe“ (N=38 betroffene BewohnerInnen), „Gefährdung durch Weglaufen“ (N=35) und Eindringen in fremde Räume (N=34) von den PflegemitarbeiterInnen am häufigsten angegeben. Am seltensten kamen aggressive Handlungen, wie Bspucken anderer (N=2), Beißen (N=3) oder Werfen mit harten Gegenständen (N=4) vor.

Anhand des SIDAM und des Clinical Dementia Rating (CDR) konnten die Forschungsmitarbeiterinnen die Syndrom-Diagnose einer Demenz nach IDC-10 bei allen 70 Bewohnerinnen bestätigen. 27 erfüllten die Kriterien einer Demenz bei Alzheimer Krankheit, sieben die einer vaskulären Demenz und drei BewohnerInnen waren von einer Demenz in Folge einer Alkoholabhängigkeit betroffen. Bei 37 BewohnerInnen lagen nicht genügend

<sup>14</sup> Quellennachweise in: Schäufele M., Weyerer S. (2001). Modellprojekt: „Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation“- Studiendesign und Methoden. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Stuttgart: Kohlhammer, 116-123.

Informationen vor, um die Demenzform nach den operationalen Kriterien zu bestimmen. 66 BewohnerInnen waren nach dem Clinical Dementia Rating (CDR) mittelschwer oder schwer dement, bei vier BewohnerInnen war eine leichte Demenz festzustellen. Letztere waren außerhalb des Auswahlverfahrens vom Heimpersonal in den Wohngruppen platziert worden. Insgesamt wiesen die BewohnerInnen schwere kognitive Beeinträchtigungen auf, der Median der Mini Mental Status Testwerte lag zu T1 bei 5 Punkten (Spanne: 0-22).

## **Die BewohnerInnen der Modellwohngruppen nach der Intervention (T2)**

Die Nachuntersuchung konnte nach durchschnittlich 6 Monaten an 65 der 70 BewohnerInnen durchgeführt werden. Zwischenzeitlich waren ein männlicher Bewohner und zwei Bewohnerinnen verstorben. Des Weiteren hatte eine Bewohnerin die Wohngruppe auf Wunsch ihrer Angehörigen verlassen und war in den integrierten Bereich der Einrichtung zurückgekehrt. Eine andere Bewohnerin behielt zwar ihr Zimmer in der Wohngruppe, hielt sich tagsüber aber grundsätzlich im integrierten Bereich des betreffenden Hauses auf. Sie wurde ebenfalls aus der Untersuchung ausgeschlossen.

## **Vergleich der BewohnerInnen vor und nach der Intervention (T2 versus T0,T1)**

### *Schwergrad der Demenz und Alltagskompetenz vor und nach der Intervention*

Die Vergleiche zwischen den Skalenwerten der BewohnerInnen vor und nach der Intervention erbrachten im Hinblick auf den globalen Schweregrad der demenziellen Störung (Clinical Dementia Rating) und die kognitive Leistungsfähigkeit (Mini Mental Status Test), geringfügige Verschlechterungen im Laufe der sechs Monate, die keine statistische Signifikanz erreichten. Hinsichtlich der Alltagskompetenz, die mit dem Barthel-Index abgebildet wurde, fand sich hingegen ein signifikanter Verlust an Selbständigkeit über die Zeit (Md Barthel T0: 50; Md Barthel T2: 45;  $p < 0.01$ ). Das heißt, die BewohnerInnen brauchten nach der Intervention mehr Hilfe bei der Verrichtung der primären ADL (Fortbewegung, Waschen, Ankleiden, Ausscheidungen, Nahrungsaufnahme) als vor der Intervention. Bei der Betrachtung der Einzelitems wurde deutlich, dass die Selbständigkeit insbesondere hinsichtlich der Fähigkeit zur Fortbewegung sowie hinsichtlich der Ausscheidungen abnahm. Während zu T0 noch 78,8% bzw. 39,1% der BewohnerInnen selbständig gehen bzw. treppensteigen konnten, waren zu T2 dazu nur noch 60,9 % bzw. 23% BewohnerInnen in der Lage. Die Anteile derjenigen, die stuhl- oder urinkontinent waren, reduzierten sich von 30,3% auf 16,9% bzw. von 16,7% auf 7,6%. Weitgehend stabil über die Zeit blieben dagegen die Anteile derjenigen, die selbständig essen (35,4% versus 33,3%), sich selbständig ankleiden (9,1% versus 7,6%) oder sich selbständig waschen konnten (7,6% versus 7,7%).

### *Nicht-kognitive Symptome und Verhaltensauffälligkeiten vor und nach der Intervention*

Im Hinblick auf demenzassoziierte Symptome, die nach heutigem Kenntnisstand einer psychosozialen Intervention eher zugänglich sind als die Kernsymptome einer Demenz, wie kognitive Beeinträchtigung und Selbstständigkeitsverlust, bot sich ein anderes Bild.

Sowohl die Gesamtwerte „Häufigkeit x Schwere“ des Neuropsychiatrischen Inventars (NPI) als auch die Gesamtwerte des modifizierten Cohen-Mansfield Agitation Inventory (mod. CMAI) verbesserten sich signifikant. Das heißt, das Ausmaß nicht-kognitiver Symptome und Verhaltensauffälligkeiten bei den BewohnerInnen, die – mit unterschiedlicher Akzentuierung - durch diese beiden Skalen abgebildet werden sollen, war zu T2 signifikant geringer als zu T1. Beim NPI sank der Median der Gesamtwerte „Häufigkeit x Schwere“ von 21 Punkten zu T1 auf 12 Punkte zu T2 ( $p < 0.05$ ). Allerdings beschränkte sich die signifikante Verbesserung auf den Gesamtwert „Häufigkeit x Schwere“. Sie fand sich nicht beim Gesamtwert „Belastung“, der die Belastung der Pflegeperson durch die neuropsychiatrische Symptomatik indizieren soll (Md NPI Belastung T1: 10; Md NPI Belastung T2: 5;  $p > 0.10$ ). Auf die Darstellung der NPI-Subskalenwerte, aus denen sich die jeweiligen Gesamtwerte zusammensetzten, wurde verzichtet. Nur sehr wenige BewohnerInnen wiesen in den einzelnen Subskalen Werte größer 0 auf, d.h. waren überhaupt „symptomatisch“. Beim mod. CMAI, das im Unterschied zum NPI ausschließlich „agitierte“ Verhaltensweisen erfassen soll, lag der Median zu T1 bei 38,5

Punkten, zu T2 hingegen nur noch bei 31 Punkten ( $p < 0.001$ ), was eine hoch signifikante Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten bedeutet. Hinsichtlich der Einzelitems der mod. CMAI ergaben sich günstigere Verteilungen als bei den NPI Subskalen, so dass zumindest der Verlauf der häufigsten Auffälligkeiten kurz erwähnt werden soll: Abgesehen vom Gebrauch „Abweichender Ausdrucksformen“ (Fluchen, verbale Aggressivität...), der nach der Intervention bei den BewohnerInnen tendenziell (nicht signifikant) häufiger als vor der Intervention beobachtet wurde, waren alle anderen Verhaltensauffälligkeiten rückläufig. Am deutlichsten zeigte sich dieser Trend hinsichtlich „Eindringen in fremde Räume“ (23 BewohnerInnen zu T2 versus 34 zu T1), „ständiges Suchen nach Zuwendung und Hilfe“ (29 BewohnerInnen zu T2 versus 38 zu T1) sowie hinsichtlich „intensiver Beweglichkeit“ (18 BewohnerInnen zu T2 versus 27 zu T1). Statistisch signifikant wurde der Rückgang allerdings lediglich bei der Weglaufgefährdung, die zu T2 nur noch bei 18 gegenüber 35 BewohnerInnen zu T1 angegeben wurde.

### *Pflegerische Interventionen und ergotherapeutische Maßnahmen*

Das Pflege- und Verhaltensassessment, das für jede BewohnerIn vor (T0) und nach der Intervention (T1) durch die PflegemitarbeiterInnen erhoben wurde, enthält neben den bereits dargestellten Items zum kognitiven Leistungsvermögen und Verhalten auch Items zur Häufigkeit von pflegerischen und ergotherapeutischen Maßnahmen bei jeder Bewohnerin, bezogen auf einen Zeitraum von vier Wochen. Der Vergleich zwischen den Erhebungszeitpunkten erbrachte, dass der Anteil von BewohnerInnen, die wegen problematischer Verhaltensweisen zusätzlich Aufmerksamkeit und Hilfe benötigten, signifikant von 52,3 % zu T0 auf 31,8% zu T2 zurückging. Der Rückgang von nicht-kognitiven Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, der mittels des NPI und des modifizierten CMAI festgestellt wurde, spiegelte sich demnach auch bei den pflegerischen Interventionen wider. Gleichzeitig nahm die Häufigkeit aktivierender Maßnahmen signifikant zu. Während vor der Intervention 33,9% der BewohnerInnen mindestens einmal pro Woche körperlich aktiviert worden waren, betrug dieser Anteil nach der Intervention 58,9%. Derselbe Trend zeigte sich beim Selbständigkeitstraining, das zu T0 nur 16,2 % der BewohnerInnen (mindestens einmal wöchentlich) zuteil wurde, zu T2 wurde es hingegen bei 49,1% durchgeführt.

Unerwartet waren die Ergebnisse hinsichtlich der Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen: Bettgitter oder andere Sicherungsvorrichtungen an Möbeln (z.B. am Sessel befestigte Tischplatten) wurden vor der Intervention bei 17 (27,9%) BewohnerInnen häufig angebracht, (d.h. mehr als die Hälfte der Zeit in vier Wochen), nach der Intervention dagegen bei 22 (36,1%). Hinsichtlich des Einsatzes von Fixiergurten stieg die Zahl der Betroffenen von ursprünglich vier (6,7%) auf sechs Personen (10%). Der Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen wies einen signifikanten Zusammenhang mit der Gehfähigkeit der BewohnerInnen auf. Dies galt insbesondere für den Einsatz von Fixiergurten. Alle sechs Personen, die zu T2 häufig fixiert wurden, waren zu T2 auch nicht mehr in Lage selbständig zu gehen, fünf davon konnten nicht einmal mehr 50m mit einer Hilfsperson zurücklegen. Es ist daher zu vermuten, dass der geringfügige Anstieg in der Anwendung dieser Maßnahmen eher im Zusammenhang mit Bemühungen um die Prävention von Unfällen stand, die mit zunehmender Immobilität der BewohnerInnen wahrscheinlicher wurden, als im Zusammenhang mit der Disziplinierung von störenden mobilen BewohnerInnen.

### *Soziale Kontakte und Aktivitäten der BewohnerInnen*

Die Besuchshäufigkeit blieb im zeitlichen Verlauf bemerkenswert konstant. Ein überraschend hoher Anteil von BewohnerInnen, nämlich rund 60%, erhielt sowohl vor als auch nach der Intervention mindestens einmal wöchentlich Besuch von Verwandten oder Bekannten. Ähnlich konstant über die Zeit blieben die Anteile derjenigen, die häufige Kontakte zum Pflegepersonal (48,3% zu T2 versus 46,7% zu T0) oder zu anderen HeimbewohnerInnen hatten (32,7% zu T2 versus 36,5% zu T0). Die Anteile von BewohnerInnen, die einen bedeutsamen Teil ihrer Zeit mit der Pflege von Hobbies und Interessen verbrachten (z.B. Handarbeiten, Zeitunglesen), Gesellschaftsspiele spielten oder mindestens einmal in der Woche etwas außerhalb des Heimes unternahmen, waren nach der Intervention zwar höher als vorher. Insgesamt waren es

jedoch auch zu T2 relativ wenig BewohnerInnen (8,2% bzw. 8,6%), die den beschriebenen Aktivitäten nachgingen. Dasselbe galt für Mithilfe bei kleineren Arbeiten im Heim, die sowohl vor als auch nach der Intervention lediglich von rund 9% der BewohnerInnen geleistet wurde.

### **Arbeitsbelastung und Beanspruchung bei den PflegemitarbeiterInnen**

Die Erhebung der Beanspruchung und Belastung bei den PflegemitarbeiterInnen mittels des *Fragebogens zur Arbeitsbelastung und Beanspruchung von PflegemitarbeiterInnen in der stationären Altenhilfe* lieferte keine ausreichende Datenbasis, um die damit verbundene Fragestellung fundiert zu untersuchen. Deshalb wird auf eine weitere Untergliederung dieses Abschnitts verzichtet.

Vor der Intervention füllten in den sechs Heimen 156 Pflegemitarbeiterinnen den Fragebogen aus, nach der Intervention waren es N=111. Ausgefüllte Fragebogen zu *beiden* Erhebungszeitpunkten lagen lediglich von 51 Personen vor. Von der hauptsächlich interessierenden Gruppe, nämlich den PflegemitarbeiterInnen, die an der Qualifizierungsmaßnahme teilnahmen und in den Modellwohngruppen tätig waren, beteiligten sich lediglich 7 Personen an der längsschnittlichen Untersuchung. Die Beteiligungsrate der Gesamtgruppe lag bei Untersuchungsbeginn – ähnlich wie bei einer Befragung der Pflegekräfte in Mannheimer Heimen<sup>15</sup> Ende der neunziger Jahre – bei rund 46%. Bezogen auf die Interventionsgruppe war sie deutlich niedriger.

Trotz der erheblichen Einschränkungen hinsichtlich der Datenbasis und der Interpretierbarkeit der Ergebnisse haben wir die durchschnittlichen Belastungswerte vor und nach der Intervention berechnet, sowohl für alle teilnehmenden PflegemitarbeiterInnen in den sechs Heimen (Gesamtgruppe) als auch für diejenigen PflegemitarbeiterInnen, die an der Qualifizierungsmaßnahme teilnahmen und in den Wohngruppen tätig waren (Interventionsgruppe). Demnach unterschieden sich die beiden Gruppen in der subjektiven Arbeitsbelastung und Beanspruchung nicht nennenswert voneinander: Gesamtgruppe (N=51) mittlerer Belastungswert T1: 45,5 (SD 8,3), T2: 45,7 (SD 7,8) gegenüber der Interventionsgruppe (N=7) mittlerer Belastungswert T1: 45,7 (SD 8,0), T2: 47,1 (SD 12,7). Die Belastung blieb im zeitlichen Verlauf konstant, ohne wesentliche Veränderungen nach der Intervention. Vom Ausmaß her waren die Belastungswerte beider Gruppen ähnlich hoch wie der Belastungswert von 47,6 (SD 7,8), der in einer früheren Untersuchung unserer Arbeitsgruppe an einer repräsentativen Stichprobe von Pflegenden im stationären Bereich (N=266) querschnittlich ermittelt wurde (Vergleichsgruppe).

### **7.3 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse der quantitativen Evaluation**

Die Zielsetzung der quantitativen Evaluation bestand zum einen in der Identifikation der Zielgruppe für die Intervention. Zum anderen sollte sie dazu beitragen, die Auswirkungen der Intervention (segregierte milieutherapeutische Demenzwohngruppe mit geschultem Personal) auf die Entwicklung der BewohnerInnen sowie auf die PflegemitarbeiterInnen einzuschätzen. Die Evaluation wurde im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung durchgeführt, indem die interessierenden Merkmale vor und nach der Intervention erhoben und schließlich im zeitlichen Verlauf verglichen wurden.

- Die Zielgruppe der Intervention (Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Demenz, ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten, erhaltene Gehfähigkeit) konnte mittels eines standardisierten Pflege- und Verhaltensassessments identifiziert werden. Insgesamt erfüllten in den sechs Einrichtungen nur rund 10% aller BewohnerInnen die drei formalen Kriterien vollständig. Das heißt, die Zielkriterien mussten gelockert werden, um alle Plätze in den Demenzwohngruppen belegen zu können. Bevor sich schließlich entschied, welche Personen in die Demenzwohngruppen einziehen, mussten weitere Kriterien berücksichtigt werden. Neben den individuellen Wünschen des Betroffenen und seiner Angehörigen bzw. Betreuer erschien es hierbei besonders wichtig, den biografischen Hintergrund und die individuellen Neigungen einer Person zu beleuchten (z.B. Neigung gegenüber Gruppen)

---

15 Zimmer A, Albrecht A, Weyerer S (2000) Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. *Pflege Aktuell*, 272-275.

sowie zu beurteilen, wie gut eine Person in ihrem bisherigen Wohnbereich integriert ist und wie wohl sie sich dort fühlt. Letztlich zogen 70 BewohnerInnen in die sechs neugeschaffenen Modellwohngruppen ein, die sämtlich an einer demenziellen Erkrankung litten (84% Frauen, Durchschnittsalter: 83,6 Jahre, 63% in Pflegestufe 2 oder 3).

Die Vergleiche vor und nach der Intervention im Verlauf von durchschnittlich rund 6 Monaten erbrachten folgende Ergebnisse:

- Die Kernsymptome der Demenz verschlechterten sich bei den BewohnerInnen, insbesondere was die Alltagskompetenz betraf, die sich signifikant verringerte. Ausgehend von neueren Forschungsbefunden auf diesem Gebiet<sup>16</sup> haben wir dieses Ergebnis erwartet. Diese Befunde weisen daraufhin, dass durch psychosoziale Maßnahmen keine stabilen Verbesserungen hinsichtlich der Kernsymptome von Demenzerkrankungen erreicht werden können, sondern vielmehr mit Verschlechterungen gerechnet werden muss. In Bezug auf die vorliegende Untersuchung bestand diese Erwartung umso mehr, da sich die Stichprobe aus hochaltrigen Menschen zusammensetzte, die auch von körperlichen Einschränkungen betroffen waren.
- Die nicht-kognitiven Symptome und Verhaltensauffälligkeiten der WohngruppenbewohnerInnen (z.B. Wahn, Halluzinationen, Schlafstörungen, Weglaufgefährdung etc.) verringerten sich signifikant. Dieses Ergebnis steht ebenfalls im Einklang mit anderen Forschungsbefunden<sup>17</sup> die darauf hinweisen, dass diese Symptombereiche einer psychosozialen Intervention eher zugänglich sind als die demenziellen Kernsymptome. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass aufgrund des Auswahlverfahrens ein erheblicher Teil der Stichprobe sehr hohe Ausgangswerte in den nicht-kognitiven Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten aufwies. Die Wahrscheinlichkeit, dass die beobachteten Verbesserungen statistische Artefakte (insbesondere „Regressionseffekte“) abbilden, ist deshalb erhöht. Eine Klärung, in welchem Maße die Verbesserungen mit der Intervention zusammenhängen, kann deshalb erst die Untersuchung einer Kontrollgruppe bringen.
- Die Anteile von BewohnerInnen bei denen aktivierende und kompetenzfördernde Maßnahmen, wie körperliche Aktivierung und Selbständigkeitstraining, durchgeführt wurden, erhöhten sich bedeutsam. In geringerem Umfang galt dies auch für ergotherapeutische Maßnahmen.
- Die Häufigkeit sozialer Kontakte (Besuchshäufigkeit, Kommunikation mit den PflegemitarbeiterInnen und anderen HeimbewohnerInnen) blieb konstant. Die Anteile von BewohnerInnen, die Hobbies und Interessen nachgingen bzw. außerhalb des Heims etwas unternahmen, stiegen zwar an, blieben aber insgesamt unter 10%. Unseren Hypothesen zufolge erwarteten wir im Zuge der Intervention deutlichere Verbesserungen in diesen Bereichen. Vor dem Hintergrund der schweren demenziellen und körperlichen Beeinträchtigungen der BewohnerInnen, die die Möglichkeiten, solchen Aktivitäten nachzugehen – selbst bei gutem Angebot – a priori erheblich begrenzen, muss allerdings in Frage gestellt werden, ob solche Erwartungen den Potenzialen dieser Personengruppe tatsächlich entsprechen.
- Hinsichtlich des Verlaufs der Beanspruchung und Arbeitsbelastung bei den PflegemitarbeiterInnen der Interventionsgruppen wurden keine Veränderungen festgestellt. Aufgrund der mangelhaften Datenlage kann dieses Ergebnis jedoch kaum interpretiert werden.

Insgesamt deuten die Ergebnisse der quantitativen Evaluation daraufhin, dass sich die milieutherapeutischen Demenzwohngruppen auf die Gesamtgruppe der BewohnerInnen hinsichtlich einiger wichtiger Merkmale im kurzfristigen Verlauf positiv ausgewirkt haben. Eindeutigere Schlüsse können jedoch erst durch die Untersuchung einer Vergleichsgruppe gezogen werden.

Vor dem Hintergrund, dass ein erheblicher Mangel an fundierten Kenntnissen zur Wirksamkeit gerontopsychiatrischer Versorgungsformen besteht, sollten sowohl die Weiterentwicklung entsprechender Konzepte als auch ihre Evaluation gefördert werden. Im Zusammenhang mit

16 Holmes D., Teresi J.A., Ory M. (eds.) (2000). *Special Care Units*. Paris/New York: Serdi/Springer.

17 z.B. Bellelli G., Frisoni, G.B., Bianchetti, A. et al. (1998). *Special Care Units for Demented Patients: A Multicenter Study*. *Gerontologist* 38, 456-462.



der Ausgestaltung der stationären Versorgung Demenzerkrankter, bei der neben der Praktikabilität auch ökonomische Aspekte eine entscheidende Rolle spielen, wäre es ein wichtiger nächster Schritt, zu klären, welche Komponenten der Milieuthherapie wirksam sind und in welchem Umfang einzelne Bausteine, z.B. die Personalqualifizierung, sich auch in der integrativen oder teilintegrativen Demenzkrankenversorgung günstig auswirken. Den grundlegenden methodischen Anforderungen, wie z.B. die Anwendung von Längsschnitt-Kontrollgruppendesigns, sollte dabei Rechnung getragen werden.

## **8 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Innerhalb der Projektlaufzeit ist es gelungen in allen sechs beteiligten Einrichtungen sowohl eine Demenzwohngruppe zu implementieren, als auch die notwendigen organisatorischen Strukturen in einer Konzeption an den Bedürfnissen der BewohnerInnen auszurichten und für die Verstetigung der Versorgungsform festzulegen. Die Personalqualifizierung hat den Perspektivenwechsel eingeleitet und zum einen MitarbeiterInnen bestätigt, die bereits intuitiv den personenzentrierten Ansatz in der Pflege und Betreuung umgesetzt hatten, zum anderen hat sie MitarbeiterInnen befähigt, ihren bisherigen Ansatz zu verändern. Die Einbindung in eine größere organisatorische Einheit hat sich als ungünstig erwiesen; die Vorteile des flexiblen Personaleinsatzes wurde von Schwierigkeiten im Team und von unterschiedlichen Arbeitsstilen überschattet. Eine Kleingruppe wirkt sich vorteilhaft auf MitarbeiterInnen aus, um bewohnerorientiert zu arbeiten, sich auf gemeinsame Ziele zu einigen und organisatorische Anpassungen schneller umzusetzen. Wichtig ist dabei die Personalbesetzung, die aus der Tagesstruktur abgeleitet eine 2/2 Besetzung erfordert und während der Projektlaufzeit in den Einrichtungen durch interne Quersubventionierung gewährleistet wurde. Durch die so erreichte Präsenz von MitarbeiterInnen kann Menschen mit Demenz Sicherheit vermittelt und die Bewohnergruppe moderiert werden. Viele beobachtete Situationen sprechen dafür, dass Toleranzgrenzen deutlich weiter gesteckt sind, als in einer integrativen Versorgungsform. Menschen mit Demenz profitieren allein deshalb schon von der innovativen Wohnform, weil kein soziales Reglement „normgerechte“ Verhaltensweisen einfordert. Darüber hinaus kann konstatiert werden, dass Verhaltensauffälligkeiten deutlich zurück gegangen sind und innerhalb der Zielgruppe eine relative Steigerung im Wohlbefinden und der Lebensqualität erzielt werden konnte. Allerdings variiert die untersuchte Bewohnergruppe so stark, dass auf im DCM 57% leichte bis deutliche Verbesserungen, aber auch 35% leichte bis deutliche Verschlechterungen erzielt wurden. Werden die krankheitsimmanenten Veränderungen dabei berücksichtigt, dann kann das Ergebnis vermutlich im positiven Sinne relativiert werden. Bei der Befragung der Angehörigen zur Einschätzung der Betreuungssituation und zur Beurteilung der Lebensqualität haben immerhin ca. 67% eine deutliche Verbesserung beobachtet. Findet der Umstand Berücksichtigung, dass die Datenerhebungsphase in den Demenzwohngruppen in einem engen Zeitkorridor statt finden musste und die Umorientierung sicherlich noch nicht abgeschlossen war, dann kann bei einer festen Verankerung noch einiges mehr an positiven Effekten erwartet werden.

## **9 Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit des Versorgungskonzepts**

Insgesamt können die Ergebnisse, die mit der Etablierung der Demenzwohngruppen in den beteiligten Altenhilfeeinrichtungen erreicht wurden, als positiv gewertet werden. Das Projekt hat gezeigt, dass es auch in bestehenden, traditionellen Einrichtungen durch begrenzte bauliche Maßnahmen und durch entsprechende Qualifizierungen möglich ist, bedarfsorientierte Versorgungskonzepte, deren Ziel das Erreichen von mehr Lebensqualität ist, für den Personenkreis der schwer demenziell erkrankten BewohnerInnen zu etablieren. In allen Einrichtungen wird das Konzept nach Beendigung der Projektlaufzeit fortgeführt. Der weitere Erfolg wird davon abhängig sein, wie es den Einrichtungen gelingt, durch eine regelmäßige Reflektion des erarbeiteten Konzeptes und der jeweiligen Situation in den Wohngruppen, die Qualität der geleisteten Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls notwendige Änderungsmaßnahmen durchzuführen. An dieser Stelle ist das Management der Einrichtungen gefordert, die Mitarbeiter in ihrer Arbeit zu unterstützen.

Die Projekterfahrungen zeigen, dass der Aufwand für die Umorientierung in bestehenden Einrichtungen leistbar ist und diese künftig auch in größerem Umfang in anderen Einrichtungen möglich wäre, wenn eine generelle Bereitschaft besteht, Neues auszuprobieren. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist die Unterstützung der MitarbeiterInnen durch die Einrichtungsleitung unabdingbar. Vorteilhaft ist dabei, wenn sich eine Arbeitsgruppe schon längere Zeit mit dem Thema befasst hat und von externer Seite unterstützt wird. Aus Sicht der Personalqualifikation ist es wichtig, dass zumindest eine MitarbeiterIn über eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation verfügt. Idealerweise übernimmt diese Person die Rolle des Projekt“zugpferdes“. Die personelle Besetzung der Wohngruppe ist der entscheidende Faktor, um das Konzept im Alltag umzusetzen und liegt deutlich über der herkömmlichen Personalausstattung. Während der Projektphase konnte dies durch interne Subventionen erreicht werden, aber auf Dauer ist der Betrieb der Wohngruppen nur möglich, wenn den Einrichtungen verbesserte Personalausstattungen zur Verfügung stehen.

Die Demenzwohngruppe kann für die gesamte Einrichtung als „Keimzelle“ einer veränderten Pflegekultur betrachtet werden. Auch für die qualitätsvolle Betreuung von Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass dieser Perspektivenwandel in der ganzen Einrichtung angestoßen und eingeleitet wird.

Demenzwohngruppen sind in der gesamten Versorgungslandschaft ein kleiner Baustein in der Pflege und Betreuung, der für einen Teil der BewohnerInnen in stationären Einrichtungen sehr gut geeignet ist. Bei dem insgesamt hohen Anteil an Betroffenen ist es erforderlich, zukünftig noch weit mehr neue Versorgungsansätze zu entwickeln und zu evaluieren.