Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer

„Im Blick haben“

Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle

Dr. Anja Rutenkröger, Christina Kuhn 2008

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie
und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangssituation ... 5

1.1 Internationaler Diskussionsstand ... 6

1.2 Symptome und Bedürfnisse von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz ... 8

1.3 Lebensqualität ... 11

1.4 Die Pflegeoase als eine mögliche Betreuungsform ... 12

1.5 Erste Schritte der Wissensgenerierung ... 13

1.6 Evaluation von Pflegeoasen ... 14

2. Konzepteckpunkte der Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle ... 16

2.1 Problemstellung und Situationsanalyse ... 17

2.2 Projektidee und Prozessverlauf ... 17

2.3 Bauliche Umsetzung ... 19

2.4 Raumausstattung ... 23

2.5 Pflege- und Betreuungskonzept ... 24

3. Methodisches Vorgehen ... 29

3.1 Forschungsziel und Forschungsfragen ... 29

3.2 Stichprobe ... 30

3.3 Datenerhebung ... 30

Teilnehmende Beobachtung ... 32

Digitale Erfassung der Kontaktzeit und -häufigkeit ... 33

Das Interview als Forschungsmethode ... 35

Erhebung der Bewohnersituation ... 38

Erhebung der Angehörigenperspektive ... 40

Erhebung der Mitarbeiterinnenperspektive ... 40

Erhebung der Umweltfaktoren ... 40

3.4 Datenanalyse ... 41

Qualitative Inhaltsanalyse ... 41

3.5 Ethische Gesichtspunkte ... 44

3.6 Gütekriterien ... 44

4. Studienergebnisse ... 47

4.1 Tätigkeiten in der Pflegeoase ... 47

Erfassung der Kontaktzeit und -häufigkeit ... 47

Verteilung der Arbeitszeit ... 48

Pflegerische Tätigkeiten ... 49

Gesamtverteilung der Tätigkeiten ... 49

Kontakthäufigkeit im Vergleich von zwei Versorgungsformen ... 50

Kontakte durch pflegerische Handlungen ... 51

Schnittstellenmanagement ... 53

Zusammenfassung ... 54

4.2 Umweltfaktoren ... 56

Licht ... 56

Raumakustik ... 58

Thermische Behaglichkeit ... 58

Olfaktorische Stimulation ... 59

Nahbereich gestalten ... 60

4.3 Beschreibung zur Situation der Bewohnerinnen ... 61

Einzelfallbeschreibungen ... 63

Beschreibung der Bewohnergruppe ... 100

Medikation ... 100

Body-Mass-Index – Gewichtsverlauf ... 102

Veränderungen der Verhaltenskompetenz ... 103

Aufmerksamkeitsniveau ... 103

Augen-Blick ... 103

Verbale Kommunikation ... 105

Ernährung ... 107

Muskeltonus ... 108

Beweglichkeit ... 109

4.4 Subjektives Erleben der Pflegeoase aus Angehörigenperspektive ... 110

Bewohnerinnen im Blick haben und unmittelbar auf Bedürfnisse reagieren können ... 111

Gemeinschaft erleben ... 112

Begleitet sein ... 117

Bewertung der Pflegeoase ... 122

4.5 Subjektives Erleben der Pflegeoase aus Mitarbeiterperspektive ... 127

Präsent sein ... 128

Alleine arbeiten ... 140

Arbeitsabläufe anpassen ... 149

Bewertung der Pflegeoase ... 157

Anregungen für andere Pflegeoasen ... 168

4.6 Subjektives Erleben der Pflegeoase aus der Perspektive der Heim- und Pflegedienstleitung ... 171

Veränderungen der Personalsituation ... 173

Anpassung der Dienstplangestaltung ... 174

Organisation der Arbeitsabläufe ... 175

Begleitung der Mitarbeiterinnen ... 179

Bewertung der Prozessschritte ... 180

Anregungen für andere Pflegeoasen ... 181

5. Zusammenfassung und Diskussion der Studienergebnisse ... 184

Problemdarstellung ... 184

Zusammenfassung der Ergebnisse ... 186

Diskussion der Ergebnisse ... 187

5.1 Methodische Diskussion ... 193

5.2 Studienergebnisse im Kontext der aktuellen Debatte zum Thema Pflegeoase ... 194

Das Recht auf Gemeinschaft und Rückzug ... 194

Rückschritt in die Ära der Mehrbettzimmer? ... 197

Segregative versus integrative Betreuung von Menschen mit Demenz ... 199

5.3 Leitfragen zur Entwicklung eines Pflegeoasenkonzepts und praxiserprobte Anregungen zur Umsetzung ... 202

Zukünftiger Forschungsbedarf ... 207

Anhang ... 209

Literaturverzeichnis ... 209

Verzeichnis der Tabellen ... 216

Verzeichnis der Grafiken ... 217

Verzeichnis der Bilder ... 218

Kontakt ... 218

1. Ausgangssituation

Die Betreuung von älteren Menschen in stationären Alteneinrichtungen hat sich in den letzten 20 Jahren sowohl durch die Zusammensetzung der Bewohnerschaft als auch durch differenzierte Betreuungskonzepte stark gewandelt. Der Anstieg demenzerkrankter Pflegeheimbewohner auf inzwischen ca. 65% (Weyerer 2006) hat die Diskussion um adäquate Versorgungsformen angetrieben, zumal traditionelle Betreuungskonzepte den Herausforderungen des Pflegealltags nicht standhalten konnten.

Demenz ist für alle Einrichtungen der Altenhilfe ein Thema, und epidemiologische Forschungsergebnisse belegen dessen Relevanz. In Deutschland leben derzeit ca. 1,2 Millionen Menschen mit Demenz im Alter von 65 Jahren und älter und jährlich gibt es ca. 200.000 neu erkrankte Personen. Die institutionelle Versorgung wird an Bedeutung gewinnen, denn die Prognosen für das Jahr 2050 gehen von 2 Millionen Krankheitsfällen und von einer Abnahme familiärer Betreuungspotenziale aus (Bickel 2005). Im Laufe einer Demenzerkrankung erfolgt in ca. 80% der Fälle eine Heimaufnahme (Bickel 2001), die mit dem zunehmenden Schweregrad der Erkrankung und mit der Erschöpfung pflegender Angehöriger in Verbindung steht.

In den vergangenen 10 Jahren war ein wichtiger Schritt in der Versorgungsforschung, den Fokus auf Menschen mit Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen zu richten (vlg. Dürrmann 2001, Heeg et al. 2004, Weyerer et al. 2004). Anpassungen der Betreuungskonzepte, der baulichen und organisatorischen Rahmenbedingungen, der Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und ein Perspektivenwandel im Umgang mit Menschen mit Demenz standen im Mittelpunkt des Interesses. Zielgruppe dieser Konzepte waren Menschen, deren Mobilität noch weitgehend erhalten war und die durch Verhaltensweisen wie einem starken Bewegeggungsdrang oder häufigem Rufen eine besondere Herausforderung für die Pflegenden darstellen. Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz erfüllten entweder nicht die Zugangskriterien für spezialisierte Betreuungskonzepte oder sie erfüllten diese Kriterien aufgrund des fortschreitenden Krankheitsprozesses nicht mehr (siehe Anlage 1)[1].

[1] Anlage 1 gemäß § 17 Abs. 3 des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg. Im Rahmenvertrag sind Anforderungen an eine verbesserte Betreuung für Menschen mit Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen formuliert und mit einer besseren Finanzierung verbunden. Für den Personenkreis werden Zugangskriterien wie Mobilität, therapeutisch nicht beeinflussbare Demenzerkrankung und herausfordernde Verhaltensweisen festgelegt. Eine Überprüfung erfolgt durch den MDK. Wenn sich bei dem Personenkreis dauerhafte Veränderungen ergeben, dann muss der Leistungsträger unverzüglich informiert werden, weil die Zugangskriterien nicht mehr erfüllt sind.

Die Unzufriedenheit professionell Pflegender einerseits und wissenschaftliche Studienergebnisse anderseits haben in den letzten Jahren ein Versorgungsdefizit für Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz aufgezeigt. Während Pflegende kritisieren, dass sie diesem Personkreis im Pflegealltag nicht die nötige Zuwendung und Aufmerksamkeit entgegenbringen können, weisen wissenschaftliche Studien große Mängel im Hinblick auf eine angemessene Schmerzregulation nach (Morrison & Siu 2000). Mangelnde Schmerzregulation begünstigt darüber hinaus Bettlägerigkeit und Pflegeabhängigkeit (Ferrell 2000).

1.1 Internationaler Diskussionsstand

Um diesen Defiziten zu begegnen wird im englischsprachigen Ausland Palliative Pflege seit Mitte der 1990er Jahre auch als Angebot für Menschen mit Demenz diskutiert. Auch wenn sich der Ansatz der Palliativpflege und Palliativmedizin zunächst auf Menschen mit tödlichen Krebserkrankungen fokussiert hat, wird mittlerweile der Bedarf einer Übertragung des Ansatzes auf sogenannte „Nicht-Krebs-Erkrankungen“ deutlich gesehen (Luddington et al. 2001).
Das Ziel eines palliativen Pflege- und Behandlungsansatzes ist es, Schmerzen und andere physiologische Symptome zu kontrollieren und dem Betroffenen, aber auch den Angehörigen gleichzeitig psychologische, soziale und spirituelle Pflege und Unterstützung zukommen zu lassen (WHO 2002). Palliative Pflege stellt die Lebensqualität des Erkrankten in den Mittelpunkt und kommt dann zum Einsatz, wenn kurative Behandlungsmöglichkeiten an ihre Grenzen stoßen. Eine palliative Pflege betont einen ganzheitlichen Ansatz, der eine interdisziplinäre Kooperation aller am Pflegeprozess beteiligten Professionen und der Angehörigen erfordert. Palliative Pflege hat das Ziel, die Tage mit Leben zu füllen, wenn die Lebenszeit nicht verlängert werden kann (Saunders zit. nach Lo & Woo 2001).

In ihren Zielsetzungen und Inhalten weist die Palliative Pflege sehr viele Parallelen zu dem mittlerweile weit verbreiteten Ansatz der person-zentrierten Pflege von Menschen mit Demenz auf (Marshall 2001, Downs 2006a, b). Beide Ansätze stellen die gesamte Person mit ihren physischen, emotionalen, sozialen, aktivitätsbezogenen und spirituellen Bedürfnissen ins Zentrum und orientieren sich am Ziel Lebensqualität. Ein wichtiger Impuls aus der person-zentrierten Pflege ist es, der demenzerkrankten Person unabhängig vom Schweregrad ihrer Einschränkungen die Fähigkeit zuzugestehen, dass Kommunikation möglich ist (Downs 2006a). Dies betont den sozialen Aspekt und die Bedeutung von Interaktion im Pflegepro-

zess. Palliative und person-zentrierte Pflege sind pflegerische Konzepte, die sich sehr gut ergänzen und nicht ausschließen.

In Australien ist es durch eine Regierungsinitiative gelungen, einen palliativen Ansatz in der stationären Versorgung zu verankern (Australian Government Department of Health and Aging 2006). Es wurden dort nationale Leitlinien entwickelt, alle australischen Pflegeeinrichtungen erhielten ein Exemplar dieser „Guidelines“. Außerdem wurden landesweit Workshops durchgeführt, um für das Thema zu sensibilisieren, Bewusstsein für die Richtlinien zu schaffen, diese vertiefend zu vermitteln und die Vorteile eines palliativen Pflegeansatzes aufzuzeigen. Von den 3.000 australischen Einrichtungen haben sich ca. 1.900 an den rund 230 stattfindenden Workshops beteiligt. Ausgehend von den Workshops wurden 44 regionale Netzwerkgruppen gebildet. Die Einführung der Richtlinien wird von allen Beteiligten als ein großer Erfolg bewertet. Mittlerweile liegt eine Vielzahl von Materialien vor, die den Implementierungsprozess unterstützen, und es besteht für die Einrichtungen die Möglichkeit, sich nach einem bestimmten Verfahren zertifizieren zu lassen.

Mitarbeiterkompetenz und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sind für beide Ansätze (Palliative Pflege und Person-zentrierte Pflege) grundlegend, und für eine kompetente Palliativbetreuung ist eine fundierte und kontinuierliche Verhaltensbeobachtung Voraussetzung. Darauf aufbauend werden Interventionen geplant, evaluiert und eventuell modifiziert. In Bezug auf Menschen mit Demenz bedeutet Verhaltensbeobachtung einen Drei-Schritt von Wahrnehmung des Verhaltens, Interpretation der Beobachtung und Einleitung entsprechender Interventionen (Hartmann 2006). Fünf Kernkompetenzen werden in der Begleitung von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz hervorgehoben:

- körperliche Symptome erkennen und Symptomkontrolle einleiten,
- nonverbale Kommunikation beherrschen,
- emotionale und spirituelle Unterstützung anbieten,
- Gesprächskompetenzen mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen einsetzen,
- komplementäre Maßnahmen anwenden (Boes 2007).

Der Qualifikation von Mitarbeiterinnen kommt in der Betreuung dieser Personengruppe eine große Bedeutung zu. Internationale Studien favorisieren multiprofessionelle Palliativteams, die mindestens aus Professionellen dreier unterschiedlicher Disziplinen bestehen und von einer Pflegekraft geleitet werden (Moss et al. 2002; Hughes et al. 2005; Hanson et al. 2005; Australian Government Department of Health and Aging 2006).

Vor allen in den USA stellt sich im Zusammenhang mit der Finanzierung entsprechender Leistungen das Problem, dass die Kosten für palliative Versorgungsleistungen vom Gesund-

heitssystem erst dann übernommen, wenn von einer Lebensdauer von unter sechs Monaten ausgegangen werden kann. Um dies einzuschätzen, wurden von der „National Hospice and Palliative Care Organisation“ Kriterien festgelegt, die sich an der „Functional Assessment Staging Scale“ (FAST) von Reisberg orientieren (vgl. Shuster 2000). Diese Kriterien werden jedoch von vielen Fachleuten als ungeeignet bewertet (vgl. beispielsweise Schonwetter et al. 2003), weil sie sehr eng gefasst sind und der Bedarf an palliativer Pflege oft schon früher eintritt.

Palliative Pflege für Menschen mit Demenz in Pflegeheimen wird einerseits von der Prognostizierbarkeit der Lebenserwartung abhängig gemacht – weil damit durch den staatlichen Versicherer Hospizleistungen finanziert werden können – und andererseits als ethische Diskussion geführt, die sich unabhängig von der Lebensdauer an einer an den Bedürfnissen dieses Personenkreises ausgerichteten Pflege orientiert (Marshall 2001). Generell ist die Phase, in der Menschen mit Demenz palliative Pflege benötigen meist länger als sechs Monate (Shuster 2000). Allen et al. (2003) gehen von zwei bis drei Jahren aus, einem Zeitraum, der meist auch der Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen entspricht.

Die Diskussion um palliative Pflege bei Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz kann nicht an ihrer voraussichtlichen Lebensdauer festgemacht werden, sondern muss sich an den Bedürfnissen dieses Personenkreises orientieren, dem mit pflegefachlichem Wissen und einer entsprechenden ethischen Haltung begegnet werden sollte.

1.2 Symptome und Bedürfnisse von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz

Welche Verhaltensweisen beziehungsweise Symptome lassen sich bei Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz beschreiben? Welche Bedürfnisse dieser Zielgruppe sind bekannt? Es zeigt sich, dass typische Symptome bei Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz in nicht vorhersagbarer Weise auftreten und individuell stark variieren können (Abbey et al. 2006). Folgende Symptomgruppen und Verhaltensweisen werden genannt (Abbey 2003; Shuster 2000):

- progressive Verschlechterung des Gedächtnisses und daraus verstärkte Verwirrung und Desorientierung,
- Abnahme der Sprachfähigkeit und der damit einhergehenden Kommunikationsmöglichkeit bis hin zum völligen Verstummen,
- Verhaltensänderungen, die dazu führen, dass eine Person aggressiv wird, schreit oder völlig passiv und ruhig, immobil und abwesend wird,

- Verlust der Fähigkeit oder des Verlangens sich fortzubewegen bis hin zur Bettlägerigkeit,
- Verringerung der Selbstpflegefähigkeit bis hin zur völligen Pflegebedürftigkeit,
- Verschlechterung der selbständigen Nahrungsaufnahme, vermehrte Schluckbeschwerden und ein steigendes Aspirationsrisiko, meist gefolgt von rapidem Appetitverlust,
- andere mögliche Komplikationen wie Harn- und Stuhlinkontinenz, Muskelatrophien und -kontrakturen, steigende Anfälligkeit für ein Delirium, wiederkehrende Infekte, Lungenentzündung, Verschlechterungen des Hautzustandes und Dekubiti.

Mit den Instrumenten zur Beschreibung der Demenzstadien und Schweregradeinschätzung (Reisberg 1988, 2002), der „Functional Assessment Stages“ (FAST) und der „Global Deterioration Scale“ (GDS), lässt sich dieses Personenkreis überwiegend den schwersten Stadien 6 oder 7 zuordnen. Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung durchlaufen vielfältige Veränderungen und die körperlichen Funktionen in den Bereichen Kognition, funktionale Verhaltenskompetenz, neurologische Reflexe und Bewegungsfähigkeit nehmen ab. Diese Veränderungen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Menschen weiterhin Personen bleiben, die sich mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und einschränkten verbalen und nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten weiterhin sozial verhalten können. Aus dem Blick auf die Symptome lässt sich zusammenfassend ableiten, dass dieser Personenkreis höchste Anforderungen an eine angemessene pflegerische Versorgung stellt.

Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung sind in ihrer Kommunikationskompetenz häufig so eingeschränkt, dass eine verbale Kommunikation erschwert oder kaum mehr möglich ist (Volicer & Hurley 1998; Kunz 2003). Diese eingeschränkte Auskunftsfähigkeit macht es extrem schwer, diese Gruppe zu ihren Bedürfnissen zu befragen. Um sich den Bedürfnissen von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz anzunähern, können Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie adaptiert werden.

Reisberg et al. (2002) ordnen im Rahmen des theoretischen Konzeptes der Retrogenesis die schweren Demenzstadien den Entwicklungsstadien von unter zwei- bis fünfjährigen Kindern zu. In diesem Entwicklungsstadium muss das Überleben durch Bezugspersonen abgesichert und eine dauerhafte Begleitung gewährleistet sein. Die Forscher ziehen die Schlussfolgerung, dass diese Bedürfnisse auf Menschen mit fortgeschrittener Demenz (GDS/FAST Stufe 6) übertragbar sind und eine ständige Begleitung, Unterstützung, Liebe, Wertschätzung, soziale Teilhabe und Stimulation notwendig ist. Demenzerkrankte im Stadium 7 befinden sich in ihren Bedürfnissen auf der Entwicklungsstufe von unter Zweijährigen und bedürfen einer

„Rund-um-die-Uhr“ Betreuung, im Sinne einer emotionalen und pflegerischen Unterstützung. Auer und Reisberg (2006) heben hervor, dass Menschen in diesen fortgeschrittenen Stadien einer Demenzerkrankung nicht für sich selbst sorgen können, hohe Selbstpflegedefizite aufweisen und demzufolge Stress erleben, wenn sie längere Zeit allein, also ohne Begleitung sind.

Mit dem Konzept der Bindung wird in der Entwicklungspsychologie die Ausbildung der inneren und äußeren Sicherheit in der psycho-sozialen Entwicklung beschrieben. Bindung ist eine Voraussetzung für Selbstentfaltung, Selbststeuerung und seelische Gesundheit. Bindungen erfüllen hierbei zwei wesentliche Funktionen: Schutz und Entspannung bei Angst und Gefahr und die Förderung der Umweltaneignung. Die Wirkungen positiver Bindungserfahrungen auf die Verfügbarkeit und Nutzung von Ressourcen, wird von Stuhlmann (2004) auf die Betreuung von Menschen mit Demenz übertragen. Ressourcen erkennen und mobilisieren bedeutet, die Stärken einer Person zu erkennen, zu nutzen und durch zuverlässige Bindungspersonen zur Wirkung zu verhelfen. Werden die Aspekte der Retrogenese und die Bedrohung der Identität durch einen demenziellen Krankheitsprozess gemeinsam betrachtet, dann nimmt das Bindungsbedürfnis einen zentralen Stellenwert ein. Um dem Bindungsbedürfnis des demenziell Erkrankten entsprechen zu können, sind Bezugspersonen erforderlich, die ihm auf der Basis menschlicher Beziehung und mit einer positiven inneren Haltung begegnen. Es geht um Kontakt, Zuverlässigkeit, Kontinuität und einen wertschätzenden Umgang.

Bindungsaspekte, die in frühkindlichen Entwicklungsphasen bedeutungsvoll waren, sind auch für die Begleitung dieser Personengruppe grundlegend: Blickkontakt, Hautkontakt, Stimme, Geruch und Geschmack. Diese Bindungsaspekte sind im Konzept der Basalen Stimulation (Bienstein & Fröhlich 1994) enthalten und werden bei Menschen mit schweren geistigen Beeinträchtigungen oder auch Menschen im Wachkoma umgesetzt. Der Leib ist in diesem Sinne der „Resonanzkörper“, der die innerseelischen wie zwischenmenschlich erzeugten Schwingungen hörbar und erlebbar werden lässt (Weidert 2007).

Werden diese Modelle auf die Zielgruppe von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz übertragen, dann ist die Präsenz von Bezugspersonen das Fundament der Betreuung. Aus den Beschreibungen der Bedürfnisse dieser Zielgruppe kann das Fazit gezogen werden, dass Bindung und Zuwendung ein unabdingbares Element in der Betreuung von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz ist.

1.3 Lebensqualität

Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz leiden an somatischen und psychischen Symptomen und sind durch die Einschränkungen in ihrer sprachlichen Ausdrucksfähigkeit auf die Wahrnehmung Dritter angewiesen, die wiederum für eine angemessene Symptomkontrolle und -linderung verantwortlich sind. Kojer (2006) stellt die Frage, was Lebensqualität, deren Optimierung als einzig sinnvolles Behandlungsziel in dieser Lebensphase angesehen wird, für einen Demenzkranken überhaupt bedeutet. Dabei bezieht sie sich auf Grundbedürfnisse, die alle kranken Menschen haben:

1. andere verstehen und verstanden werden,
2. Respekt und Wertschätzung erfahren,
3. Linderung bei Schmerzen und quälenden Beschwerden erhalten,
4. Freiheit zu wünschen, zu fordern und zu verweigern,
5. kompetente und liebevolle Betreuung erfahren.

Lebensqualität entsteht, wenn Bedürfnisse erfüllt werden. Lawton et al. (1996) haben Lebensqualität in vier Dimensionen gegliedert: Objektive Umwelt, Verhaltenskompetenz, subjektives Wohlbefinden und erlebte Lebensqualität. Zur Einschätzung des subjektiven Wohlbefindens sind nonverbale Kommunikationshinweise richtungsweisend. Ein gelingender Blickkontakt, ein Lächeln, ein offener und vertrauensvoller Blick können Hinweise dafür sein, dass die Person nicht von Schmerzen geplagt ist und sich in ihrer Umgebung wohl fühlt. Ängstliches Verhalten, häufiges Schreien, Aggressivität, rasch zunehmende Rückzugssymptomatik und Nahrungsverweigerung legen den Rückschluss auf mangelnde Lebensqualität nahe (Kojer 2006). Es stellt sich die Frage, was die zentralen Bedürfnisse sind, an denen die objektive Umwelt ausgerichtet werden sollte. Wird das Bindungsbedürfnis in der Betreuung dieses Personenkreises als wesentlich eingeschätzt, dann kristallisieren sich zu diesem Punkt konzeptionelle Überlegungen zu Personalkonzept, Personalkontinuität, Bezugspersonen und Erleben von Gemeinschaft heraus.

Die Lebenswelt von Menschen mit schwerer Demenz konzentriert sich überwiegend auf ihre nahe Umwelt (Volicer 2006). Daher stellt sich die Frage, wie Betreuungskonzepte die Anforderungen an die Gestaltung der nahen Umwelt, den Wunsch nach Teilhabe an der Gemeinschaft und die Gewährleistung einer Personalpräsenz verbinden können. Die Betreuung in einer kleinen Gruppe, in einer die Sinne anregenden Umgebung, begleitet von einer Mitarbeiterin, die die Bewohnerinnen sowohl fachlich als auch zwischenmenschlich kompetent begleitet, kann in einer Pflegeoase, in einer Tagesoase, in einer kleinen Wohngruppe oder Hausgemeinschaft gelingen.

1.4 Die Pflegeoase als eine mögliche Betreuungsform

Mit einer Pflegeoase wird der Versuch unternommen, die Lebenswelt an die Bedürfnisse von demenzerkrankten Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung anzupassen. Eine Pflegeoase unterscheidet sich von anderen Versorgungsformen im stationären Bereich in erster Linie durch ihr Raumprogramm. Die Lebenswelt von Menschen mit Demenz ist in dieser Phase auf die unmittelbare Umgebung, die Nachbarschaft zum Mitbewohner sowie auf die Beziehung zu den pflegenden Mitarbeitern konzentriert. Es wird davon ausgegangen, dass das gemeinschaftliche Leben in einer Pflegeoase dem Bedürfnis nach Nähe, nach vertrauter übersichtlicher Gemeinschaft und Beziehung entgegenkommt und zu positiven Effekten bei den Bewohnerinnen führt.
Die Kernidee der Pflegeoase ist es, den Bewohnerinnen eine Teilnahme an der Gemeinschaft zu ermöglichen, um der sozialen Isolation entgegenzuwirken. Dies wird durch zwei Ansätze gefördert:

1. durch das Raumprogramm: Sechs bis acht Personen leben in einem großen Raum zusammen; geschützte Privatbereiche werden durch Raumteiler wie Paravents und Schränke ermöglicht; der Nahbereich wird individuell mit privaten Fotos, Farben usw. gestaltet; es gibt eine Raumgestaltung mit Farb- und Lichtkonzept, um die Sinne der Bewohner anzusprechen.
2. durch die kontinuierliche Präsenz von Pflegenden: Diese nehmen die Bedürfnisse der Bewohner direkt wahr und können darauf reagieren.

Das Konzept der „Oase“ wurde 1998 im Krankenheim Sonnweid in der Schweiz entwickelt. Diese Einrichtung ist ausschließlich auf die Betreuung von Menschen mit Demenz in differenzierten Betreuungskonzepten ausgerichtet. Der Umstand, dass ca. 25% der Bewohnerschaft sehr pflegebedürftig war, gab den Anstoß zu einer konzeptionellen Weiterentwicklung. Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass Menschen mit Demenz Einsamkeit nicht selbst wählten, sondern trotz eingeschränkter Mobilität die Gemeinschaft suchten und der „Drang zur Individualität (…) vom Bedürfnis nach Gemeinschaft überdeckt zu werden“ schien (Schmieder 2000, 2007). Inzwischen gibt es im Haus Sonnweid zwei Pflegeoasen, die in den vergangenen Jahren immer wieder Veränderungen unterworfen waren und in denen jeweils sechs bis sieben Menschen mit Demenz betreut werden. Die Räume sind durch ihre Form, Farbgestaltung und Lichtkonzept sinnesanregend gestaltet. Weitere Veränderungen wie etwa durch zusätzliche Wohnzimmer oder mobile Kocheinheiten sind geplant. In der Tagesbetreuung steht im Durchschnitt eine Pflegefachkraft für drei Bewohner zur Verfügung und die Fachkraftquote beträgt ca. 50%. Es wird berichtet, dass die Pflegenden sich in belastenden Situationen gegenseitig unterstützen können und seltener den Arbeitsplatz wechseln als in Wohnbereichen für Menschen mit Demenz mit herausfordernden Verhaltensweisen.

Es gibt nicht das *eine* Pflegeoasenkonzept, sondern verschiedene Ansätze. So haben einzele Pflegeinrichtungen den Ansatz der Pflegeoase als Tagesangebot modifizierten. Sie etablierten tagsüber spezifische Angebote, indem ein ausreichend großer Raum mit unterschiedlichen Möglichkeiten für Sinnesanregungen umgestaltet wurde. In dieser Oasenform verbringen die Bewohnerinnen die Nacht in ihren privaten Einzel- oder Doppelzimmern. Auch wenn die Umsetzungen sich voneinander unterscheiden, so ist der Kerngedanke aller Pflegeoasen die Betreuung einer kleinen Gruppe schwer pflegebedürftiger Menschen mit Demenz; Mitarbeiterpräsenz über den Tagdienst wird gewährleistet und die Teilhabe an der Gemeinschaft in einem sinnesanregenden Raum ermöglicht. Dieses konzeptionelle Fundament teilen alle „Pflegeoasen“, auch wenn die Bezeichnungen (wie Oase, Paradies, Insel oder Refugium) bei den unterschiedlichen Erscheinungsformen variieren. Alle Konzepte beinhalten die nachfolgenden Aspekte und führen positive Wirkungen bei den Bewohnerinnen darauf zurück:

- Ausstattung der Räume besonders die Gestaltung des Nahbereichs (Licht, Farbe, Formen),
- pflegerische Interventionen: darunter Einsatz von Basaler Stimulation zur Anregung der sensorischen Wahrnehmung und Palliativpflege (Linderung von Schmerzen),
- Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft,
- kontinuierliche Begleitung durch Personal und Angehörige.

Als Fazit kann festgehalten werden: Pflegeoasen sind ein aktuell relevantes Thema in der Altenhilfeszene; bisher ist wenig empirisches Wissen zu diesem Thema vorhanden.

1.5 Erste Schritte der Wissensgenerierung

Die Pflegeoase als neues Betreuungskonzept in der Versorgungskette für schwer pflegebedürftige Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung wurde von Pflegenden aus der Praxis heraus entwickelt. Es ist ein Nischenangebot für eine spezifische Zielgruppe und soll die Betreuung einer bestimmten Personengruppe verbessern: durch Präsenz soll Einsamkeit und Isolation vorgebeugt werden.

In der Fachwelt wird dieses Konzept sehr kritisch diskutiert, die Diskussion wird jedoch sehr theoretisch geführt. Studien zur Evaluation lagen bis zur Durchführung der vorliegenden Pilotstudie nicht vor. Im Bundesland Niedersachsen wurde 2006 erstmals eine Ausnahmeregelung zur Inbetriebnahme einer Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle erteilt. Seit 2007 haben weitere Einrichtungen in Hessen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen Verhandlungen mit den zuständigen Behörden geführt. 2008 zogen die Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern nach, vermutlich werden weitere folgen.

Im November 2006 veranstaltete der Caritasverband für Stuttgart e.V. einen Fachtag zur „Pflegeoase“ mit dem Titel „Gegen die Stille und Einsamkeit im Einzelzimmer“ (http://www.caritas-stuttgart.de/31205.html). Vertreterinnen aus den Bereichen Pflege- und Sozialwissenschaft, dem Sozialministerium, Pflegeeinrichtungen, Demenzfachberatungen und Funktionäre der Altenhilfeszene stellten das „umstrittene“ Konzept Pflegeoase auf den Prüfstein und kamen zu voneinander abweichenden Einschätzungen. Fehlendes Grundlagenwissen zur Einschätzung der Bedürfnisse von Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz wurde moniert, die bauliche Etablierung einer Pflegeoase im Hinblick auf Nutzungseinschränkung und Belegungsdruck kritisiert, aber auch die Tatsache akzeptiert, dass Innovationen zunächst ohne wissenschaftliche Erkenntnisse umgesetzt werden und Erkenntnisse erst aus der Umsetzung gewonnen werden können.

Mit der Ausschreibung „SinnVoll“ wählte die Demenz Support Stuttgart gGmbH im Juni 2007 einen weiteren Weg der Wissensgenerierung. Beispiele einer guten Versorgungspraxis für Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz sollten aus allen Bereichen der Alten- und Krankenversorgung gebündelt und ausgewertet werden. Ziel dabei war es, mit allen Akteuren einen verantwortungsbewussten Umgang mit neuen Betreuungskonzepten zu fördern, aktuelle Entwicklungen und vorhandenes Erfahrungswissen zu systematisieren und öffentlich zugänglich zu machen. Die Bandbreite der eingereichten Konzepte reichte von einzelnen therapeutischen Interventionen, der Vertiefung von Ernährungskonzepten, der Qualifizierung von Mitarbeiterinnen, der Anpassung von Versorgungsstrukturen zur Stabilisierung der Lebens- und Wohnsituation bis hin zur Umsetzung spezieller Betreuungsformen im ambulanten und stationären Bereich, darunter die Pflegeoase (http://www.demenz-support.de/materialien/DokumentationFachtagSinnvoll.pdf).

1.6 Evaluation von Pflegeoasen

Das Seniorenzentrum Holle, das bereits ein differenziertes Betreuungskonzept für Menschen mit Demenz umsetzt, hat für die Gruppe schwerstpflegebedürftiger Menschen mit Demenz das Projekt Pflegeoase in Anlehnung an die Grundideen des Schweizerischen Modells initiiert. Um diese Versorgungsform umsetzen zu können, wurde mit dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit eine Ausnahmeregelung im Rahmen des Heimgesetzes sowie die Anwendung einer Experimentierklausel von vier Jahren vereinbart und eine wissenschaftliche Begleitforschung gefordert. Die Pflegeoase hat damit den Status eines Modellprojekts.

Das Seniorenzentrum Holle kann als Vorreiter für die Thematik Pflegeoase in Deutschland bezeichnet werden, weil es die erste Einrichtung ist, die das Konzept der Pflegeoase systematisch entwickelt hat und dieses auch evaluieren lassen wollte. Pro- und Contra-Positionen in der Fachöffentlichkeit, die zum Teil sehr engagiert vertreten wurden und werden, basieren weitestgehend auf nicht empirisch abgesicherten persönlichen Meinungen, Vorstellungen, Vorbehalten oder auch Befürwortungen. Bisher liegen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Implementierung einer Pflegeoase im Hinblick auf fördernde oder hemmende Faktoren vor. Auch die Wirkung dieses Versorgungsangebots auf Bewohnerinnen, Angehörige und Personal wurde bisher nicht strukturiert erhoben. Um eine empirische Datenbasis zu schaffen und die praktischen Erfahrungen in und mit einer Pflegeoase systematisch zu untersuchen, hat das Sozialministerium Niedersachsen die wissenschaftliche Begleitforschung (Evaluationsstudie) mit einer einjährigen Laufzeit bei der Demenz Support Stuttgart gGmbH in Auftrag gegeben und finanziell gefördert. Das Modellprojekt startete im Dezember 2006.

Seit September 2007 begleitet das Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS) drei unterschiedliche Wohnprojekte mit dem Konzept der Pflegeoase in Hessen und Nordrhein-Westfalen. Das Projekt wird im November 2008 abgeschlossen. Im Rahmen der Ausschreibung „Leuchtturmprojekte Demenz“ fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Evaluation der Pflegeoase im Haus am Buttermarkt in Adenau durch den Arbeitsschwerpunkt „Gerontologie und Pflege“ der „Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung“ an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg in Kooperation mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Der Projektzeitraum erstreckt sich von April 2008 bis Dezember 2009.

Im Auftrag des „Ministère de la Famille et de l'Intégration“ evaluiert die Demenz Support Stuttgart gGmbH zwei Pflegeoasen mit Vergleichsgruppen in Luxemburg im Projektzeitraum April 2008 bis Dezember 2009. Um eine Vergleichbarkeit der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu ermöglichen und inhaltliche Aspekte zu diskutieren, ist die Demenz Support Stuttgart gGmbH bestrebt, sich mit den Forschungsinstituten auszutauschen und zu vernetzen, um den Erkenntnisgewinn gemeinsam zu fundieren und steht darüber hinaus neuen Forschungsvorhaben sowohl beratend als auch kooperierend zur Verfügung.

2. Konzepteckpunkte der Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle

Das Seniorenzentrum Holle ist eine private vollstationäre Pflegeeinrichtung, die im Frühjahr 2002 in Betrieb genommen wurde. Die bauliche Planung und inhaltliche Ausrichtung des Konzepts basierte auf Praxiserfahrungen, die mit einem segregativen Versorgungsansatz im Seniorenpflegeheim Polle (1994-2001) gemacht worden waren. Das Seniorenzentrum Holle bietet für 69 Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung ein spezialisiertes Betreuungskonzept. Das räumliche Umfeld zeichnet sich durch großzügige Gemeinschaftsflächen aus und bietet insbesondere mobilen Menschen mit Demenz viel Bewegungsraum. In vier Wohnbereichen, verteilt auf zwei Geschossebenen, werden jeweils Menschen in ähnlichen Krankheitsstadien mit an ihren Bedürfnissen ausgerichteten differenzierten Betreuungsschwerpunkten versorgt. Insgesamt stehen 34 Einzelzimmer und 16 Doppelzimmer mit alten- und behindertengerechten Sanitärräumen zur Verfügung.

WB D Besondere Stationäre Dementenbetreuung (15 Plätze)

WB C Mobile Bewohnerinnen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz (18 Plätze)

WB B Bewohnerinnen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz, zum Teil mit einer zunehmenden Immobilität (15 Plätze)

WB A Schwerstpflegebedürftige immobile Bewohnerinnen mit schwerer Demenz (18 Plätze)

Wenn für Bewohnerinnen[2] eine bedürfnisorientierte Betreuung in ihrem bisherigen Wohnbereich nicht mehr gesichert werden kann, weil sich durch den fortschreitenden Krankheitsprozess (beispielsweise dauerhafte Immobilität oder stark herausforderndes Verhalten) die Betreuungsschwerpunkte verändern, dann wird eine Verlegung in einen anderen Wohnbereich erwogen. Grundlage zur rechtlichen Absicherung über den Heimvertrag sind die §§ 6 HeimG und § 4 Abs.1 SGB XI (Anpassungspflicht der Leis-

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

tungen). Eine gesonderte Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) nebst Entgeltvereinbarung für schwerst demenzerkrankte Bewohner mit einer ausgeprägten Mobilität und herausfordernden Verhaltensweisen (Besondere stationäre Dementenbetreuung) ist vereinbart.

2.1 Problemstellung und Situationsanalyse

Die praktischen Erfahrungen der letzten Jahre zeigten, dass der Anspruch der Einrichtung an eine bedürfnisorientierte Betreuung der Bewohnerinnen insbesondere bei der Gruppe der schwerstpflegebedürftigen immobilen Bewohnerinnen mit weit fortgeschrittener Demenz an Grenzen stieß. Bei der Betreuung dieser Personengruppe wurde deutlich, dass die Anforderungen an die grundpflegerische Betreuung und der zeitliche Aufwand für das Anreichen von Nahrung und Getränken deutlich stiegen, was zu einer wachsenden Unzufriedenheit und Überforderung der Mitarbeiterinnen führte. Die Versuche, durch organisatorische Maßnahmen – wie eine weitere Flexibilisierung der Arbeitsabläufe oder Anpassungen der Speisenangebote – Entlastung zu ermöglichen, brachten nicht die gewünschten Erfolge. Insbesondere kritisierten die Mitarbeiterinnen die langen Zeiträume, die die Bewohnerinnen alleine in ihren Zimmern verbringen mussten.

Um sich für die anstehenden konzeptionellen Entwicklungen eine geeignete Wissensbasis anzueignen, wurde zunächst eine bewohnerbezogene Beobachtung und eine strukturierte Erfassung der Versorgungsleistungen und der für die notwendigen Hilfen aufgewendeten Zeiten durchgeführt. Diese Erhebung ergab, dass bei neun von achtzehn Bewohnerinnen ein außergewöhnlich hoher pflegerischer- und behandlungspflegerischer Aufwand vorlag, der den Pflegebedarf der normalen Leistungen der Pflegestufe III überstieg. Um die Personalausstattung den Bewohnerbedürfnissen entsprechend anpassen zu können, wurde für diese Gruppe eine Anerkennung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall mit der damit verbundenen höheren Vergütung beantragt.

2.2 Projektidee und Prozessverlauf

Im Seniorenzentrum Holle trat bei der inhaltlichen Diskussion einer angemessenen Pflege eine Bewohnergruppe in den Mittelpunkt, auf die die bestehende Konzeption der Einrichtung nicht gezielt ausgerichtet war. Daher wurde die Entscheidung getroffen, das bestehende Konzept um einen neuen Baustein, die so genannte Pflegeoase zu

erweitern. Als Vorbild orientierte man sich dabei an der ersten Pflegeoase, die vor zehn Jahren im Krankenheim Sonnweid in Wetzikon (Schweiz) umgesetzt wurde.

Konzeptionell ist eine Pflegeoase auf Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung zugeschnitten, die neben massiven kognitiven Beeinträchtigungen auch an einer Vielzahl physischer Symptome leiden. Den Betroffenen fehlt die Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme, und sie sind in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. Diese große körperliche, aber auch die daraus resultierende seelische Bedürftigkeit bedingt, dass diese Menschen bei der Ausführung der Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) vollständig auf Unterstützung durch Dritte angewiesen sind. Da die Möglichkeiten der verbalen Kommunikation in diesen Krankheitsstadien sehr stark eingeschränkt sind, liegt die Gestaltung einer qualitätvollen Betreuung in der Hauptsache im Ermessen der Pflegenden. Diese müssen in der Lage sein, nicht nur die physischen, sondern auch die psychosozialen Bedürfnisse – beispielsweise den Wunsch nach sozialer Interaktion oder nach sensorischer Anregung – richtig zu deuten.

Im herkömmlichen Heimbetrieb scheint dies oft nicht möglich zu sein, da die Kontaktzeiten zwischen Bewohnerinnen und Pflegekraft oft auf pflegerische Verrichtungen begrenzt sind und die pflegebedürftigen Personen sich über große Zeiträume alleine im Zimmer befinden. Beiden Problemen – dem Alleinsein und den geringen Kontaktzeiten – soll mit dem Konzept der Oase begegnet werden (vgl. Dürrmann 2007a, b). Organisatorisch umgesetzt wird dies, indem eine größere Anzahl von Menschen in einem Raum untergebracht wird. So leben in Oasen sechs Bewohnerinnen gemeinsam in einem großen Raum, in dem über den ganzen Tag hinweg immer eine Pflegekraft präsent ist. Fachlich stellt die Pflegeoase eine weitere Entwicklungsstufe des an den unterschiedlichen Schweregraden der Demenzerkrankung orientierten Betreuungskonzeptes im Seniorenzentrum Holle dar.

Mit der Pflegeoase sollte in Holle eine Versorgungsform angeboten werden, die der Vereinsamung und Isolation entgegenwirkt. Mit einem veränderten räumlichen Umfeld, so die Vorannahme, könnte ein Mehr an Zuwendung durch Mitarbeiterinnen ermöglicht werden, da die Möglichkeit besteht, den Bewohnern unmittelbar zugewandt zu sein.

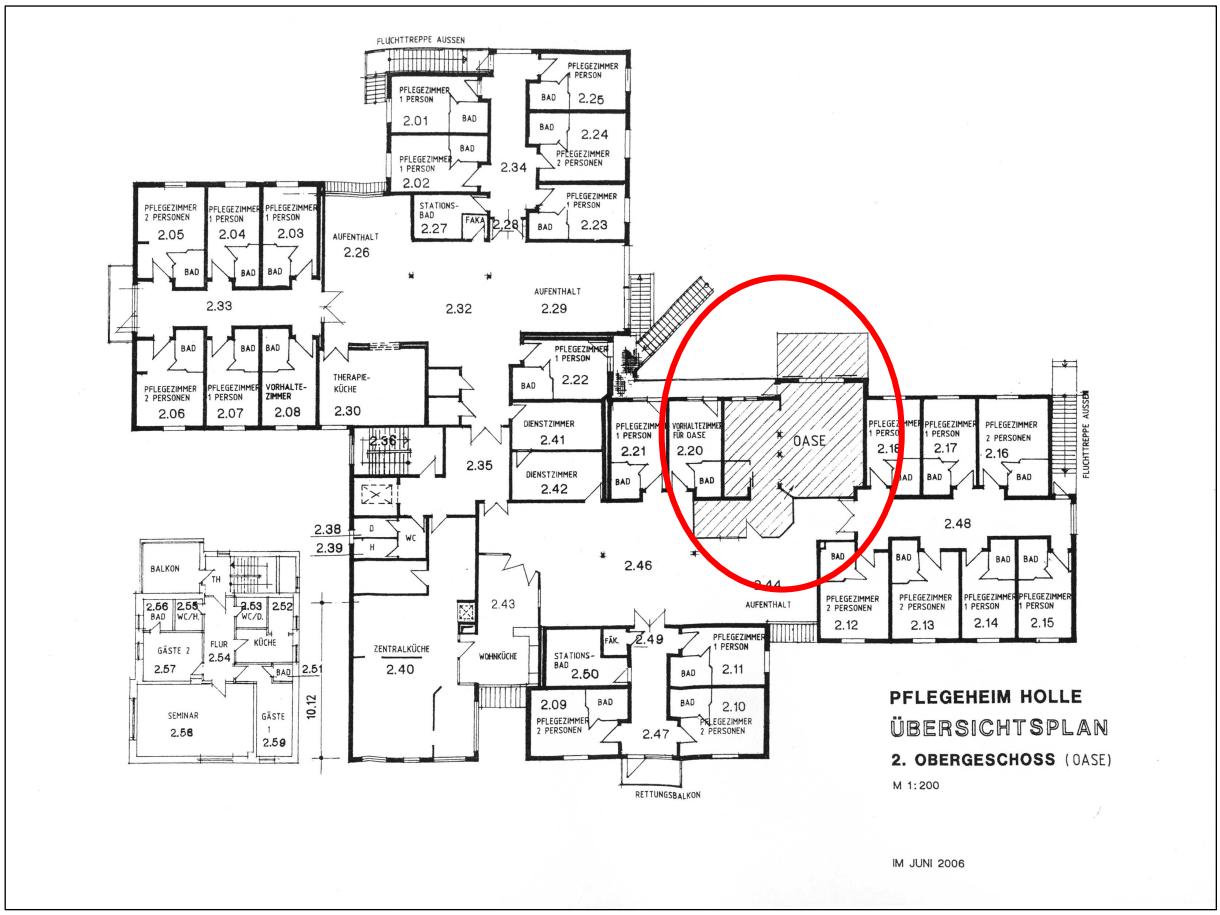
Nachdem die Entscheidung für die Einführung einer Pflegeoase gefällt war, erfolgte die weitere konzeptionelle Umsetzung in folgenden Schritten:

- frühzeitige Beteiligung der Heimaufsicht sowie der Kostenträger (Anfang 2005)

- Realisierung der Eingruppierung des Pflegebedarfs als Härtefall (Sommer 2005)
- Suche nach alternativen Betreuungsformen für den Personenkreis mit Beteiligung der Familienangehörigen (Ende 2005)
- Besichtigung der Pflegeoase im Krankenheim Sonnweid in der Schweiz mit Beteiligung von Angehörigen und Mitarbeiterinnen und einem Austausch zwischen den Pflegenden beider Institutionen (Mai 2006)
- Konzeptpräsentation vor den Vertretern der Pflegekassen, des Landkreises, des Medizinischen Dienstes sowie des Niedersächsischen Sozialministeriums unter Einbeziehung der Familienangehörigen der Exkursionsgruppe und des Heimleiters des Krankenheims Sonnweid (Juli 2006)
- Als Arbeitsergebnis wurde die modellhafte Umsetzung der Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle sowie eine begleitende Evaluation vereinbart. Durch die Heimaufsicht wurden die notwendigen Befreiungen für die Realisierung des Vorhabens erteilt. Mit der Implementierung der Pflegeoase wurde eine an die Ausnahmeklausel gebundene zeitlich befristete Platzerweiterung um 3 Plätze verbunden. Insgesamt wurden mit der Inbetriebnahme der Pflegeoase 69 Bewohnerplätze im Seniorenzentrum Holle angeboten.
- mehrere Präsentationen für Familien und Mitarbeiterinnen im Seniorenzentrum Holle
- Umbau eines Einzelzimmers, eines nicht genutzten größeren Wohnzimmers sowie eines Teils des so genannten Marktplatzes zur Schaffung der Pflegeoase (Oktober bis November 2006)
- Inbetriebnahme der Pflegeoase und Einzug von sechs Heimbewohnerinnen (Ende November 2006)
- Zuwendungsbescheid für die wissenschaftliche Begleitforschung vom Land Niedersachsen an die Demenz Support Stuttgart gGmbH (Dezember 2006).

2.3 Bauliche Umsetzung

Im Wohnbereich A wurden ursprünglich 18 schwerstpflegebedürftige Menschen mit Demenz betreut. Für die bauliche Umsetzung der Pflegeoase entschied man sich, ein gering frequentiertes Wohnzimmer, einen Teil der Gemeinschaftsfläche und ein Einzelzimmer umzunutzen. Nach dem Umbau reduzierte sich die Bewohnerzahl im Wohnbereich A auf 15 Bewohnerinnen. In der Pflegeoase wurden auf der Basis einer Ausnahmeregelung sechs Bewohnerinnen betreut. Die Erweiterung um drei Pflegeheimplätze (bezogen auf die gesamte Einrichtung) wurde von den entsprechenden Behörden zeitlich befristet.

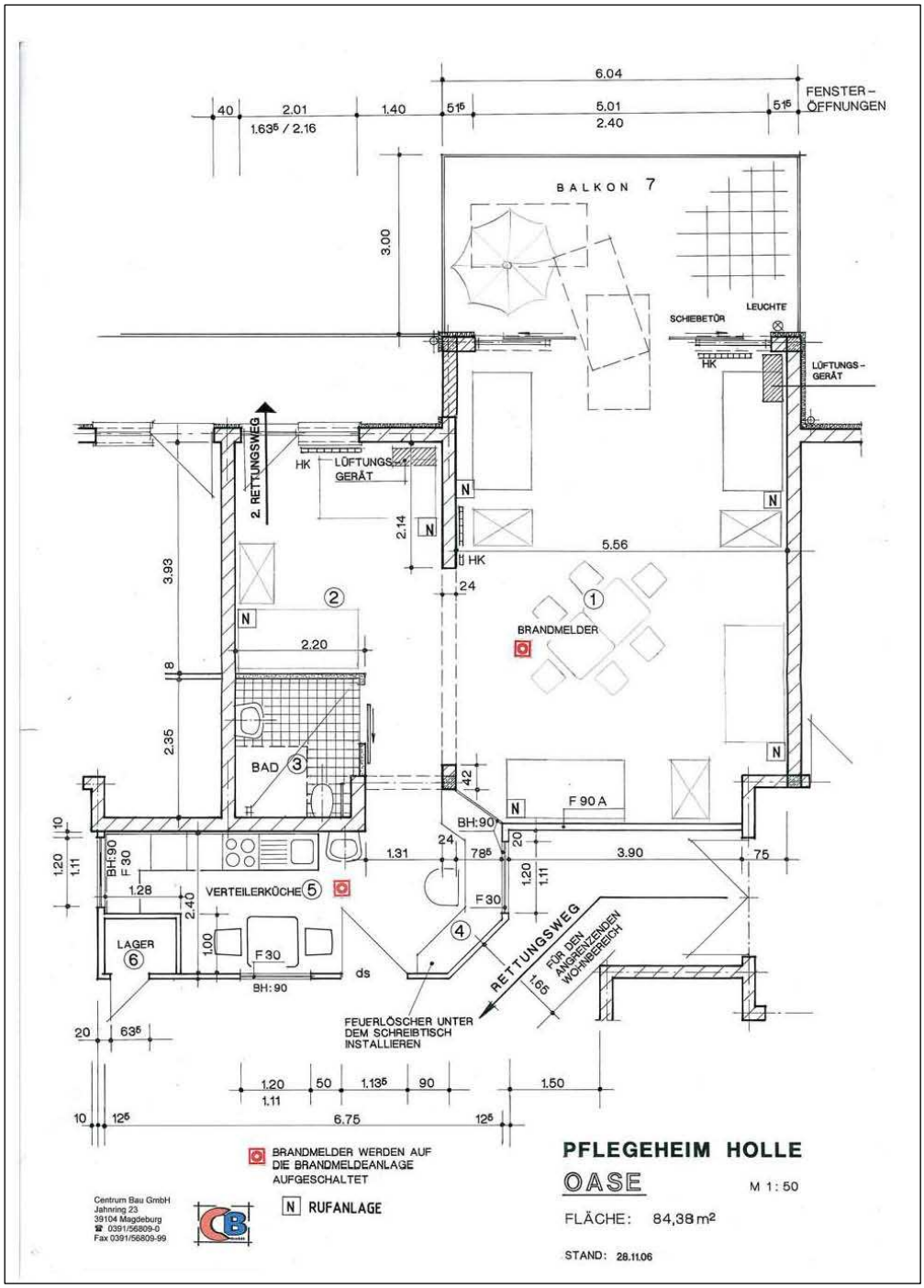


1. Grafik: Grundriss Wohnbereich A mit Grundfläche, die für den Umbau der Pflegeoase diente (mit Kreis gekennzeichnet).

Die Pflegeoase umfasst **84,34 m² Wohn- und Gemeinschaftsfläche**. Durch die Befreiung von den Vorschriften der Heimmindestbauverordnung (HeimMinBauVO) durch eine Erprobungsklausel bietet die Pflegeoase Raum für eine Gruppe von **sechs Personen.** Die Pflegeoase weist folgende räumliche Konzeption auf:

- räumliche Trennung von Wohnbereich A und Erschließung über eine eigene Eingangstür
- Verteilerküche mit Küchenausstattung, vor allem Warmhaltebecken für Speisen
- Arbeitsplatz mit Rufanlage
- Sanitärbereich mit barrierefreier Dusche, Waschbecken und Toilette
- Gemeinschaftswohn- und Schlafbereich für sechs Bewohnerinnen
- bettengängiger Balkon mit ca. 18 m²
- Vorhalten eines Rückzugszimmers: so können besondere Pflegebedarfe unter Umständen temporär eine Unterbringung im Einzelzimmer erfordern. Auch der Prozess des begleiteten Sterbens kann hierzu gehören.

- In direkter Anbindung an die Oase befinden sich das Wohnbereichsbad sowie der „Pflegearbeitsraum“.



2. Grafik: Grundriss Pflegeoase

1. Bild: Eingangssituation aus Wohnbereich A

2. Bild: Durchblick durch Fenster in der Pflegeoase

3. Bild: Verteilerküche

4. Bild: Warmhaltebecken für Speisen

5. Bild: Arbeitsplatz

6. Bild: Bettengängiger Balkon

7. Bild: Tischgruppe in der Gemeinschaftsmitte

8. Bild: Bewohnerbett mit bebildeter Biographie

2.4 Raumausstattung

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

9. Bild: Beleuchtung

10. Bild: Farbstimulation durch Licht

11. Bild: Schränke als Raumteiler

12. Bild: Stoffe als Raumteiler

13. Bild: Paravents zur Wahrung der Intimsphäre

14. Bild: Farbgestaltung

Milieugestaltung

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

2.5 Pflege- und Betreuungskonzept

Vor Inbetriebnahme der Pflegeoase wurden einzelne konzeptionelle Eckpunkte für die Pflegeoase formuliert, die im Laufe des Projektes auf Basis der gemachten Erfahrungen weiter entwickelt wurden. Nachfolgend werden die wichtigsten Punkte zu den Themenfeldern „Ziele und Zielgruppe der Pflegeoase“, „Personalkonzept“ und „Organisatorische Rahmenbedingungen“ zusammengefasst. Die Zusammenstellung beinhaltet

sowohl Aspekte aus gemeinsamen Gesprächen mit der Heim- und Pflegedienstleitung als auch Teile schriftlicher Ausarbeitungen, die im Seniorenzentrum Holle entstanden sind.

Ziele der Pflegeoase

- Die Wahrnehmungs- und Beobachtungsmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen werden verdichtet.
- Bewohnerinnen, die ihre Mitmenschen nicht mehr erkennen oder verstehen und sich ausgeschlossen (isoliert) und/oder verlassen fühlen, kann Sicherheit und Geborgenheit (Grundbedürfnisse) vermittelt werden, wenn Unsicherheit, Angst oder das Gefühl existentieller Bedrohtheit eintreten.
- Analog zu der Beobachtung, dass bei vielen Demenzkranken eine deutliche Reduktion der Schlafstörungen durch einen Wechsel von einem Einzel- in ein Doppelzimmer – also dem Leben in direkter Nachbarschaft – eintritt, kann durch das gemeinschaftliche Leben in einer Pflegeoase dem Bedürfnis nach Nähe, nach vertrauter übersichtlicher Gemeinschaft und Beziehung entsprochen werden. Ängste werden durch die Einbindung in eine Gruppe minimiert. Aus Sicht der Verhaltensforschung steigert sich das menschliche Wohlbefinden in kleinen geschlossenen Gruppen; Angst verringert sich, wenn Menschen in Gesellschaft sind.
- Das Erlebensfeld für diesen Personenkreis ist die unmittelbare Umgebung, die Nachbarschaft zum Mitbewohner sowie die Beziehung zu den Mitarbeiterinnen, die in einer echten, einfühlenden und akzeptierenden Beziehung den Alltag am Wohlbefinden der Bewohnerinnen ausrichten. Hier können Vertrauensbeziehungen entstehen, weil alle einander kennen und das Verhalten der Mitmenschen mit einer gewissen Verlässlichkeit einschätzen können.

Zielgruppe und Auswahl der Bewohnerinnen

- Betreuung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung, denen eine rehabilitative Pflege keine Verbesserung der Lebenssituation bringt was sich durch folgende Einschränkungen beschreiben lässt:
    - Verlust der Fähigkeit zur selbständigen Nahrungsaufnahme, Auftreten von Schluckbeschwerden mit Aspirationsrisiko, rapider Appetitverlust
    - Harn- und Stuhlinkontinenz
    - Muskelatrophien und -kontrakturen
    - steigende Anfälligkeit für ein Delirium
    - wiederkehrende Infekte, Lungenentzündung
    - Verschlechterungen des Hautzustandes und Dekubiti

- Menschen mit Mehrfacherkrankungen, die nicht mehr mobil, in ihren verbalen Kommunikationsmöglichkeiten weitgehend eingeschränkt und körperlich stark geschwächt sind
- Menschen, die vollständig auf umfassende Pflege und Betreuung angewiesen sind und in ihrer Abhängigkeit darauf vertrauen müssen, dass aus fachlicher Sicht alles Notwendige für Sie getan wird
- Bewohner der Oase können nur Personen sein, die den Mitarbeiterinnen des Seniorenzentrums Holle durch eine längere Betreuungszeit (mindestens sechs Monate in der Einrichtung) bekannt sind. In begründeten Einzelfällen sind Ausnahmen von dieser Regelung möglich.
- Alle Beteiligten müssen darin übereinstimmen, dass für die jeweilige Bewohnerin die Oase in der letzten Lebensphase das richtige Angebot ist.
- Menschen mit einem außergewöhnlich hohen pflegerischen und behandlungspflegerischen Bedarf, der die normalen Leistungen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 SGB XI übersteigt und über das Leistungsangebot der nach § 5 Abs. 2 vereinbarten LQV des Seniorenzentrums Holle vom 2. April 2002 hinausgeht. Dieser deutlich vergrößerte Versorgungsbedarf ist durch zusätzliche Leistungen sowie durch einen erhöhten Zeitbedarf bei der Grundpflege, der Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung abzusichern.
- Für alle Bewohner die von dieser LQV erfasst werden, muss grundsätzlich eine Anerkennung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall vorliegen. Sofern im Einzelfall eine Anerkennung als Härtefall (noch) nicht vorliegt, bedarf die Aufnahme in diesen speziellen Wohnbereich der Zustimmung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe (nach Abstimmung mit der zuständigen Heimaufsichtsbehörde).
- Bei Vorliegen der benannten Voraussetzungen auf den Wohnbereichen B, C und D hat in einem angemessenen zeitlichen Rahmen der Umzug auf den Wohnbereich A stattzufinden.
- Für alle Bewohner besteht die Möglichkeit eines dreiwöchigen Probewohnens in der Oase. Sollte die neue Umgebung nicht die positiven Effekte zeitigen beziehungsweise Unwohlsein auslösen, kann der Demenzerkrankte weiter in seinem bisherigen Wohnumfeld verbleiben.
- Bewohner, die aufgrund ihres Verhaltens (beispielsweise disruptives Vokalisieren) als nicht gruppenfähig eingeschätzt werden oder die sich deutlich erkennbar in der Sterbephase befinden, sind von einer Aufnahme in die Pflegeoase ausgeschlossen.

Organisationsprinzipien der Pflegeoase

- Die Pflegeoase ist in den Wohnbereich A integriert. Beide Bereiche bilden eine organisatorische Einheit, damit die Fachkraftquote gewährleist werden kann.
- Behandlungspflegerische Tätigkeiten werden von Fachkräften durchgeführt.
- Unterstützungsleistungen für die Mobilisierung, bei Transfers der Bewohnerinnen oder in Notfallsituationen werden von den Mitarbeiterinnen des Wohnbereichs A erbracht. Notfallsituationen werden über die Klingelanlage signalisiert; Absprachen für Unterstützungsdienste werden entweder zu Dienstbeginn oder per Telefon kommuniziert.
- Pflegeassistenten werden bei Unsicherheiten über einen definierten Zeitraum von einer examinierten Fachkraft begleitet, bis diese bei pflegerischen Anforderungen Sicherheit erlangt haben.
- Alle Betriebsabläufe, die Ver- und Entsorgungsabläufe (Speisenversorgung, Wäsche, Müll) betreffen, sind so auf die Pflegeoase zugeschnitten, dass die Mitarbeiterinnen die Pflegeoase nicht verlassen müssen.
- Einmal pro Woche wird eine gemeinsame Übergabe mit Wohnbereich A durchgeführt, damit bewohnerrelevante Informationen allen Mitarbeiterinnen bekannt sind.
- Veränderungen der Kostform oder Anpassungen in der Ernährung werden von der Leitung der Pflegeoase an die Küche weitergegeben.
- Bewohnerbezogene Akten sind in der Pflegeoase stationiert.

Personalausstattung

- Es wird eine an sieben Tagen in der Woche gleich bleibende Versorgung sichergestellt. Im Tagdienst wird **durchschnittlich 14 Stunden Dauerpräsenz** bei einem Personalschlüssel von 1:1,64 zur Verfügung gestellt.
- In der Nacht ist der Nachtdienst des Hauses für die Pflegeoase zuständig.
- Das zusätzlich vorgehaltene Personal wird bei der Berechnung der Fachkraftquote nach § 5 Abs. 1 HeimPersV nicht berücksichtigt.
- Die Leitung dieses speziellen Bereichs erfordert eine Zusatzqualifikation in Palliativpflege mit einem Stundenumfang von 160 Stunden.

Personalauswahl oder -eignung

- Mitarbeiterinnen mit Pflegeerfahrung
- Frauen im mittleren Alter
- Empathiefähigkeit
- ruhige und ausgeglichene Persönlichkeit

- fachgerechte unmittelbare Zugewandtheit
- Menschen ohne Berührungsängste
- Kenntnisse über das Krankheitsbild Demenz
- Grundkurse: Basale Stimulation, Validation, Kinästhetik, Bobath-Konzept
- Grundlagen zu Aspekten der Palliativpflege
- Offenheit sowie Bereitschaft zur Fortbildung

Personalentlastung

- Angebote für Gruppensupervision – Maßnahme zur Unterstützung der Teambildung.
- Angebot für Einzel- oder Doppelsupervision, wenn eine Mitarbeiterin beispielsweise ein Problem mit einer Bewohnerin hat.

Kooperation mit Ärzten

- Ein Neurologe kommt einmal monatlich zur Visite.
- Es finden regelmäßig Fallbesprechungen statt.
- Hausärzte kommen einmal wöchentlich zur Visite, sowie anlassbezogen.
- In kritischen Situationen wird eine Fallbesprechung unter Beteiligung des behandelnden Arztes, der Angehörigen und den betreuenden Mitarbeiterinnen durchgeführt.

Angehörigenarbeit

- Angehörige werden in Veränderungsprozesse einbezogen und an der Entscheidungsfindung beteiligt.
- Angehörigentreffen werden zweimal monatlich im Café angeboten.

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden Forschungsziel und Forschungsfragen der Pilotstudie in der Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle dargestellt. Daraus begründet sich das Forschungsdesign, mit dem in verschiedenen Schritten die Stichprobe und die Datenerhebungs- als auch die Datenanalysemethoden beschrieben wurden. Abschließend werden Gütekriterien und ethische Erwägungen dargelegt.

3.1 Forschungsziel und Forschungsfragen

Ziel der Studie war es, die subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven (Angehörige, Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen) zu evaluieren, um empirische Erkenntnisse zu dieser neuen Versorgungsform zu generieren. Des Weiteren war das Erkenntnisinteresse darauf gerichtet, basierend auf den Forschungsergebnissen Qualitätskriterien, für das Versorgungskonzept Pflegeoase abzuleiten.

Die leitenden Forschungsfragen dieser Studie lauteten:

- Wie erleben und bewerten die unterschiedlichen Akteure die Pflegeoase?
- Welche Beobachtungen zur Bewohnersituation können beschrieben werden?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus dem Datenmaterial in Bezug auf Qualitätskriterien einer Pflegeoase ableiten?

3.2 Forschungsdesign

Aufgrund des fehlenden wissenschaftlich fundierten Kenntnisstandes zur Versorgungsform Pflegeoase, hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit diese Evaluationsstudie bei der Demenz Support Stuttgart gGmbH in Auftrag gegeben; es handelt sich daher um eine Pilotstudie. Das Ziel lag in der systematischen Analyse und dichten Beschreibung subjektiver Erfahrungen der Pflegeoasen-Akteure sowie in der Darstellung von Umgebungsfaktoren. Folglich wurde ein deskriptives Forschungsdesign mit qualitativem und quantitativem Methodenrepertoire verwendet (teilstrukturierte Interviews, teilnehmende Beobachtungen, Dokumentenanalyse der pflegerischen und ärztlichen Unterlagen, Erfassung von Umweltfaktoren: Licht, Luftfeuchtigkeit, Wegstrecke usw.). Diese Methodenauswahl ermöglichte sowohl eine detaillierte Verlaufsbeschreibung der Einzelfälle beziehungsweise der Bewohnersituation als auch die Darstellung der verschiedenen Perspektiven der Akteure. Mit dem Design einer Evaluationsstudie ohne randomisierte Vergleichsgruppe ist die Übertragbarkeit der Erkenntnisse sowie die Vergleichsmöglichkeit der Daten von vornherein eingeschränkt. Daher ist diese Studie als erster Schritt zu einem forschungsbasierten Erkenntnisgewinn zur neuen Versorgungsform Pflegeoase anzusehen.

3.2 Stichprobe

Geeignete Teilnehmerinnen für eine Studie sind die Menschen, die Erfahrungen mit einem Phänomen gesammelt haben, das in der Forschung untersucht wird (Holloway & Wheeler 1998). In dieser Studie setzte sich die Stichprobe demzufolge aus den verschiedenen Akteursgruppen der Pflegeoase zusammen: Bewohnerinnen, Angehörige und Mitarbeiterinnen, die im Zeitraum von November 2006 bis Oktober 2007 in der Pflegeoase gelebt beziehungsweise gearbeitet haben. Die Auswahl der Stichprobe stellte eine Gelegenheitsstichprobe dar (Morse & Field 1998; Polit & Hungler 1999).

Studienteilnehmerinnen:

- 7 Frauen mit fortgeschrittenerer Demenz, Pflegestufe 3+ (Härtefall im Sinne des § 43 Abs. 3 SGB XI, Pflegezeit 395-567 Pflegeminuten), vollständige Übernahmen in allen Bereichen der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL), im Alter von 77 bis 95 Jahren (ausführliche Erläuterung siehe „Bewohnersituation“)
- 10 Angehörige (Töchter, Ehemann) im Alter von 45 bis 85 Jahren
- 15 Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, des Nachbarwohnbereichs A, aus Heim- und Pflegedienstleitung (Alter Team Pflegeoase: 30 bis 59 Jahre; Team Nachbarwohnbereich 25 bis 35 Jahre)

Stand: 4/07	**Mitarbeiterinnen der Pflegeoase**					
Qualifikation	Altenpfleger mit mit mehrjähriger Pflegeerfahrung, Palliative Care Ausbildung	Altenpflegerin mit mehrjähriger Pflegeerfahrung	Krankenschwester mit mehrjähriger Pflegeerfahrung	Pflegeassistentin mit mehrjähriger Pflegeerfahrung	Pflege-assistentin /Arzthelferin mit mehrjähriger Pflege-erfahrung, auch als pflegende Angehörige	Pflegeassistentin
Stellenumfang	0,75	0,5	0,45	0,75	0,8	0,2
Gesamtumfang	3,45 VZ					

1. Tabelle: Übersicht Mitarbeiterinnen der Pflegeoase

3.3 Datenerhebung

In dieser Studie wurden zur Evaluation der Pflegeoase Erfahrungen und Bewertungen der verschiedenen Akteure (Bewohnerinnen, Angehörige, Mitarbeiterinnen) systematisch untersucht. Ein breites Spektrum von Methoden und Ansätzen sollte der Komplexität des Themas

gerecht werden. Erfahrungen im Alltag und Deutungen wurden mittels qualitativer Interviews und teilnehmender Beobachtung erhoben. Zur Untermauerung der qualitativen Daten und zur Verlaufsdarstellung bestimmter Aspekte kamen quantitative Erhebungsverfahren zum Einsatz.

- Bewohnersituation: Erfassung der Diagnosen, Verhaltenskompetenz, Pflegebedarf, Medikation, Dokumentenanalyse, Body-Mass-Index (BMI), teilnehmende Beobachtung, digitale Erfassung der Kontakthäufigkeit zwischen Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen mittels Digi-Raport
- Angehörige: teilstrukturierte Interviews, Zufriedenheitsbeurteilung per Fragebogen, Besuchsdokumentation
- Mitarbeiterinnen: teilstrukturierte Interviews
- Umweltfaktoren: Wegstrecken, Licht, Luftfeuchtigkeit, Temperatur

Eine Zusammenfassung aller Datenerhebungsverfahren liefert die folgende Grafik.

Gesundheits-status	Verhaltenskompetenz	Subjektives Erleben	Soziale Umwelt	Räumliche Umwelt
Diagnosen	Einstufung des Pflegebedarfs (Pflegeminuten)	Beobachtung der BW	Kontakthäufigkeit Mitarbeiterinnen - BW	Beleuchtung
Medikation	Digitale Zeiterfassung zur Beschreibung der pflegerischen Leistungen	Angehörige: Besuchsdokumentation	Besuchshäufigkeit Angehörige	Raumklima
BMI	Mitarbeiter: Beschreibung der Ausgangssituation	Interview Angehörige	Interviewaussagen von Angehörigen, Mitarbeiterinnen, Führungsebene	Wegstrecken
Analyse der pflegerischen Bewohnerdokumentation	Barthel-Index	Interview Mitarbeiterinnen		Interviewaussagen von Angehörigen, Mitarbeiterinnen, Führungsebene
Analyse der ärztlichen Dokumentation	AEDL	Interview Führungsebene		Fotodokumentation
	Angehörige: Besuchsdokumentation			Umweltbeobachtung
	Physiotherapeutin: Therapiedokumentation			
	Teilnehmende Beobachtung			

2. Tabelle: Überblick Datenerhebungsmethoden

Datenquelle	Datenumfang
Teilnehmende Beobachtung	16 Beobachtungstage pro BW = 88 Beobachtungsstunden
Problemzentrierte Interviews	42 Interviews mit durchschnittlicher Dauer von 90 Minuten = 3.780 Minuten
Digitale Erfassung der Kontaktzeiten mit Digi-Raport	**2.845:37** Stunden unbereinigte Daten, bereinigte Daten: 1.614:53 Stunden
Zufriedenheitsbefragung mittels „Satisfaction with Care at End-of-Life in Dementia Scale“ (Volicer et al. 2001)	n= 25 Fragebögen 3 Messzeitpunkte
Wegstrecken mittels Wegstreckenmesser	16 Datenerhebungszeitpunkte über 120 Stunden
Beleuchtung mittels Luxmeter	6 Datenerhebungszeitpunkte
Raumklima mittels Hygrometer	6 Datenerhebungszeitpunkte

3. Tabelle: Datenerhebung und Datenumfang

Einer der ersten Datenerhebungsschritte waren teilnehmende Beobachtungen im Feld der Pflegeoase.

Teilnehmende Beobachtung

Teilnehmende Beobachtungen wurden von den Forscherinnen durchgeführt, um sich dem Feld Pflegeoase anzunähern, um sich mit den Bewohnerinnen und mit den Mitarbeiterinnen vertraut zu machen. Ein weiteres Ziel war es, den Tagesablauf in der Pflegeoase zu erfassen.

Bei allen Bewohnerinnen war die verbale Kommunikationsfähigkeit derartig eingeschränkt, dass nur wenige Worte gesprochen wurden. Daher stellt ein Interviewverfahren keine adäquate Erhebungsmethode dar, um sich dem Erleben beziehungsweise Verhalten der Bewohnerinnen anzunähern. Eine sinnvolle Alternative waren Beobachtungsverfahren.

Die teilnehmende Beobachtung umfasst sämtliche Techniken, die angemessen sind, um Informationen über Menschen und deren Verhalten in ihrem natürlichen Setting zu erlangen (Pearsall 1965). Dabei finden neben der Beobachtung alle verschiedenen Formen des Interviews sowie informelle Gespräche mit den Teilnehmerinnen, aber auch Introspektion Anwendung (Denzin 1989) Anwendung. Besondere Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung sind das Eintauchen der Forscherin ins Feld (Flick 1999). Feldnotizen dienen zum Festhalten von Eindrücken aus dem Umfeld, Eindrücken, Meinungen zu den Beobachtungen und

– ebenso wie Postskripte nach Interviews – als Möglichkeit, die Beobachtungen zu kontextualisieren.

In der vorliegenden Studie war ein Fokus darauf gerichtet, sich ein Bild von den Verhaltensweisen der Bewohnerinnen zu machen. Die Beobachtungen wurden offen erhoben und systematisch in einem Beobachtungsprotokoll beschrieben.

Digitale Erfassung der Kontaktzeit und -häufigkeit

Für die Erfassung der Kontaktzeiten wurden Handgeräte (Digi-Raport) verwendet, die üblicherweise zur Zeiterfassung im Handwerk eingesetzt werden. Die Geräte eigneten sich zum Einsatz im Forschungsfeld, weil die Ausstattung und die Auswertungsmöglichkeiten den gestellten Anforderungen weitgehend entsprachen:

- Geräte sind individuell programmierbar
- Zeiterfassung ist auf die Minute genau
- komfortable Anzeige der erfassten Daten
- schlagsicheres, ergonomisches Gehäuse, robust in der Handhabung (wasserfest)
- einfache Bedienung

Die Kernfrage bei der Erhebung der Kontaktzeit und -häufigkeit richtete sich darauf, welche Veränderungen sich in der Pflegeoase (im Vergleich zu etablierten Versorgungsformen) für die Kontaktzeiten und die Kontakthäufigkeiten zwischen Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen ergeben.

Für die Auswertung von Kontaktzeit und -häufigkeit wurde dies anhand weiterer Fragestellungen spezifiziert:

- Wie verteilt sich die Arbeitszeit der Mitarbeiterinnen der Pflegeoase zum einen auf den direkten Kontakt mit den Bewohnerinnen und zum anderen auf Tätigkeiten, die nicht im direkten Kontakt mit den Bewohnerinnen stehen?
- Wie verteilt sich die Arbeitszeit auf unterschiedliche pflegerische Tätigkeiten?
- Wie viele Kontakte haben die Bewohnerinnen der Pflegeoase mit Mitarbeiterinnen?
- Wie hoch ist die Kontaktzeit und -häufigkeit bei Bewohnerinnen, die zwar der „Zielgruppe“ der Pflegeoase entsprechen, die aber im Wohnbereich A in Einzelzimmern leben?
- Was zeigt der Vergleich der Kontaktzeiten und Kontakthäufigkeiten in der Pflegeoase und in Wohnbereich A?

Die erfassten Zeitdaten wurden über einen Datenwandler auf ein Notebook überspielt und in eine Zeiterfassungssoftware eingelesen. Diese bot auch die Möglichkeit, die Daten für spezifische Auswertungen in Excel zu exportieren. Um die oben genannten Fragestellungen mit

Zeitdaten beantworten zu können, wurden die Geräte für unterschiedliche Anwendergruppen kodiert:

1. für Mitarbeiterinnen der Pflegeoase zur Selbsterfassung,
2. für Mitarbeiterinnen der Demenz Support Stuttgart zur differenzierten Fremderfassung.

Kodierung und Erfassungskriterien

Für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase wurden die Geräte so kodiert, dass der Einsatz im Pflegealltag erleichtert war. Es gab zwei Kodierungsmöglichkeiten:

1. „Bewohnernah“
2. „andere Tätigkeit“

Zur Entscheidungssicherheit für die Mitarbeiterinnen wurden die Kodierungsmöglichkeiten beschrieben. Der Kodierungsvorgang war insofern erleichtert, als sich die Mitarbeiterinnen nur zwischen zwei Optionen entscheiden mussten.

Kodierungsvarianten für Mitarbeiterinnen der Pflegeoase	
„Bewohnernah“	**„andere Tätigkeit“**
Alle Tätigkeiten in direktem Kontakt mit einer Bewohnerin, z.B. bei Körperpflege, Essen reichen, Mobilisierung, Singen, Gesprächen etc.	Jede Tätigkeit außerhalb der Pflegeoase, z.B. Wäsche holen, Essenswagen vor die Tür schieben, Absprachen mit Mitarbeiterinnen des angrenzenden Wohnbereichs etc.
Alle Tätigkeiten, die sich auf die Gruppe der Bewohnerinnen bezieht, z.B. Singen, Gespräche, gemeinsam am Tisch oder auf dem Balkon sitzen.	Tätigkeiten innerhalb der Wohngruppe, die keinen unmittelbaren Bezug zu den Bewohnerinnen haben, z.B. Dusche aufräumen, Balkonpflanzen gießen, Gespräche mit Angehörigen, Wäsche einräumen, Telefonate, Dokumentation etc.

4. Tabelle: Kodierungsschema für Mitarbeiterinnen der Pflegeoase

Die Mitarbeiterinnen begannen mit der Zeiterfassung bei Dienstbeginn und schalteten das Gerät bei Dienstschluss aus. Somit war sichergestellt, dass ein gesamter Arbeitstag erfasst wurde. Die Erfassung erfolgte in der Präsenzzeit, das heißt wenn Pausen gemacht wurden, wurden diese mit „andere Tätigkeit“ kodiert.

Für die Mitarbeiterinnen der Demenz Support Stuttgart wurden die Geräte so programmiert, dass für die Bewohnerinnen individuell unterschiedliche Tätigkeiten (Essen, Körperpflege, Mobilisation, psychische Betreuung, therapeutische Intervention) erfasst werden konnten. Bewohnerferne Tätigkeiten, die die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase mit dem Schlagwort „andere Tätigkeit“ kodierten, kodierten die Mitarbeiterinnen der Demenz Support Stuttgart unter dem Schlagwort „bewohnerferne Tätigkeit“. Diese unterschiedliche Bezeichnung war notwenig, um Kollisionen bei der Datenauswertung zu unterbinden.

Kodierungskombinationen	BW1	BW2	BW3	BW4	BW5	BW6	Gruppe
bewohnerferne Tätigkeit							
Essen							
Körperpflege							
Mobilisation							
psychische Betreuung							
therapeutische Intervention							

5. Tabelle: Kodierungsschema für Mitarbeiterinnen der Demenz Support Stuttgart

Die Tätigkeiten wurden wie folgt diskutiert und festgelegt.

Kodierung	Beschreibung
bewohnerferne Tätigkeit	alle Tätigkeiten, die nicht im direkten Kontakt mit BW sind oder außerhalb der Pflegeoase stattfinden
Essen	Speisen und Getränke
Körperpflege	Waschen, Lagerung im Bett, Behandlungspflege, Medikamentengabe etc.
Mobilisation	Gehen und Veränderung der Sitzposition außerhalb des Bettes
psychische Betreuung	Gespräche führen, Hand halten etc.
therapeutische Intervention	Anwendung Basale Stimulation, Singen, Musiktherapie etc.

6. Tabelle: Kodierung der Tätigkeiten und inhaltliche Beschreibung

Tätigkeiten können sich auf einzelne Bewohner aber auch auf einen Teil der oder die gesamte Gruppe beziehen. Für die Kategorie „Gruppe“ war die Tätigkeit „therapeutische Intervention“ vorgesehen. Inhalte der Kategorie „therapeutische Intervention“, so die Vorannahme, sind Beschäftigungen wie Vorlesen oder Singen. In der Praxis zeigte sich jedoch, dass diese Kategorien keine Relevanz hatten und somit auch bei der Auswertung der Daten nicht berücksichtigt wurden. Ein weiteres Element der Datenerhebung stellte das Interview dar, das im nächsten Abschnitt beschrieben wird.

Das Interview als Forschungsmethode

In dieser Studie wurde nach den Prinzipien des problemzentrierten Interviews (PZI) gearbeitet (Witzel 1982). Das Interviewverfahren wurde ausgewählt, weil sich das PZI in der Gesprächsführung insbesondere dafür eignet, das Erleben und die Realitätsdeutungen sowohl einzelner Menschen als auch von Fokusgruppen zu erfassen.

Nach Friedrichs (1990) zeichnet sich das Interview dadurch aus, dass eine professionelle Kommunikation aufgebaut wird, um in kurzer Zeit das zu erfahren, was man sonst nur in längeren Abständen erfährt. Diese professionelle Kommunikation führt dazu, dass sich die Befragten ernst genommen fühlen und das Gefühl haben, dass der Forscher sich für sie inte-

ressiert. Gelingt es, eine solche Vertrauensbasis und Kommunikation aufzubauen, ist die Gefahr der asymmetrischen Kommunikation deutlich minimiert.
Das Prinzip der Offenheit gilt als ein zentrales Thema in der qualitativen Forschung. Damit ist eine Grundhaltung gemeint, die durch Offenheit gegenüber den Untersuchungspersonen, der Untersuchungssituation und den im Einzelnen anzuwendenden Methoden geprägt ist. Das Prinzip der Offenheit besagt, „dass die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückgestellt wird, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat" (Lamnek 1995). Die Forscherinnen haben versucht, sich den Akteuren in der Pflegeoase offen zu nähern indem sie den Interviewpartnerinnen und Bewohnerinnen mit Respekt gegenübertraten, ihnen aktiv zuhörten, auch wenn Themen angesprochen wurden, die nicht im Zusammenhang mit den Forschungsfragen standen.

In der qualitativen Sozialforschung wird der Forschungsprozess als kommunikativer Prozess verstanden. Dies gilt speziell für Interviews. Interviewerinnen und Studienteilnehmerinnen bauen eine Kommunikationsbeziehung auf, wobei das „kommunikative Regelsystem" der Interviewpartnerinnen gilt (Lamnek 1995).

Ein weiteres Kriterium qualitativer Interviews ist die Flexibilität, die eng mit dem Prinzip der Offenheit verbunden ist. Darunter wird die flexible Durchführung eines qualitativen Interviews verstanden. Die Richtung weisende Orientierung ist die Erzählung der Interviewpartner, nicht die des Interviewleitfadens. Dieser dient der Forscherin nur als Gedankenstütze. In dieser Studie wurde den Erzählsträngen der Interviewten gefolgt. Fragen aus dem Leitfaden wurden an entsprechender Stelle variabel eingesetzt.

Als weiterer Aspekt der methodischen Erwägungen zum qualitativen Interview ist die Reflexivität zu nennen. Die Forscher-Gegenstands-Interaktion beziehungsweise die Kommunikationsbeziehung zwischen diesen Partnern ist reflexiv. Dies liegt im gegenseitigen Anpassungsprozess an Erwartungen und Bedürfnissen sowie in den jeweiligen Sinndeutungen begründet. Die Äußerungen der Interviewpartnerinnen sind nur dann sinnvoll interpretierbar und gültig, wenn die Reflexivität im Kontext der Erhebungssituation beachtet wird. Daraus geht hervor, dass die Analyse und Interpretation der Interviews kontextgebunden sind. In diesem Fall beziehen sie sich auf die Erfahrungen der interviewten Menschen mit der Pflegeoase.

Das Problemzentrierte Interview

Das Problemzentrierte Interview (PZI) wurde 1982 von Witzel entwickelt. Es kombiniert methodische Elemente des Interviews, der Fallanalyse, der biographischen Methode sowie der

Gruppendiskussion. Witzel (1982) betont, dass es sich hier um eine „Integration verschiedener Methoden, nicht um eine bloße Addition der Methoden handelt." Die Elemente folgen den Kriterien der Problem-, der Gegenstands- sowie der Prozessorientierung. Das PZI verfolgt die Zielsetzung, individuelle und kollektive Handlungsstrukturen und Verarbeitungsmuster gesellschaftlicher Realität erfassbar zu machen. Demnach fokussiert es gesellschaftlich relevante Probleme und gibt der befragten Person Raum zur Selbstreflexion. Dem Interviewer ermöglicht es, schrittweise ein adäquates Verständnis über die Problemsicht und Deutungen der Gesprächspartner zu entwickeln (Witzel 1982). Die Durchführung eines PZI wird durch die Instrumente Kurzfragebogen, Leitfaden, Tonbandaufzeichnungen des Gesprächs und Postskriptum ermöglicht. Mit der Kontaktaufnahme wird das PZI eingeleitet.

Kontaktaufnahme

Zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung im Seniorenzentrum Holle hatten zwischen Studienteilnehmerinnen und Forscherinnen bereits mehrfach Kontakte stattgefunden (Informationsveranstaltung zur Studie, Einverständniserklärung). Diese haben den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Studienteilnehmern und den Forscherinnen unterstützt. Während der Kontaktaufnahme zur Interviewdurchführung ist den Teilnehmern die Anonymisierung der Daten nochmals zugesichert und die gewünschte Gesprächsform erklärt worden. Im PZI kombiniert die Interviewerin Zuhören und Nachfragen, um den eigenen Erkenntnisfortschritt zu optimieren. Das PZI ist ein diskursiv-dialogisches Verfahren, bei dem die Befragten als Experten ihrer Orientierungen und Handlungen verstanden werden. Sie sind handelnde Gesellschaftsmitglieder, die ihre Interessen in einer von ihnen je spezifisch wahrgenommenen Umwelt formulieren (Witzel 1982).

Interviewleitfaden

Der Leitfaden enthielt die Forschungsthemen und diente als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen für die Forscherinnen. Er wurde zur Unterstützung und Ausdifferenzierung von Erzählsequenzen der Interviewten genutzt. Mittelpunkt eines Interviews war immer der Gesprächsfaden der Interviewpartnerinnen. Der Leitfaden begleitet idealtypisch den Kommunikationsprozess und dient als eine Art Hintergrundfolie. So können Themenfelder in Ergänzung zur Logik des Erzählstranges seitens der Befragten abgetastet werden. Die Interviewerinnen verfolgten damit das Ziel, fruchtbare Themenfelder in der Erzählung zu entdecken, deren Relevanz aus Sicht der Informantinnen herauszufinden und durch Nachfragen zu überprüfen (Witzel 1982; 2000). Folgende relevante Themenkomplexe kristallisierten sich für den Leitfaden des Erst- und Abschlussinterviews heraus:

- Erwartungen und Befürchtungen zur Pflegeoase

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

Tonbandaufzeichnungen

Die Interviews wurden vollständig auf Tonband aufgenommen. Alle Interviewpartnerinnen haben dem zuvor zugestimmt. Die Aufnahme diente zur authentischen und präzisen Erfassung des Kommunikationsprozesses. Die Forscherinnen hatten mit Hilfe des Tonbandgerätes die Möglichkeit, sich ganz auf das Gespräch sowie auf Beobachtungen situativer Bedingungen und nonverbaler Äußerungen zu konzentrieren (Witzel 1982; 2000). Die Tonbandaufzeichnungen wurden vollständig transkribiert und als Grundlage der Analyse und Interpretation verwendet.

Postskriptum

Postskripte wurden unmittelbar nach dem Interview als Ergänzung zur Tonbandaufzeichnung angefertigt, um wichtige Gesprächsinhalte, Anmerkungen zu den situativen und nonverbalen Aspekten sowie zu Schwerpunktsetzungen der Interviewpartnerinnen festzuhalten. Zudem wurden spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen notiert, die Anregungen für die Auswertung geben können (Witzel 1982; 2000). Relevante Gesichtspunkte des Interviews wurden auf dem Postskriptumblatt skizziert. Darin sind Aussagen zum Ort, Zeitpunkt und Dauer des Interviews sowie zu den Kernthemen der Gespräche enthalten. Zur Reflexion der Interviewsituation haben sie sich als hilfreich erwiesen. Außerdem haben sie das Einfinden in die jeweilige Interviewsituation in der Analysephase unterstützt, die sich der Erhebungsphase anschloss.

Erhebung der Bewohnersituation

Zur genauen Beschreibung der Situation der Bewohnerinnen wurde eine Vorher-Nachher-Erhebung durchgeführt, die mit der individuellen Ausgangssituation der Bewohnerinnen vor Umzug in die Pflegeoase begann. Die Bewohnersituation wurde mit den Mitarbeiterinnen reflektiert, die bisher die Pflege überwiegend übernommen hatten und die Bewohnerinnen gut kannten. Dadurch war eine Einschätzung zum Barthel-Index, der die Fähig zur selbständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEDL) beschreibt, zum Verhalten und zu Ausdrucks- oder Erkennungszeichen für Wohlbefinden möglich. Alle Bewohnerinnen waren in ihrer verbalen Ausdrucksmöglichkeit so eingeschränkt, dass kognitive Leistungstests wie ein Mini-Mental-Status-Test obsolet waren. Die Sensitivität weiterer Instrumente

(Cohen-Mansfield Agitation Inventory, Dementia Care Mapping etc.) erschien aufgrund der fortgeschrittenen Krankheitsphase und der geringen Ausdrucksfähigkeit für den Einsatz bei diesem Personenkreis ungeeignet, zumal die Verhaltensweisen der Bewohnerinnen in Nuancen variierten und sich Anzeichen für Wohlbefinden in kleinen Veränderungen zeigten. Um eine umfassende Verlaufsbeschreibung gewährleisten zu können, wurden Informationen aus unterschiedlichen Quellen herausgefiltert und ausgewertet.

Erhebung der Ausgangssituation der Bewohnerinnen

- Fragebogen zur Bewohnersituation im November 2006
- 5 Einzelinterviews mit Mitarbeiterinnen

Auswertung der Bewohnerunterlagen

- Stammblatt
- Medikamentenverordnung und Bedarfsmedikation
- psychischer Langzeitverlauf
- Informationsblatt
- Pflegebericht
- Vitalwerte
- Pflegeplanung
- Datenauswertung Januar 2006 bis Oktober 2007

Dokumentation der Beobachtungen in der Betreuungssituation Pflegeoase

- 16 Beobachtungstage
- Januar bis Juli 2007
- 88 Stunden
- Beobachtungskategorien: Bewegungsfähigkeit, Kommunikation, Ernährung
- Fotodokumentation

Digitale Erhebung der Kontaktzeiten mittels Digi-Raport

- Datenbasis: Die gesamten Zeiterfassungsdaten (unbereinigt) von Januar 2007 bis Juli 2007 umfassen 2.845:37 Stunden. Der bereinigte Datenzeitraum, der für die Analyse nach Ausfiltern fehlerhafter Daten verwendet werden konnte, umfasst 1.614:53 Stunden.

Gespräche mit Mitarbeiterinnen und Angehörigen

- 15 Interviews mit Mitarbeiterinnen der Pflegeoase
- 11 Interviews mit Angehörigen
- Zeitraum Dezember 2006 bis Oktober 2007

Auswertung der Angehörigendokumentation

- 6 Angehörigendokumentationen
- Dokumentationszeitraum Januar bis September 2007

Erhebung der Angehörigenperspektive

Die Besuche der Angehörigen in der Pflegeoase fanden kontinuierlich statt und veränderten sich auch im Evaluationszeitraum nicht wesentlich. Angehörige kommen 1 bis 3 Mal wöchentlich und halten sich 1 bis 2 Stunden in der Pflegeoase auf. Die Besuchshäufigkeit steht mit den Anfahrtswegen, die zwischen 10 und 60 Kilometern variieren, in Zusammenhang.

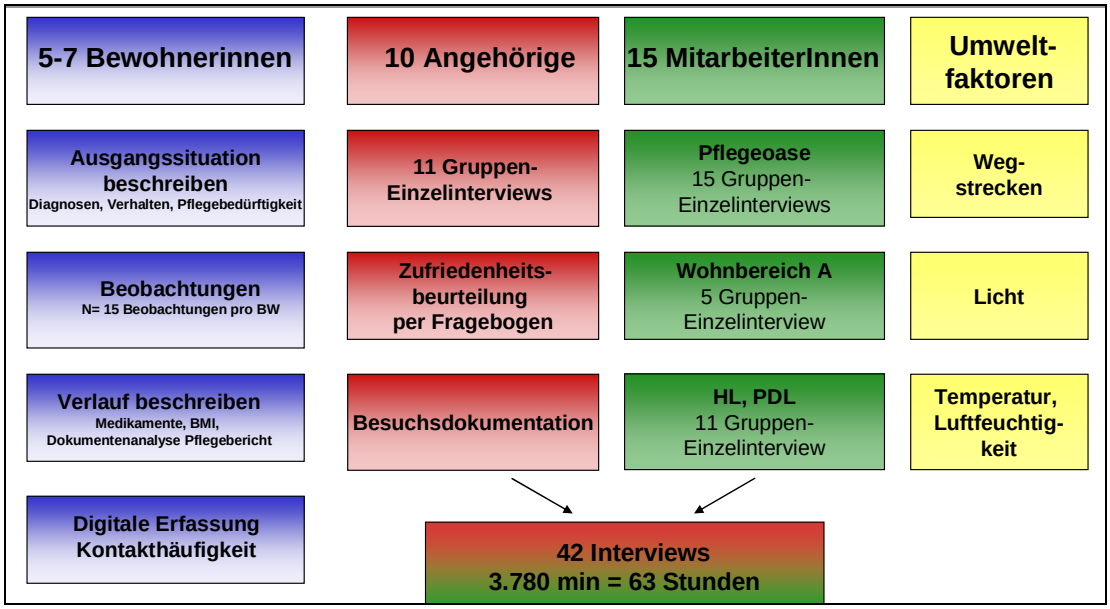
- Besuchsdokumentation durch die Angehörigen. Es wurden Besuchszeiten, Tätigkeiten beziehungsweise Inhalte der Besuche und Eindrücke zu Verhaltensweisen der Familienmitglieder dokumentiert.
- 3 Fragebogenerhebungen zur Zufriedenheit mit der Pflege mit der „Satisfaction with Care at End-of-Life in Dementia Scale“ (Volicer et al. 2001) (n=25 Fragebögen; 3 Messzeitpunkte)
    - Fragebogen, um die Effektivität von Interventionen zu evaluieren, die darauf abzielen, die Pflege von Demenzerkrankten in der letzten Lebensphase zu verbessern
    - 10 Item-Skala, mit 4 Antwortmöglichkeiten („stimme gar nicht zu“ bis „stimme voll zu“)
    - Auswertung: Punktzahl von 10 bis 40, höherer Wert steht für größere Zufriedenheit
- 11 Interviews mit Angehörigen

Erhebung der Mitarbeiterinnenperspektive

- 15 Interviews mit Mitarbeiterinnen der Pflegeoase
- 5 Interviews mit Mitarbeiterinnen des Nachbarwohnbereichs A
- 11 Interviews mit Heim- und Pflegedienstleitung

Erhebung der Umweltfaktoren

- Licht: Luxmeter, 6 Datenerhebungszeitpunkte
- Luftfeuchtigkeit, Temperatur: Hygrometer, 6 Datenerhebungszeitpunkte
- Wegstrecken Wohnbereich A und Pflegeoase: Wegstreckenmesser mittels Schrittzählerfassung, 16 Datenerhebungszeitpunkte (120 Stunden)
- Gestaltung der räumlichen Umwelt: Fotodokumentation, 6 Datenerhebungszeitpunkte



3. Grafik: Zusammenfassung Datenerhebungsmethoden

3.4 Datenanalyse

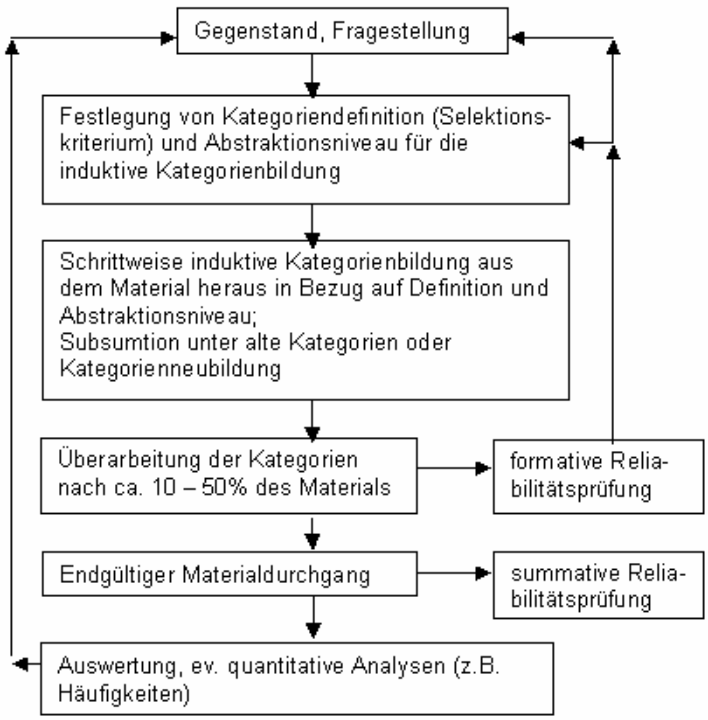
Das Datenmaterial der vorliegenden Studie stammt aus verschiedenen Datenquellen. Es wurden folgende Daten verwendet: Interviewdaten (42 Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von 90 Minuten ergeben 3.780 Minuten Interviewdauer), Beobachtungsdaten (16 Tage, 88 Stunden) und Textdaten der Bewohner- und Angehörigendokumentation, quantitative Daten: digitale Erfassung der Kontaktzeiten (1.614:53 Stunden), Wegestrecken (16 Datenerhebungszeitpunkte, 120 Stunden), Umweltfaktoren, Zufriedenheitsbeurteilung per Fragebogen durch Angehörige (3 Messzeitpunkte, n=25).

Zur Analyse der quantitativen Daten wurden beschreibende statistische Auswertungsverfahren verwendet, um Häufigkeiten, absolute, prozentuale Verteilung und Durchschnittswerte der Daten darzustellen.

Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Datenanalyse der qualitativen Daten wurde ein qualitatives, inhaltsanalytisches Verfahren (Mayring1999, 2000) gewählt, um dem Ziel der dichten Beschreibung und Bewertung der Pflegeoase aus unterschiedlicher Perspektive näher zu kommen. Grund für die Wahl dieses Verfahrens war, dass diese Form der Datenanalyse es ermöglicht, das Datenmaterial interpretierend auszuwerten. Dies wird auch als wissenschaftlich kontrolliertes Fremdverstehen bezeichnet (Lamnek 1995). Weiterhin bietet die qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2000) die Möglichkeit, komplexe Zusammenhänge aufgrund thematischer Entsprechungen in ein Kategoriensystem zu bringen. Damit wird eine detaillierte und systematische Reproduktion der

erwähnten Themen und Probleme verfolgt. Das Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung nach Mayring ist in der folgenden Abbildung skizziert.



4. Grafik: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2000)

Die Datenanalyse der Interviews erfolgte induktiv. Die Zusammenfassung ermöglichte es, das Datenmaterial auf ein abstrakteres Niveau zu reduzieren und induktiv Haupt- und Subkategorien zu bilden. Mit Hilfe der Explikation wurden fragliche Textstellen durch zusätzliche Informationen erklärt. Durch die Strukturierung des Kategoriensystems wurden eine inhaltliche Struktur aus dem Datenmaterial abgeleitet und Beziehungen zwischen den Kategorien dargestellt (Mayring 2003). Die entwickelten Kategorien wurden am Ausgangsmaterial rücküberprüft. Zur weiteren Transparenz und Prüfung der Nachvollziehbarkeit der Kategorien wurden die Kodierungen im Forscherteam der Demenz Support Stuttgart kritisch diskutiert.

Für das gesamte Interviewmaterial wurden anfangs 155 Kodierungen vergeben, die sich im nächsten Reduktionsschritt weiter verdichteten. Abschließend konnten für jede Personengruppe 4 bis 5 Hauptkategorien mit Subkategorien entwickelt werden. Beispielhaft ist der Schritt der Reduktion des Datenmaterials anhand der Mitarbeiterinneninterviews dargestellt. Aus den 15 Interviews ergaben sich im ersten Analyseschritt 55 Kodierungen, die im nächsten Schritt in 14 Kategorien verdichtet wurden. Abschließend verdichtete sich die Analyse in 4 Kategorien zur Mitarbeiterperspektive.

Transkript	Kodierung
*„Sie braucht mich oft ganz schnell, **wenn sie unruhig wird**, wissen wir, dass es **Anzeichen für Durst** bei ihr ist. Und früher hatten wir die Möglichkeit nicht, jetzt in der Oase können wir sofort reagieren.“ (PD 4)*	Unmittelbar reagieren können

7. Tabelle: Datenanalyseschritte 1

In der nächsten Analysephase sind die Hauptthemen unter Oberbegriffen zusammengefasst worden. Dies bedeutet, dass ähnliche Hauptthemen in breiter gefassten beziehungsweise abstrakteren Kategorien strukturiert wurden. Durch dieses Vorgehen wurden die Hauptthemen reduziert.

Hauptthemen	Kategorie
• auf Grundbedürfnisse unmittelbar reagieren können • schnelles Handeln ist möglich • präventives Handeln ist möglich • Präsenz ermöglicht detaillierte Wahrnehmung der BW, was zum Einschätzen der Verhaltenskompetenz befähigt, Veränderungen können wahrgenommen werden	Bewohnerin im Blick haben

8. Tabelle: Datenanalyseschritte 2

In einem weiteren Schritt ist die Kategorienliste nochmals reduziert worden, indem ähnliche Kategorien mit entsprechenden Subkategorien zusammengefasst wurden. Dadurch ist die letztendliche Kategorienliste entstanden.

Kategorie mit Subkategorie
Präsent sein • Bewohnerinnen im Blick haben und unmittelbar reagieren können • Kontakte zu den Bewohnerinnen gestalten können • Ansprechpartner sein für Angehörige • Rahmenbedingungen

9. Tabelle: Datenanalyseschritte 3

Während des gesamten Analyseverfahrens wurden die Kodierungen an den Transkripten überprüft. Dies geschah, indem kontrolliert wurde, ob die Themen und Kategorien auch mit den Aussagen der Interviewpartnerinnen übereinstimmen. Als letzter Schritt erfolgte die Erstellung des Forschungsberichts, wobei der Rekurs auf die Rohdaten stets erfolgte. Die Ergebnisdarstellung beziehungsweise Diskussion der Ergebnisse bezieht Erkenntnisse aus der Literatur mit ein und vergleicht diese mit denen der Datenanalyse.

3.5 Ethische Gesichtspunkte

Drei ethische Prinzipien sind für die Durchführung von Forschung mit Patienten relevant: „Achtung vor der Person“, „Wohlwollen“ und „Gerechtigkeit“ (Jackson 1996). Dies gilt in besonderem Maße für Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung, da sie weder in der Lage sind, Risiken und Nutzen der Studie abzuwägen noch einer Studienteilnahme selbständig zustimmen können. Daher muss in diesem Fall auf Stellvertreterurteile zurückgegriffen werden. Es wird davon ausgegangen, dass nahe stehende Bezugspersonen im Sinne der Person entscheiden können, in diesem Fall waren es die Angehörigen oder die gesetzlichen Betreuer.

Um eine Entscheidungsgrundlage zur freiwilligen Studienteilnahme zu bieten, wurden alle potenziellen Studienteilnehmerinnen (Angehörige, Mitarbeiterinnen) in einer Informationsveranstaltung persönlich von den Forscherinnen über Ziel, Vorgehen, Risiken, Nutzen und Datenschutz der Studie aufgeklärt. Sie erhielten darüber hinaus schriftliche Informationsmaterialien und hatten die Möglichkeit, sich frei für oder gegen die Studie zu entscheiden. Diese Kriterien entsprechen dem Prinzip „Achtung vor der Person“. Des Weiteren hatten die Studienteilnehmerinnen die Möglichkeit, bei Fragen, Ängsten oder Anregungen telefonisch Kontakt zur Demenz Support Stuttgart aufzunehmen. Damit wurde das Prinzip „Wohlwollen“ berücksichtigt. Den Teilnehmerinnen der Studie wurde die Anonymität und ein vertraulicher Umgang mit ihren Daten versichert. Die Fragebögen und Tonbänder sind nicht mit Namen, sondern mit Nummern versehen. Ebenso wird das transkribierte Datenmaterial nicht an unbefugte Dritte weiter gegeben. Die Studienteilnehmerinnen haben die Möglichkeit, Einsicht in das Datenmaterial zu nehmen, an dem sie mitgewirkt haben. Die Studienteilnehmerinnen wurden im ersten Schritt schriftlich befragt, ob sie einer Fotodokumentation zustimmen würden. Zum Abschluss der Studie haben alle Personen die Fotos erhalten und konnten bei jedem Bild entscheiden, ob sie einer Verwendung dessen zustimmen oder dies ablehnen möchten.

3.6 Gütekriterien

Das Studiendesign der vorliegenden Untersuchung kombiniert Aspekte der quantitativen und qualitativen Forschung. Dabei kommen Datenerhebungs- und Analyseverfahren beider Forschungsrichtungen zum Einsatz. Die quantitativen Erhebungsverfahren beziehen sich auf die Umweltfaktoren und auf den Einsatz eines Fragebogens zur Zufriedenheitsbefragung, der im Rahmen der Studie übersetzt wurde. Reliabilitäts- und Validitätsprüfungen des Fragebogens in der englischen Originalfassung ergaben zufrieden stellende Werte (Kiely et al. 2006). Für die deutsche Version konnten diese Schritte noch nicht vollzogen werden. Zur Analyse der

quantitativen Daten wurden beschreibende statistische Verfahren genutzt, die vorrangig zur Beschreibung von Häufigkeiten und der Nachvollziehbarkeit dienten.

Im Schwerpunkt wurden in der Studie qualitative Datenerhebungsmethoden verwendet. In Folge dessen wird das Kernkriterium der qualitativen Forschung, intersubjektive Nachvollziehbarkeit, vertieft betrachtet. Steinke (2000) hat zur Bestimmung der Güte von qualitativen Studien entsprechende Kriterien entwickelt. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses gilt demnach als Kernkriterium. Steinke (2000) bezeichnet die Dokumentation des Forschungsprozesses als Hauptkriterium zur Prüfung beziehungsweise Herstellung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit. Weitere wichtige Aspekte sind Diskussion der Dateninterpretation in einer Forschergruppe und die Anwendung kodifizierter Analyseverfahren. Zur Dokumentation des Forschungsprozesses gehört unter anderem das schriftliche Fixieren des Vorverständnisses der Forscherinnen über den Forschungsgegenstand. In diesem Fall spiegelt sich das theoretische Vorverständnis im Gesprächsleitfaden als Bestandteil des PZI wider. Mit Hilfe des Postskriptums sind erste Eindrücke, zentrale Themen und der Kontext des Interviews festgehalten worden. Zudem wurden die angewendeten Transkriptionsregeln dokumentiert. Leitende Kernkriterien zur Transkriptionsentscheidung sind:

- Einfachheit und Validität
- gute Lesbarkeit und Korrigierbarkeit
- geringer Trainingsaufwand für Transkribierende und Transkriptbenutzende (Kowal, O´Connell 2000).

Daraus ergab sich folgende Transkriptionsweise:

- wortwörtliche Transkription
- keine syntaktische Begradigung des Textes
- Auch unvollständige oder im Dialekt ausgedrückte Textpassagen sind unverändert wiedergegeben.
- Nonverbale Äußerungen wie Lachen, Weinen oder Pausen werden im Transkript als solche gekennzeichnet und in Klammern gesetzt.
- Unverständliche Textpassagen werden mehrmals gehört, bleibt Unverständnis vorhanden, wird dies so gekennzeichnet und im Transkript mit drei Punkten ... gekennzeichnet.

Eine systematische Datenverwaltung und Aufbereitung wurde durch die Verwendung der Software Atlas.ti unterstützt. Bei der Ergebnisdarstellung der Kategorien finden sich im Forschungsbericht jeweils zum Abschluss der Zitate Hinweise, aus welcher Datenquelle die Interviews stammen. Diese ist mit der Nummer des Primärdokuments/Interviewtranskriptes

(PD) gekennzeichnet. Ebenfalls sind die Schritte des Analyseverfahrens nach Mayring (2000) festgehalten, damit die Interpretation dahingehend bewertet und geprüft werden kann, ob die Verfahrensrichtlinien eingehalten wurden. Die Anwendung des kodifizierten Analyseverfahrens soll den Lesern der Forschung die Kontrolle beziehungsweise das Nachvollziehen der Untersuchung erleichtern.

4. Studienergebnisse

4.1 Tätigkeiten in der Pflegeoase

Erfassung der Kontaktzeit und -häufigkeit

Eines der Hauptargumente für die Einführung einer Pflegeoase war die Annahme, dass sich der Bewohner-Mitarbeiter-Kontakt in dieser Versorgungsform deutlich intensiver und bedarfsorientierter gestalten könnte als in herkömmlichen Versorgungsformen. Ein wichtiger Teil der Datenaufnahme im Rahmen der Evaluation der Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle umfasste daher die Erhebung der Kontaktzeiten. Der Begriff Kontaktzeit beschreibt den Zeitumfang, der sich im direkten Kontakt zwischen Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen ergibt. Mit Blick auf ein neues Versorgungskonzept, das sich wesentlich durch die bauliche Gestaltung auszeichnet, die das Leben von sechs Bewohnerinnen in Gemeinschaft ermöglicht, stellt sich folgende Frage: Welche Veränderungen ergeben sich durch diese Wohnform für die Kontaktzeiten und die Kontakthäufigkeiten zwischen Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen?

Die gesamten Zeiterfassungsdaten, die zwischen Januar 2007 und Juli 2007 erhoben wurden, umfassen **2.845:37** Stunden. Die Daten sind auf Plausibilität und Gültigkeit geprüft. Unklare oder fehlerhafte Daten wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Datenbasis	MA Oase	MA DeSS	MA WB A	Absprachen Oase – WB A	Unterstützung WB A –Oase
Gesamtdaten	974:18 h	78:40 h	1.223:34 h	299:50 h	269:15 h
Bereinigte Daten	667:37 h	73:34 h	498:45 h	231:30 h	143:27 h
Zeitraum	16.2.-27.3.07 29.3.-31.3.07	1.2.- 31.7.07	9.-11.4.07 14.4.07 16.-21.4.07	5.-17.6.2007	7.-8.6.07 10.-12.6.2007 15.-21.6.2007

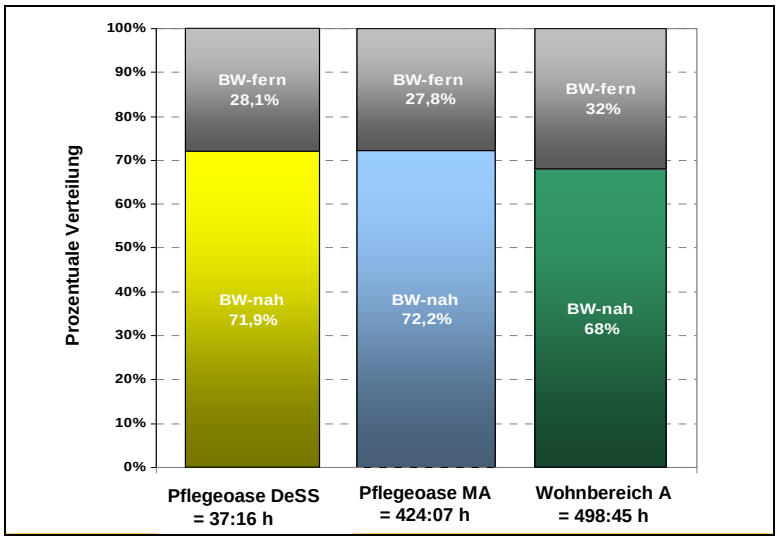
10. Tabelle: Übersicht zu den erfassten Zeitdaten

In der Tabelle sind die Datenbasis für die Auswertung und der Erfassungszeitraum zusammenfassend dargestellt. Aus den Gesamtdaten konnten insgesamt 1164:53 Stunden für die Datenanalyse verwendet werden. Die Erhebung der Daten erfolgte von den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, von Mitarbeiterinnen des Wohnbereichs A und von Mitarbeiterinnen der Demenz Support Stuttgart. Um die Unterstützungsleistung der

Mitarbeiterinnen von Wohnbereich A und den Aufwand für Absprachen erfassen zu können, wurde ein zweiter Erfassungslauf im Juni 2007 durchgeführt.

Verteilung der Arbeitszeit

Die Auswertung zeigt, dass die Verteilung der Arbeitszeit in der Pflegeoase mit 71,9% in direkte Bewohnerkontakte fließt und ca. 28,1% für andere oder bewohnerferne Tätigkeiten verwendet werden. Die Auswertung der Daten, die einerseits durch Mitarbeiterinnen der Demenz Support Stuttgart und andererseits durch Mitarbeiterinnen der Pflegeoase erhoben wurden, belegt, dass eine hohe Übereinstimmung zwischen beiden Kodierungsgruppen vorliegt und die Ergebnisse sich gegenseitig stützen. Aus dem Datensatz der Demenz Support Stuttgart wurde der Zeitraum isoliert, der eine Vollbelegung mit sechs Bewohnerinnen umfasst. In der Auswertung werden aus dem bereinigten Datensatz 37:16 h berücksichtigt.



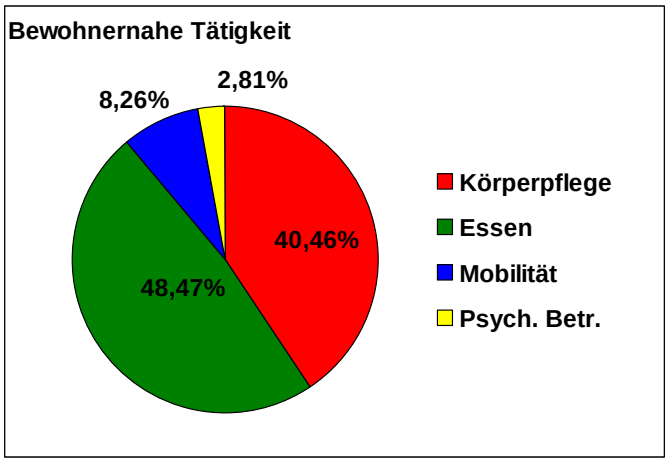
5. Grafik: Vergleich der Kontaktzeiten – MA Pflegeoase und MA DeSS

Die Datenerfassung der Mitarbeiterinnen im Wohnbereich A weicht kaum von den Ergebnissen der Pflegeoase ab. Zum Vergleich sollten bei zwei Bewohnerinnen im Wohnbereich A alle pflegerischen Tätigkeiten und Kontakte erfasst werden. Beide Bewohnerinnen leben in einem Einzelzimmer und entsprechen der „Zielgruppe“ der Pflegeoase. Mit 68% direkten Bewohnerkontakten kann von einer guten Übereinstimmung gesprochen werden. Das Ergebnis ist mehr als plausibel, zumal sich die Personalausstattung der beiden Teams in Wohnbereich A und in der Pflegeoase am Pflegebedarf der Bewohnerinnen orientiert. Es gibt weder wesentliche Abweichungen in der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen insgesamt noch in der Personalausstattung der beiden Bereiche. Lediglich die Wegstrecken unterscheiden sich in den beiden Versorgungsformen. Während die Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase im Durchschnitt 455

Meter täglich laufen, sind die Wege für die Mitarbeiterinnen im Wohnbereich A fast doppelt so lang (934 Meter).

Pflegerische Tätigkeiten

Insgesamt fließen ca. 72% der Arbeitszeit in Bewohnerkontakte, die an unterschiedliche Tätigkeiten gebunden sind. Im Vordergrund steht die Kategorie Essen anreichen (48,47%). Alle Bewohnerinnen nehmen Nahrung und Getränke oral zu sich. Durch die körperlichen Einschränkungen (Schluckbeschwerden und Aspirationsgefahr) nimmt das Essen viel Zeit in Anspruch. Der Bereich Körperpflege beansprucht 40,46% und beinhaltet Tätigkeiten wie Lagerungswechsel im Bett, Inkontinenzversorgung, Behandlungspflege und Medikamentengabe. Der Wert für Mobilität oder Mobilisierung (8,26%) ergibt sich aus den Situationen, in denen Transfers durchgeführt oder Gehübungen gemacht werden. Der Bereich der psychischen Betreuung scheint zunächst mit 2,81% etwas gering auszufallen, allerdings ist zu bedenken, dass bei jeder pflegerischen Interaktion auch psychische Betreuung in Form von Gesprächen oder Körperberührungen stattfindet. Dieser Wert spiegelt also ausschließlich die Situationen wider, in denen psychische Betreuung (ohne pflegerische Tätigkeiten wie Getränk reichen, Körperposition verändern, Kissen aufschütteln etc.) stattfindet.

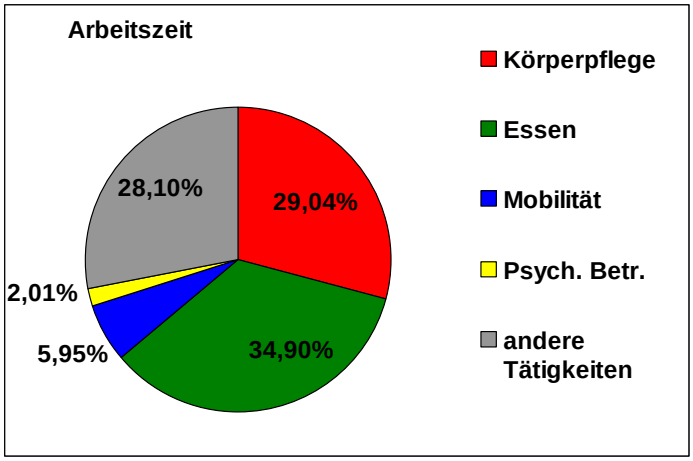


6. Grafik: „Bewohnernahe Tätigkeiten“ verteilt auf konkrete Pflegehandlungen

Gesamtverteilung der Tätigkeiten

Die Arbeitszeit einer Mitarbeiterin in der Pflegeoase verteilt sich zu 34,9% auf Essen anreichen und zu 29,04% auf Körperpflege. Auf andere Tätigkeiten wie Bewohnerdokumentation führen, Vorbereitungstätigkeiten für pflegerische Handlungen, Wäsche einsortieren, Gespräche mit Angehörigen, Telefonate oder Pausen, entfällt ein Anteil von 28,10%. Die Mobilisierung der Bewohnerinnen oder die Unterstützung bei Trans-

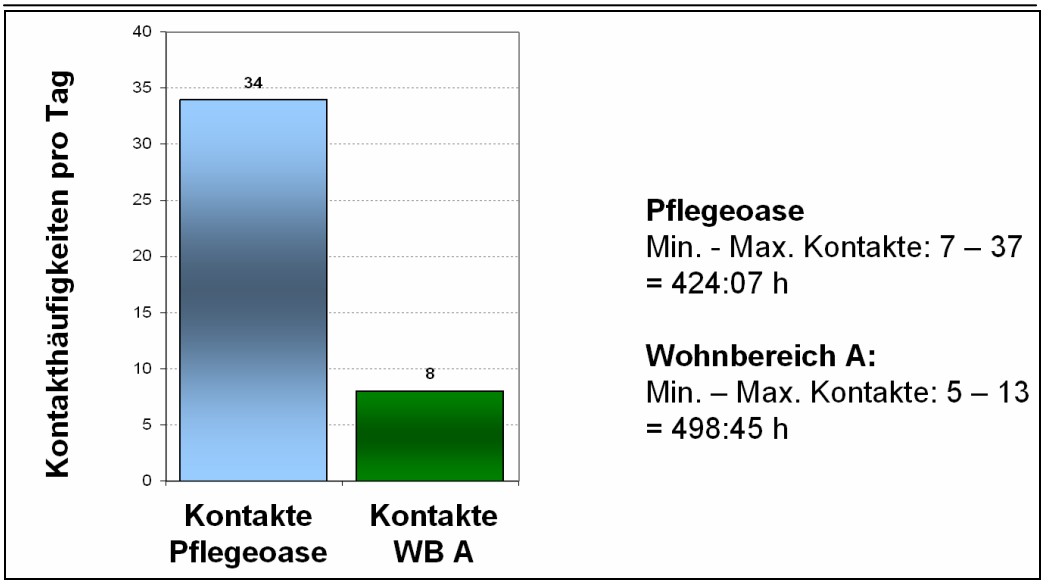
fers ist mit 5,95% vertreten, und die psychische Betreuung beansprucht 2,01% der Arbeitszeit.



7. Grafik: Verteilung pflegerischer Tätigkeiten in der Arbeitszeit

Kontakthäufigkeit im Vergleich von zwei Versorgungsformen

Eine deutliche Diskrepanz zeigt sich bei der Auswertung der Kontakthäufigkeit. Während in der Pflegeoase jede Bewohnerin im Mittelwert **34 Kontaktintervalle** hat, werden den Bewohnerinnen im Wohnbereich A im Mittelwert **8 Kontaktintervalle** täglich zuteil. Hier zeigt sich deutlich, dass die Versorgungsformen unterschiedliche Arbeitsabläufe haben. Während sich die Arbeitsplanung und -durchführung in der Pflegeoase so weit wie irgend möglich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen orientiert, steht im Wohnbereich A die Ablauforientierung im Vordergrund.



8. Grafik: Kontakthäufigkeit im Vergleich Pflegeoase und Wohnbereich A

Ein Tagesauszug aus der Datenerfassung belegt, wie sich die beiden Versorgungsformen unterscheiden.

Pflegeoase

28.03.07 Zeit	Min.	Tätigkeit
6:58-7:06	8	Essen
8:11-8:35	24	Körperpflege + Mobilisation
8:39-8:41	2	Essen
8:45-8:48	3	Essen
8:55-8:57	2	Essen
8:59-9:01	2	Essen
9:15-9:16	1	Essen
9:47-9:49	2	Essen
10:03-10:04	1	Körperpflege
10:36-10:39	3	Essen
10:42-10:43	1	Essen
11:15-11:17	2	Essen
11:19-11:21	2	Mobilisation
11:37-11:52	15	Essen

Wohnbereich A

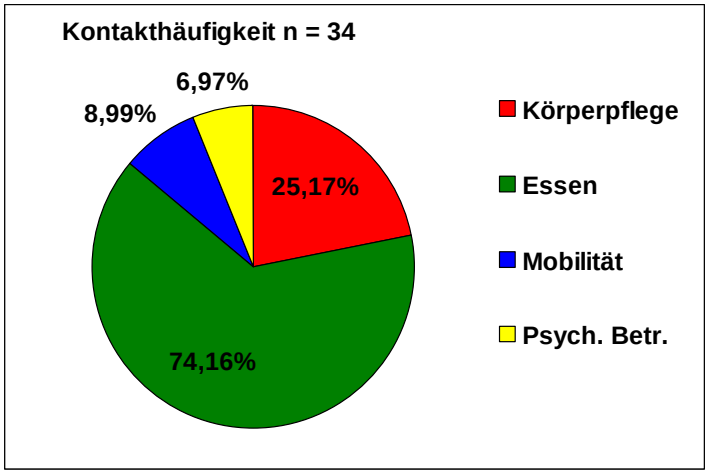
21.04.07 Zeit	Min.	Tätigkeit
7:22-7:41	19	Körperpflege
8:49-9:01	12	Frühstück
10:36-10:42	6	Lagerung
12:11-12:47	36	Mittagessen

9. Grafik: Bedürfnisorientierung und Ablauforientierung

In einer Pflegeoase können andere Spielräume genutzt werden als in einem traditionell strukturierten Wohnbereich, in dem kurze Kontaktintervalle nur schwer zu realisieren sind. In beiden Versorgungsformen zeigt sich in der Summe ein ähnlich zeitlicher Pflegeaufwand, aber ein deutlicher Unterschied in der Kontakthäufigkeit. Wenn jedoch die Kontakthäufigkeiten in der Pflegeoase deutlich höher sind als im Wohnbereich A, stellt sich die Frage, welche pflegerischen Handlungen die meisten Kontakte binden.

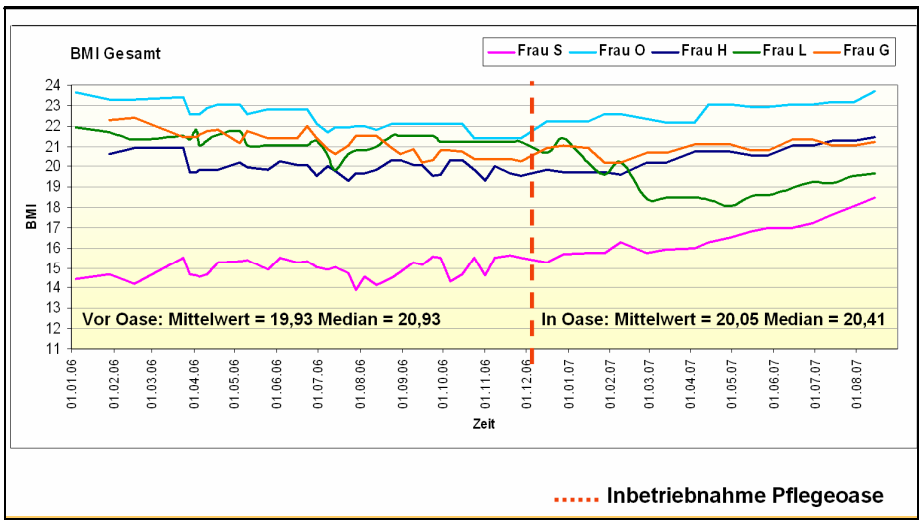
Kontakte durch pflegerische Handlungen

Die Auswertung der Kontakthäufigkeit in Verbindung mit pflegerischen Handlungen zeigt, dass die meisten Kontakte im Zusammenhang mit dem Anreichen von Speisen und Getränken entstehen. Aus allen Kontakten, die während des Tagdienstes zwischen Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen erfasst werden konnten, stehen 74,1% in Verbindung mit der Ernährung. Die Mahlzeiten werden den Bewohnerinnen in kleinen Portionen angeboten, Pausen werden gezielt eingeplant, damit keine Überforderung für die Bewohnerinnen entsteht.



10. Grafik: Verteilung der Kontakte auf die Tätigkeiten

Da der pflegerische Zeitaufwand in beiden Versorgungsformen (Pflegeoase und Wohnbereich A) ähnlich ist, kann die Auswirkung dieser Form der Ernähung am Body-Mass-Index überprüft werden.



11. Grafik: Vorher-Nachher-Verlauf: Body-Mass-Index von fünf Bewohnerinnen der Pflegeoase

Es kann konstatiert werden, dass sich der Body-Mass-Index im Zeitraum von Januar 2006 bis Dezember 2006, d.h. in den vorhergehenden Wohnsituationen vor Einzug in die Pflegeoase, bei vier von fünf Bewohnerinnen tendenziell verschlechtert hat. Des Weiteren kann festgehalten werden, dass sich der Body-Mass-Index im Evaluationszeitraum bei drei Bewohnerinnen deutlich verbessert hat, bei einer Bewohnerin eine Stabilität erreicht werden konnte und bei einer weiteren Bewohnerin ein deutlicher Abfall im Körpergewicht zu beklagen ist. Dieser Gewichtsverlust steht mit einer Koprostase, die zu einer Krankenhauseinweisung geführt hat in Verbindung. Nichtsdestotrotz kann für diese Bewohnerin ein erneuter Gewichtsaufbau im Evaluationszeitraum erreicht werden. Die Überprüfung anhand des Gewichtverlaufs der Bewohnerinnen legt

nahe, dass die häufigen Kontakte in Verbindung mit dem Anreichen von Speisen und Getränken eine positive Auswirkung auf die Bewohnerinnen haben.

Schnittstellenmanagement

Um den Abstimmungs- und Unterstützungsprozess zwischen der Pflegeoase und dem Wohnbereich A nachvollziehen zu können, wurde der jeweilige Zeitaufwand für das Schnittstellenmanagement erfasst. Die organisatorischen Regelungen der Pflegeoase sahen nämlich vor, dass bei bestimmten pflegerischen Leistungen Unterstützung durch den Nachbarwohnbereich erfolgt.

Auswertung: Zeitaufwand für Mitarbeiterinnen Pflegeoase	Gesamtzeit
Erfassungstage	18 Tage
Erfassungszeit in Min.	13.890 Min.
Zeit für Absprachen in Min.	116 Min.
durchschnittlicher Zeitaufwand für die Organisation einer Unterstützung für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase	**ca. 6 Minuten/Tag**

11. Tabelle: Zeitaufwand MA der Pflegeoase für Organisation von Hilfe aus WB A

Für die Absprachen mit den Kolleginnen auf Wohnbereich A benötigten die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase im Durchschnitt sechs Minuten täglich.

Auswertung: Zeitaufwand für Mitarbeiterinnen aus WB A	Gesamtzeit
Erfassungstage	12 Tage
Datenerfassungszeit gesamt in Min.	8.607 Min.
Unterstützung durch Mitarbeiter aus Wohnbereich A in Min.	199 Min.
durchschnittlicher Zeitaufwand für Unterstützung, die Mitarbeiter aus Wohnbereich A täglich in die Pflegeoase einbringen	**ca. 17 Minuten/Tag**

12. Tabelle: Zeitaufwand für MA aus WB A für Unterstützung in der Pflegeoase

Der durchschnittliche Zeitaufwand der Mitarbeiterinnen von Wohnbereich A für die Unterstützung in der Pflegeoase betrug im Durchschnitt 17 Minuten täglich.

Die Datenerhebung erfolgte nach einer Laufzeit der Pflegeoase von sechs Monaten im Juni 2007. Im März 2007 wurden auf Wunsch des Pflegeoaseteams die Dienstzeiten angepasst, um eine längere Überlappungszeit von Früh- und Spätdienst zu ermöglichen. In diesem Überlappungszeitraum konnten sich die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase bei Bewohnertransfers gegenseitig unterstützen. Für eine Mobilisierung der Bewohnerinnen, die noch Kompetenzen in der Gehfähigkeit besaßen, war immer eine

Unterstützung durch eine oder auch zwei Mitarbeiterinnen notwendig. Wenn in der Pflegeoase alleine gearbeitet und keine Unterstützung angefragt oder geleistet wurde, konnten die Ressourcen der Bewohnerinnen nicht ausgeschöpft werden.

Zusammenfassung

Die Arbeitszeit der Pflegemitarbeiterinnen konzentrierte sich sowohl in der Pflegeoase als auch auf Wohnbereich A mit ca. 70% auf Interaktionen beziehungsweise Kontakte mit Bewohnerinnen. Aus den Daten lässt sich ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen Pflegeoase und Wohnbereich A ableiten: die Kontakthäufigkeit. In der Pflegeoase erhielten die Bewohnerinnen mindestens viermal so viele Kontakte, wie vergleichbare Bewohnerinnen im Wohnbereich A, und das, obwohl die bewohnernahe Pflegezeit in beiden Bereichen annähernd gleich war. In der Pflegeoase hatten die Mitarbeiterinnen Spielräume und die Flexibilität, um die Arbeitsabläufe an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen auszurichten. Im Wohnbereich A waren die Arbeitsabläufe geplant und die Spielräume begrenzt, weil ein größeres Team sich koordinieren und den Arbeitstag strukturieren musste.

Wie sich die Anzahl der Kontakte auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung auswirkt, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Es gibt Indizien dafür, dass die Kontakthäufigkeit das Aufmerksamkeitsniveau der Bewohnerinnen beeinflusst hat. Die häufigen Gelegenheiten, in denen Mitarbeiterinnen mit Bewohnerinnen in Kontakt traten, ermöglichte eine differenzierte Wahrnehmung der unterschiedlichen Verhaltensnuancen, und für die Mitarbeiterinnen wurde die Komplexität der Bedürfnisse einzelner Personen erfahrbar.

Es kann angenommen werden, dass die Kontakthäufigkeit in Zusammenhang mit der Ernährung den Gewichtsverlauf der Bewohnerinnen verbessert hat. Dies zeigt der Verlauf des Body-Mass-Index während des Evaluationszeitraums, wird aber auch im Rückblick auf die Situation in der vorhergehenden Wohnform deutlich. Die Daten belegen, dass der Bereich Ernährung sowohl den Hauptanteil pflegerischer Tätigkeiten einnahm als auch die meisten Kontakte zwischen Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen bewirkte. Bezug nehmend auf die ursprüngliche Problemstellung, die für diese Gruppe der schwerstpflegebedürftigen Bewohnerinnen im Bereich Ernährung beschrieben wurde, kann konstatiert werden, dass die Präsenz der Mitarbeiterinnen Erfolge bewirkte, weil das Anreichen von Speisen und Getränken in Kleinstportionen und in häufigen Intervallen realisierbar war.

An der Schnittstelle zwischen Pflegeoase und Wohnbereich A zeigte sich, dass die Abstimmungsprozesse noch nicht zufrieden stellend waren. Die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase entwickelten eine Strategie, sowohl Bewohnertransfers als auch Mobilisierungsangebote im Überlappungszeitraum der beiden Dienstzeiten umzusetzen. Wenn die Mitarbeiterinnen allein arbeiteten, dann nutzten sie die Unterstützungsmöglichkeiten der Kolleginnen von Wohnbereich A überwiegend für die Bewohnertransfers, die alleine absolut nicht bewältigt werden können.

4.2 Umweltfaktoren

Menschen mit einer sehr weit fortgeschrittenen Demenz, die nicht mehr selbständig mobil sind, werden vornehmlich durch die sinnlich erfahrbaren Qualitäten ihrer direkten Umgebung beeinflusst. Insgesamt geht es bei der räumlichen Gestaltung darum, eine behagliche, entspannende Atmosphäre zu schaffen, die allen Anwesenden Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Eine Umgebung, die die Arbeit der Pflegenden erleichtert und in der sich auch die begleitenden Angehörigen wohl fühlen, hat indirekt auch eine positive Auswirkung auf die Bewohner (Bäuerle 2007).

Atmosphäre entsteht durch das komplexe Zusammenwirken vieler Elemente: neben der Qualität von sozialen Interaktionen spielen vor allem physische Umweltkomponenten wie Raumgröße und -zuschnitt, Lichtverhältnisse, Farbigkeit, Oberflächen und Materialien, Geräusche, Geruch und raumklimatische Bedingungen eine Rolle. Auf viele der Umgebungsfaktoren, die in ihrer Summe eine Atmosphäre ausmachen, kann gestaltend Einfluss genommen werden.

Licht

Um angenehme Lichtverhältnisse zu schaffen, ist besonders auf Blendungsfreiheit zu achten. Direkte Lichtquellen im Blickfeld der Bewohnerin – etwa Deckenleuchten, die ihr Licht direkt nach unten abgeben – sollten vermieden werden. Vorteilhaft ist eine Mischung von direkten und indirekten Lichtquellen mit einem hohen Anteil an indirektem Licht, das über Wand oder Decke reflektiert wird. Auch der Lichteinfall von Tageslicht sollte durch Gardinen oder Rollos gefiltert werden, wenn sich das Fenster direkt im Blickfeld der liegenden Person befindet. Schon allein eine gute Beleuchtung kann die Sehfähigkeit und damit die geistige Aufnahmebereitschaft für optische Reize und die allgemeine Wachheit steigern. Ob die in Wohnbereichen für Menschen mit Demenz empfohlene erhöhte Helligkeit von ca. 500 Lux in Augenhöhe (Wojnar 1997) auch auf Menschen in der letzten Lebensphase positive Auswirkungen hat, ist allerdings nicht nachgewiesen.
Die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle ist mit einem modulierbaren Beleuchtungssystem ausgestattet. Die künstlichen Lichtquellen sind an den oberen Raumkanten angebracht und strahlen somit einen Teil des Lichts über die Decke, einen Teil aber auch nach unten ab. Um zu vermeiden, dass sich die Bewohnerinnen durch direkte Lichtblendung unwohl fühlen, haben die Pflegenden einen Schutz für die Bewohnerinnen unter der Decke angebracht.

15. Bild: Dezember 2006

16. Bild: April 2007

17. Bild: Beleuchtungskörper mit farblichen Gestaltungsmöglichkeiten

In der Pflegeoase befindet sich ein Beleuchtungskörper, der zur visuellen Stimulation eingesetzt werden kann. Eine Palette an Farben (Gelb, Orange, Rot, Grün, Violett oder Blau) kann gezielt geschaltet werden oder in einer Abfolge das Farbspektrum darstellen. Während des Evaluationszeitraums wurde diese visuelle Stimulation eher sporadisch eingesetzt.

Die Beleuchtungsstärke bei künstlicher Vollbeleuchtung pendelt im Gemeinschaftsbereich zwischen 280 und 490 Lux. Werden die Beleuchtungskörper gedimmt, dann reduziert sich an trüben Tagen der Lichteinfall in der Pflegeoase teilweise auf 40 Lux, je nach Messort. An hellen Sommertagen profitiert die Pflegeoase durch die große Fensterfront: Werte bis zu 1950 Lux werden allein durch natürliches Licht erreicht.

Pflegeoase	15.12.2006 11:00	13.02.2007 11:50	23.05.2007 13:00
	Künstliche Beleuchtung	Gedimmt	Natürliche Belichtung
Küche	250	225	
Arbeitsplatz	360		
Balkon	3400	2700	40000
1. Bett	310	84	170
2. Bett	350	95	215
3. Bett	490	180	1800
4. Bett	400	135	1950
5. Bett/Futon	360	38 o.K	335
6. Bett	280	114 o.K	1320
Waschbecken/Bad	210		
Esstisch	200	105	400
Rundleuchte		360	
Wetter	trüb	trüb, regnerisch	bedeckt, Sonne am Nachmittag

13. Tabelle: Beleuchtungsstärke in der Pflegeoase

Raumakustik

Akustische Überstimulation ergibt sich in Pflegeeinrichtungen durch eine Vielzahl von sich überlagernden Geräuschen: Geschirrgeklapper, Signaltöne, das Quietschen und Rattern von Transportwägen, Zurufe der Mitarbeiter und repetetive Lautäußerungen demenzerkrankter Bewohnerinnen. Wenn der Schall von überwiegend harten Oberflächen (wenig Textilien, harte Bodenbeläge) reflektiert wird und Räume ohne akustische Trennung offen ineinander übergehen (große und offene Gemeinschaftsbereiche) kann sich das Problem verstärken. In der Pflegeoase führen keine Verkehrswege für Ver- oder Entsorgungsdienste durch den Gemeinschaftsbereich. Die Küche ist direkt vom Wohnbereich A zugänglich, somit entstehen keine Störungen und auch wenig Geräusche. Die Gespräche zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen oder die Lautäußerungen der Bewohnerinnen bestimmten das Klangbild der Pflegeoase. Musiktherapeutische Interventionen wurden zu bestimmten Tageszeiten angeboten; die Lautstärke konnte über eine Musikanlage moduliert werden. Zu bestimmten Gelegenheiten, wenn im Gemeinschaftsbereich des Wohnbereichs A ein Klavierspieler das Nachmittagsprogramm gestaltete, wurde die Eingangstür geöffnet, damit die Bewohnerinnen der Pflegeoase daran teilhaben konnten.

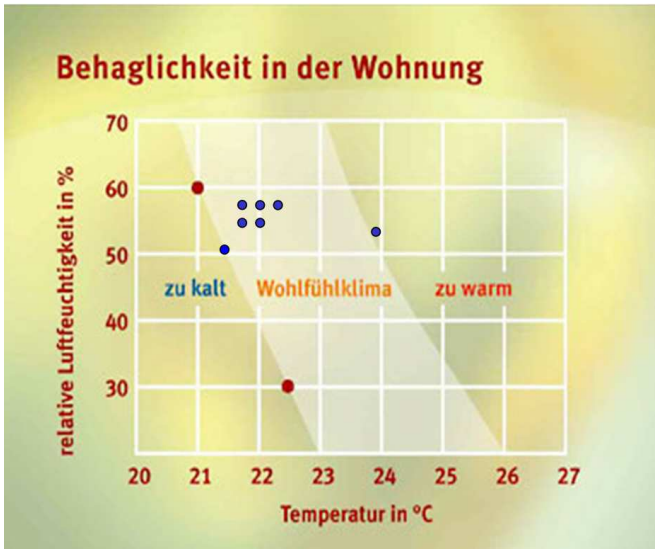
Thermische Behaglichkeit

Unter Behaglichkeit versteht man einen Zustand des Wohlbefindens, der durch Einflüsse der Umgebung bedingt ist. Für das Empfinden von Behaglichkeit spielen die Lufttemperatur, Luftbewegungen, die Oberflächentemperatur der umgebenden Flächen

und die relative Luftfeuchtigkeit eine wichtige Rolle. Generell bevorzugen alte Menschen eher höhere Raumtemperaturen und reagieren empfindlich auf Zugluft. Ein vermehrtes Auftreten von Bindehautreizungen und erhöhte Infektanfälligkeit kann mit zu geringer Luftfeuchte (besonders während der Heizperiode) zusammenhängen. Raumtemperatur und Luftfeuchtigkeit sollten daher kontrolliert werden. Eine relative Luftfeuchte von 40% sollte nicht unterschritten und 60% nicht überschritten werden (Bäuerle 2007).

Zu geringe Luftfeuchtigkeit entsteht vor allem in der Heizperiode (Oktober bis Mai), wenn der sowieso schon etwas trockeneren Luft durch das Aufheizen zusätzlich Feuchtigkeit entzogen wird. Augenbrennen, trockene Schleimhäute, Hautreizungen und höhere Anfälligkeit für Erkältungskrankheiten sind die Folgen.

Die Temperaturmessungen in der Pflegeoase bewegten sich in den Monaten April und Mai 2007 zwischen 21 und 25 °C und zwischen 50 und 58% Luftfeuchtigkeit. Die Messwerte befinden sich in den Bereichen, die als Wohlfühlklima bezeichnet werden.



12. Grafik: Wohnklima mit eingearbeiteten Messwerten der Pflegeoase (blaue Punkte)
Quelle: http://www.hobbythek.de/dyn/7108.phtml vom 18.04.2007

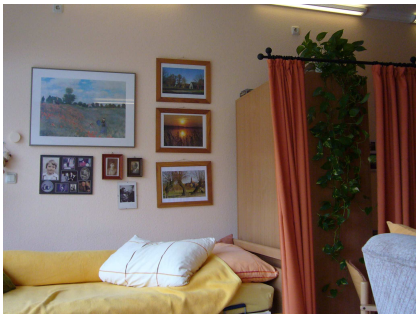
Olfaktorische Stimulation

Angenehme Düfte tragen entscheidend zu einer guten Atmosphäre bei. Damit die Raumluft in der Pflegeoase sich nicht rasch verbraucht und abgestanden ist, wurde ein kontrolliertes Be- und Entlüftungsgerät eingebaut. Dezente ätherische Öle, wie sie auch in der Aromatherapie angewandt werden, werden täglich zur Stimulation der Bewohnerinnen und zur Verbesserung der Raumluft eingesetzt.

Nahbereich gestalten

Über Bilder oder vertraute Gegenstände kann Zugehörigkeit und Vertrautheit sowie ein Hinweis zur Orientierung gegeben werden. Es ist von großer praktischer Bedeutung für die Aktivierung aller Sinne, dass alle Reize intensiv genug sind, um entsprechend wahrgenommen werden zu können – ohne jedoch zu einer Überreizung zu führen (Stuhlmann 2004). Für die Gestaltung des nahen Umfelds des Bewohners ist es hilfreich, sich einmal in seine Lage zu versetzen und auszuprobieren, was aus seiner Position heraus wahrnehmbar ist. Bilder und Wandschmuck in Reichweite regen an, sich mit ihnen zu beschäftigen. Die Gestaltung des Nahbereichs sollte auch vor der Raumdecke nicht Halt machen, zu der sich der Blick in liegender Haltung richtet. Im Seniorenzentrum Holle wurden unter der Decke beispielsweise dimmbare Steckdosen für Lichterketten vorgesehen; aber auch Farbe, Tücher, Mobiles etc. werden an der Decke angebracht, um überwiegend bettlägerigen Menschen Anregungen zu geben.

18. Bild: Mobiliar von Frau Otto[3]



19. Bild: Wandgestaltung Frau Lutz

20. Bild: Wandgestaltung Frau Kramer

21. Bild: Deckengestaltung Frau Kramer

[3] Alle in diesem Bericht verwendeten Namen entsprechen nicht den Originalnamen der reellen Personen. Die Originalnamen wurden anonymisiert und durch zufällig ausgewählte andere Namen ersetzt.

4.3 Beschreibung zur Situation der Bewohnerinnen

Während des Evaluationszeitraums wurden insgesamt sieben Bewohnerinnen in der Pflegeoase betreut. Fünf Bewohnerinnen leben seit November 2006 in der Pflegeoase und zwei Bewohnerinnen sind verstorben. Alle Bewohnerinnen waren als Härtefall im Sinne des § 43 Abs. 3 SGB XI eingestuft und die erhobene Pflegezeit lag zwischen 395 und 567 Pflegeminuten. Eine vollständige Übernahme in allen Bereichen der Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) war durch Pflegende zu leisten. Um die Situation der Bewohnerinnen genau zu beschreiben wurde eine Vorher-Nachher-Erhebung durchgeführt. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird der in der Pflegeoase betreute Personenkreis in einer Übersichtstabelle dargestellt. Die jeweils individuelle Ausgangssituation wird durch Bewohnerdaten beschrieben. In der Einzelfallbeschreibung werden der Ausgangssituation die Veränderungsaspekte gegenüber gestellt. Mögliche Einflussfaktoren werden beleuchtet und im Zusammenhang mit Verhaltensveränderungen interpretiert. Zusammenfassend werden die Veränderungen herausgegriffen, die von Mitarbeiterinnen, Angehörigen und den Beobachterinnen gleichermaßen wahrgenommen wurden.

Bewohnerinnen der Pflegeoase – Übersicht zum Zeitpunkt des Einzugs

	Frau Ganter*	Frau Schmid	Frau Lutz	Frau Koller	Frau Kramer	Frau Heine	Frau Otto
Alter	87 Jahre	95 Jahre	80 Jahre	86 Jahre	77 Jahre	78 Jahre	84 Jahre
Einzug Oase	27.11.2006	27.11.2006	27.11.2006	27.11.2006	6.2.2007	27.11.2006	27.11.2006
Diagnosen	Fortgeschrittene Demenz Diabetes mellitus Typ II Enteritis Arterielle Hypertonie	Alzheimer Demenz, Schwerhörigkeit, Visusminderung, Morbus Parkinson, Zustand nach Oberschenkelhalsfraktur 2004, Abszessbildung postoperativ 2004	Demenz vom Alzheimer Typ Skoliose, Osteoporose, Zustand nach Adeno CA 1998, Hypotonie, Linksherzhypotrophie	Demenz Alzheimer Typ, Herzinsuffizienz, Hyperotonie, Osteoporose, Herzschrittmacher seit 1977	Schwere senile Demenz (Mischtyp) mit ausgeprägter Bewegungsunruhe, Asthma bronchiale, Penicillinallergie, gastoösphageale Refluxkrankheit, Struma multinodosa, Osteoporose, ausgeprägte BWS Kyphoskoliose, Zustand nach Schenkelhalsfraktur 1/06 re. und 4/06 li.	gemischte vaskuläre Demenz, Hypertonie, V.a. periphere AVK, Penicillinallergie, Allergie Orangen + Erdbeeren	Vaskuläre Demenz, Ischämie, Enzephalopathie, globale Hirnvolumenminderung, Herzrhythmusstörungen, Zustand nach Mamma Ca. li.
Mobilität	Kann nicht gehen, wird in Liegesessel oder Rollstuhl getragen	Kann nicht gehen, wird in Liegesessel oder Rollstuhl getragen	Kann einige Schritte gehen, drückt Knie nicht durch und hat schnell Impuls sich hinzusetzen	Kann nicht gehen, wird in Liegesessel oder Rollstuhl getragen	Kann nicht gehen, wird in Liegesessel oder Rollstuhl getragen	Kann einige Schritte gehen, überkreuzt dabei die Beine und behindert sich selbst	Kann einige Schritte gehen und braucht dabei von 2 MA Unterstützung

	Frau Ganter*	Frau Schmid	Frau Lutz	Frau Koller	Frau Kramer	Frau Heine	Frau Otto
Barthel-Index	0 Punkte	0 Punkte	0 Punkte	0 Punkte	0 Punkte	0 Punkte	0 Punkte
BMI	20,7	15,6	21,2	20	16,3	19,6	21,3
Psychopharmaka	nein	ja	ja	nein	ja	nein	nein
Schmerztherapie	nein	ja	bei Bedarf	bei Bedarf	bei Bedarf	ja	bei Bedarf
Patientenverfügung	ja	ja	ja	ja	ja, und Beschreibung lebensverlängernder Maßnahmen mit Verlegungsveto ins Krankenhaus	ja	ja
Sterbedatum				26.1.2007	12.5.2007		
Sterbeort				KH Hildesheim	Pflegeoase		

14. Tabelle: Bewohnerinnen der Pflegeoase – Übersicht zum Zeitpunkt des Einzugs

Erläuterung der Kategorien:

Diagnosen: die auf dem Stammblatt der Bewohnerunterlagen verzeichneten Diagnosen

Mobilität: Beschreibung der Bewegungsfähigkeit durch Mitarbeiterinnen, die die Bewohnerinnen vor der Verlegung in die Pflegeoase betreut hatten

Barthel-Index: Einschätzung der Alltagskompetenz in 10 Aktivitäten des täglichen Lebens (Stuhlgang, Urin, Waschen, Toilette, Essen, Transfer, Bewegung, Ankleiden, Treppe, Baden), mit einer max. Punktzahl von 100, die durch Unabhängigkeit von Dritten erreicht werden kann. Eine Punktzahl von 0 bedeutet eine völlige Übernahme durch Unterstützungspersonen in allen Bereichen.

BMI: Body-Mass-Index zum Zeitpunkt der Verlegung in die Pflegeoase

Psychopharmaka: Einflussfaktor für Wohlbefinden oder Unwohlsein

Schmerztherapie: Einflussfaktor für Wohlbefinden oder Unwohlsein

Patientenverfügung: Für alle Bewohnerinnen liegt eine Erklärung zur Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr vor.

* Die Namen aller Bewohnerinnen wurden zum Schutz ihrer Privatsphäre geändert.

Einzelfallbeschreibungen

Während des Evaluationszeitraums Dezember 2006 bis Oktober 2007 sind zwei Bewohnerinnen verstorben. Somit können der Beschreibung ihrer jeweiligen Ausgangssituation nur begrenzt Beobachtungen und Informationen aus den Bewohnerunterlagen und aus Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Angehörigen gegenüber gestellt werden. Für die Darstellung der Einzelfälle wird auf die Verlaufsbeschreibung von Frau Koller verzichtet, da die Bewohnerin bereits im Februar 2007 verstorben ist und außer den Informationen aus der Bewohnerdokumentation nur wenige Beobachtungen vorliegen.

Frau Kramer wurde im Februar 2007 in die Pflegeoase verlegt und ist im Mai 2007 verstorben. Um ein möglichst vollständiges Bild der Pflegeoase zu vermitteln, zumal die Erhebung der Kontaktzeiten und -häufigkeiten bei einer Belegung von sechs Bewohnerinnen stattgefunden hat, wird Frau Kramer mit einer Einzelfallbeschreibung vorgestellt. Die Ausgangssituation bezieht sich bei allen Bewohnerinnen auf den Zeitpunkt November/Dezember 2006. Die Veränderungsaspekte wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten während des Evaluationszeitraums Dezember 2006 bis Oktober 2007 dokumentiert. Im Hinblick auf den fortschreitenden Krankheitsverlauf und zur Einschätzung der Veränderungsaspekte wird die Bewohnersituation zum Ende des Evaluationszeitraums (Oktober 2007) abschließend beschrieben.

Verhaltensweisen oder Einschätzungen zum Wohlbefinden oder Unwohlsein sind immer in Bezug auf Krankheitsprozesse zu interpretieren, die nicht unmittelbar mit der demenziellen Erkrankung zusammenhängen. Die vorliegenden Diagnosen der Bewohnerinnen der Pflegeoase belegen, dass alle als multimorbide bezeichnet werden können. Internationale Forschungsergebnisse zeigen, dass eine adäquate Schmerztherapie bei Menschen mit Demenz häufig fehlt (Morrison & Siu 2000a) und herausfordernde Verhaltensweisen Reaktionen auf Schmerzerleben sein können. Aussagen zum Wohlbefinden sind deshalb auf Veränderungen in der Medikation zu prüfen, sowohl im Hinblick auf Schmerztherapie als auch auf die Gabe von Psychopharmaka. Eine medikamentöse Behandlung kann sich positiv oder negativ auf den Ernährungszustand und auf die Beweglichkeit auswirken. Deshalb wird der Verlauf des Body-Mass-Index als Indikator für Wohlbefinden gesehen und auch die Ausscheidungsregulierung geprüft, um beobachtbare Veränderungen bei den Bewohnerinnen angemessen interpretieren zu können. Kann der Einfluss der Medikation auf das Verhalten oder das Wohlbefinden einer Bewohnerin ausgeschlossen werden, dann ist davon auszugehen, dass Veränderungsaspekte von Umgebungsbedingungen beeinflusst sind.

Aufbau der Einzelfallbeschreibung:

- Kurzdarstellung der individuellen Lebenssituation vor Einzug ins Pflegeheim
- tabellarische Gegenüberstellung der Ausgangssituation und der Veränderungsaspekte in den Kategorien Bewegung, Ernährung, Ausscheidung, Schlaf, Kommunikation, Wohlbefinden und kritische Ereignisse im Krankheitsverlauf. Angehörige können ebenfalls Einfluss auf die Bewohnersituation nehmen; deshalb werden die Besuchshäufigkeit und das Handlungsspektrum dargestellt.
- Darstellung der Bewohnersituation im Oktober 2007
- Einflussvariablen – Medikation

Frau Ganter, 87 Jahre

Frau Ganter ist 87 Jahre alt, verwitwet und wurde bis September 2002 von den beiden Kindern und deren Ehepartner/innen im Privathaushalt unterstützt, bis ein Einzug ins Pflegeheim unumgänglich wurde. Der Einzug ins Seniorenzentrum Holle erfolgte auf einen Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz und herausfordernden Verhaltensweisen. Der fortschreitende Krankheitsprozess und die zunehmende Einschränkung in der Mobilität führte im März 2006 zu einer Verlegung auf den Wohnbereich A. Die Bewohnerin erhielt ein Einzelzimmer und wurde tagsüber in einen Rollstuhl mobilisiert und im Ess- und Aufenthaltsbereich betreut. Aufgrund ihrer Hautempfindlichkeit und der Dekubitusgefährdung verlängerte sich die Aufenthaltszeit im Bett zunehmend. Die Angehörigen besuchten Frau Ganter ein- bis zweimal pro Woche und verbrachten überwiegend die Zeit mit ihr im Zimmer. Diese Situation empfanden die Angehörigen als sehr belastend. Zum einen mit Blick auf Frau Ganter, die Zeit ihres Lebens immer gerne in Gesellschaft war und zum anderen für die Angehörigen selbst, die diese Situation aushalten mussten. Sie beschreiben die Situation folgendermaßen:

> *„Meine Mutter hat oft geschlafen. Es gab Tage, wo sie nichts gesagt hat. Und wenn es dann still wird ja, dann kommt diese Einsamkeit.“ (PD 40)*

Die Bereitschaft seitens der Angehörigen, einer Verlegung in die Pflegeoase zuzustimmen, steht in Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Teilnahme oder Teilhabe an der Gemeinschaft.

> *„Der stärkste Punkt: Dass Mutter nicht mehr isoliert ist, dass sie nicht alleine ist. Und da bin ich gar nicht drauf gekommen, dass ich denke, dass würde ihr zuviel werden. Obwohl sie so alt ist, aber sie war immer mit vielen Menschen zusammen“. (PD 44)*

Gegenüberstellung: Ausgangssituation und Veränderungsaspekte

Um die Bewohnersituation in der Pflegeoase darstellen zu können, wird die Ausgangssituation beschrieben und mit den Aspekten ergänzt, die im Laufe der Evaluation beobachtet oder beschrieben werden können. Verhaltens- oder Versorgungsaspekte, die unverändert blieben, werden mit „unverändert“ gekennzeichnet.

	Beschreibung vor Umzug in Pflegeoase	Veränderungen in der Pflegeoase
Bewegungsfähigkeit	BW kann ihre Körperhaltung nicht selbständig verändern, sie wird durch Pflegende regelmäßig in eine andere Körperhaltung gebracht.	unverändert
	BW kann den Kopf nicht aus eigener Kraft anheben.	unverändert
	fehlende Rumpfstabilität im Liegesessel	unverändert
	Die Arme sind vor der Brust verschränkt und die Hände zur Faust geballt.	BW kann diese „Schutzhaltung“ immer mal wieder lösen und Mitarbeiterinnen die Hand reichen.
	erhöhter Muskeltonus im Bereich der Arme	teilweise Entspannung des Muskeltonus beobachtbar
	An den Beinen sind Kontrakturen erkennbar.	unverändert
	BW kann auch mit Unterstützung von zwei Pflegenden weder stehen noch gehen.	unverändert
	Gefahr von Hautdefekten führte dazu, dass BW überwiegend im Bett ist.	BW wird je nach Tagesform von 2 MA in den Liegesessel max. 2 Stunden liegend oder ca. 30 Minuten sitzend mobilisiert.
	BW hat Anti-Dekubitusmatratze.	unverändert
	2-stündliche Lagerungsintervalle (auch nachts)	unverändert
Ernährung	Laut MDS hat BW einen Energiebedarf von 1230 kcal und einen Flüssigkeitsbedarf von 1820 ml täglich.	BW erhält in der Nacht Spätmahlzeit und Getränke angereicht
	BW kann keine festen Speisen zu sich nehmen bzw. kauen und erhält Nahrung in weicher flüssiger Form.	BW kann festere Nahrung zu sich nehmen und isst gerne Süßes z.B. Nutella, Bananen, Siebenkornbrei mit Kakao gemischt. Sie trinkt gerne Bananen-Birnen- oder Traubensaft
	Nahrung kann nur mit dem Schnabelbecher gereicht werden.	BW isst vom Löffel.
	BW presst Lippen zusammen bei Ernährungsangeboten	Rhythmus der BW beachten, dann kann Nahrung angeboten werden
	BW hat starke Schluckbeschwerden, sie behält die Nahrung sehr lange im Mund und schluckt diese nur in kleinen Portionen langsam hinunter.	Nahrung wird in Kleinstportionen angeboten. Drei Schluck und dann eine Pause. Aspirationsgefahr hat sich deutlich verringert.
	Anreichen von Speisen und Getränken ist sehr zeitintensiv.	unverändert
	BMI: 20,7	BMI: 21,7
Ausscheidung	Stuhlgangregulation mit Abführmitteln (chronische Obstipation)	unverändert
	Harninkontinenz, Versorgung mit Inkontinenzeinlagen	unverändert

	keine Abwehrreaktionen bei der Pflege	unverändert
Schlaf	ruhiger Nachtschlaf	unverändert
	BW hat tagsüber viel geschlafen.	Am Tag sind die Wachphasen länger – die Steigerung ist auch im Verlauf in der Pflege-oase zu beobachten.
Kommunikation	BW hält meistens die Augen geschlossen.	BW hat Augen geöffnet und folgt teilweise den Mitarbeiterinnen mit dem Blick.
	Wenn Augen geöffnet waren, dann starrer Blick auch bei Kontakten.	Wahrnehmung der BW hat sich verändert, bei Mitarbeiterinteraktionen hält sie Blickkontakt.
	Verbale Kommunikation ist stark beeinträchtigt – keine verbale Reaktion auf gezielte Ansprache, ab und an ein Wort ohne Zusammenhang. Bewohnerin hört schlecht.	Sie beantwortet vereinzelt Fragen, reagiert unvermittelt verbal auf Gespräche, die im Raum stattfinden oder nennt den Namen ihres verstorbenen Ehemannes.
	Mimik: Mund zusammenpressen, geschlossene Augen, selten ein Lächeln	Mimik: Augen sind geöffnet, hält Blickkontakt mit Mitarbeiterinnen, presst Mund weniger zusammen, lächelt häufiger
	nonverbale Kommunikation im Vordergrund	BW zeigt nonverbale Reaktion, wenn dicht an ihrem Ohr gesungen oder gesprochen wird. Artikuliert sich verbal in unterschiedlichster Weise. Teilweise deuten Mitarbeiter ihre Kommunikationsversuche als Hinweise z.B. auf Angst und reagieren unmittelbar.
	aufgrund der körperlichen Einschränkungen keine Gesten erkennbar	im Großen und Ganzen unverändert – Muskeltonus in den Armen etwas entspannter
	BW hat den Tag überwiegend im Einzelzimmer verbracht, Kontakte entstanden bei pflegerischen Handlungen.	BW lebt in Gemeinschaft und hat viele Kontakte mit Mitarbeiterinnen.
Wohlbe-finden	BW hat neutrale Mimik, ganz selten gelächelt, Einschätzung schwierig	lächelt, hält Augenkontakt
	wenn BW fest schläft und laut schnarcht	unverändert
Unwohl-sein	Nahrungsverweigerung	unverändert
	Stöhnen bei grundpflegerischen Versorgung	unverändert
	starkes Schwitzen als Ausdruck von Stress	unverändert
Besuche	1-2 pro Woche jeweils 1-2 Stunden	Unverändert

Tätigkeit b. Besuch	neben dem Bett sitzen und Hand halten	unverändert
	erzählen	unverändert
		gemeinsam auf dem Balkon sitzen
		Nahrung und Getränke anreichen

15. Tabelle: Frau Ganter – Ausgangssituation und Veränderungen

Bewohnersituation im Oktober 2007

Der pflegerische Hilfebedarf ist unverändert. Kleine Veränderungen im Verhalten von Frau Ganter lassen sich im Bereich der Beweglichkeit, der Ernährung und der Kommunikation beschreiben.

- Die Körperhaltung ist unverändert und eine eigenständige Veränderung ist nicht möglich. Die über der Brust verschränkten Arme kann Frau Ganter in Interaktionen mit den Mitarbeiterinnen manchmal lösen. Offensichtlich liegt hier eine Veränderung des Muskeltonus zu Grunde. Besonders auffällig sind die geöffneten Augen – sowohl in Liege- als auch in Sitzposition.
- Das Anreichen der Speisen ist nach wie vor sehr zeitintensiv, aber Frau Ganter isst wieder vom Löffel, was im Dezember 2006 nicht möglich war. Wenn sie die Lippen zusammenpresst, dann wird dies als nonverbale Information verstanden, dass sie im Moment nichts mehr zu sich nehmen möchte. Die Aspirationsgefahr ist gemildert, weil die Mitarbeiterinnen die Speisen mit einer großen Flexibilität anreichen und sehr auf die Reaktion der Bewohnerin achten. Eine Gewichtszunahme ist erfolgt. Die orale Flüssigkeitszufuhr hat sich stabilisiert, so dass ab Mai 2007 nur noch zweimal eine Flüssigkeitssubstitution über eine Infusion notwendig war.
- Es ist zu beobachten, dass Frau Ganter den Mitarbeiterinnen mit dem Blick folgt. In unterschiedlichen Situationen äußert sie sich verbal, indem sie eine adäquate Antwort auf eine an sie gerichtete Frage gibt, oder auf ein Gespräch reagiert, das im Raum stattfindet. Aber auch völlig losgelöst von offensichtlichen Umgebungsimpulsen artikuliert sie einzelne Worte.

Die Tochter beschreibt ein Ereignis, das für sie die Entscheidung für die Pflegeoase zum einen rechtfertigt und zum anderen bestätigt, dass ihre Mutter von der Gemeinschaft profitiert:

> *„Ja, also ich weiß nur eine Situation, wo es drum ging, wenn viele Menschen im Raum sind. Und das war bei meiner Mutter so, dass sie dann auf einmal… Auf jeden Fall war die Friseuse da und mein Mann war mit im Raum und ich glaube auch zwei Pfleger, weil ich immer in der Mittagszeit komme. Und ich glaube in der Mittagszeit sind manchmal auch zwei (Pfleger, Anmk. D.Verf.) da, wenn*

Wechsel ist, von früh auf spät. Es waren mehrere Stimmen, jemand sagte etwas. Und auf einmal sagte meine Mutter was. Und für mich war das eigentlich eine Bestätigung, sie braucht das. Als ob sie ein Wörtchen mitreden wollte. Ich denk, dass gefällt ihr. Wer sie sieht, hat den Eindruck, na ja, da ist nichts mehr los, sie liegt da wie eine Tote". (PD 44)

Einflussvariablen – Medikation und BMI

Frau Ganter erhielt während des Evaluationszeitraums keine Psychopharmaka und keine Schmerzmedikamente. Sie leidet an einer arteriellen Hypertonie und an chronischer Obstipation. Beiden Krankheitsaspekten wird durch die Medikation Rechnung getragen. Eine Ausscheidungsregulierung wird zusätzlich über die Bedarfsmedikation abgesichert (Dulcolax Supp.), die während des Evaluationszeitraums alle 4-6 Tage eingesetzt wurde. Eine Regulierung durch die Gabe von Immodium war nur zweimal erforderlich.

Datum	Medikament	Dosierung
11.4.06	Movicol-Zumtel Beutel	1-0-0-0
3.7.07	Rampiril 2,5 mg	0-0-1-0
26.9.07	Ringerlactat 500 ml	an ungeraden Tagen über Nacht

16. Tabelle: Frau Ganter - Medikation

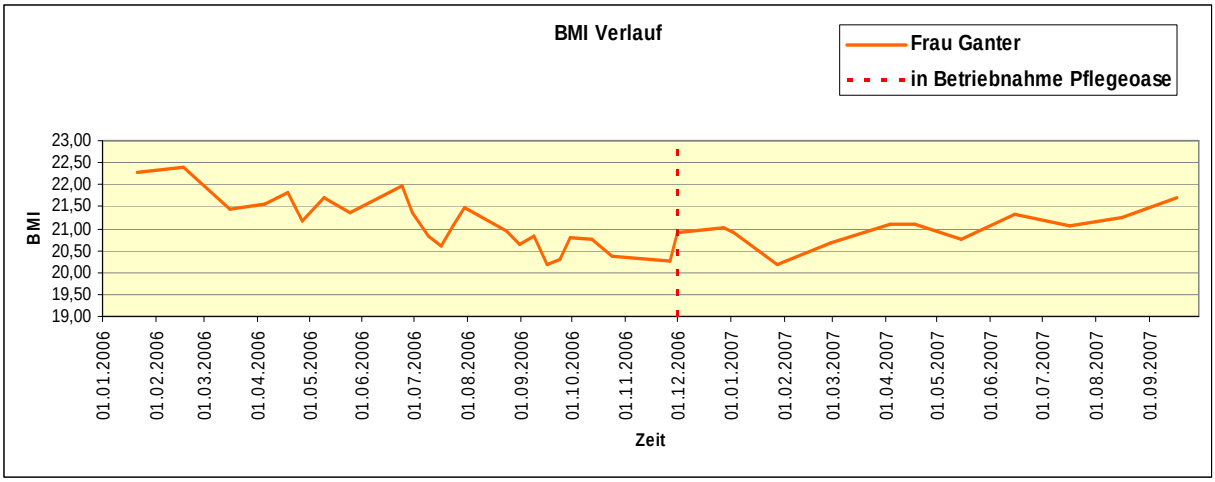
Die schwierige Situation beim Anreichen von Nahrung und Flüssigkeit berücksichtigend, wurde bei einer Flüssigkeitszufuhr von weniger als 800 ml Trinkmenge eine Infusion mit 500 ml sc. verordnet. Im Zeitraum von März bis Mai 2007 wurde 15 Mal die Flüssigkeitszufuhr über Infusion substituiert und bis Oktober 2007 war dies nur noch zweimal notwendig.

Bedarfsmedikation			
Datum	**Medikament**	**Dosierung**	**Abgesetzt**
12.5.03	Immodium Supp.	1x, nach Durchfall alle 6 Std.	
16.5.06	Dulcolax Supp.	1x1 bei Obstipation am 2. Tag	
29.7.06	Paracetamol 500 mg	1x1 bis 3x1 wenn Temp. > 38,5	
26.6.07	Nitrolingual Spray	wenn Systole größer 190 und wenn keine Besserung	
10.8.06	Ringerlactat Infusion sc.	wenn Trinkmenge unter 800 ml	26.9.07

17. Tabelle: Frau Ganter – Bedarfsmedikation

Während des Zeitraums von Juni bis September 2007 musste der Blutdruck mit der Gabe von Nitrolingual Spray 17 Mal reguliert werden.

Eine medikamentöse Behandlung erhöhter Körpertemperatur war im gesamten Evaluationszeitraum siebenmal notwendig und Paracetamol wurde wie angeordnet verabreicht.Im Hinblick auf die Entwicklung des Body-Mass-Index in der Pflegeoase kann bei Frau Ganter von einer positiven Entwicklung gesprochen werden. Die Verlegung in ein Einzelzimmer auf Wohnbereich A erfolgte im März 2006 und im Rückblick auf das Jahr 2006 kann ein kontinuierlicher Verlust des Körpergewichts konstatiert werden. Zum Zeitpunkt der Verlegung in die Pflegeoase (12/2006) lag der BMI bei 20,7 und im September 2007 bei 21,7. Es kann also von einer positiven Entwicklung gesprochen werden.



13. Grafik: Frau Ganter - BMI

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Folgende Veränderungsaspekte können bei Frau Ganter im Vergleich zur Situation im Dezember 2006 berichtet werden:

- Wachphasen am Tag sind länger geworden
- Bewohnerin hat Augen häufiger geöffnet
- sie folgt den Mitarbeiterinnen mit den Augen
- der Muskeltonus in den Armen ist entspannter
- das Essen kann mit dem Löffel angereicht werden
- Schluckbeschwerden sind geringer
- sie spricht deutlich einzelne Worte oder kurze Sätze

Welche Einflussfaktoren können in Verbindung mit den Veränderungsaspekten stehen?

<u>Unveränderte Rahmenbedingungen</u>

- fortlaufende Besuche der Angehörigen
- unveränderte Medikation

<u>Veränderte Rahmenbedingungen</u>

- Verbesserung der Ernährungssituation, weil Speisen über den Tag verteilt angeboten werden, die „Tagesform“ der Bewohnerin berücksichtigt wird, Speisen in mehreren Kleinstportionen gereicht werden können
- Verbringt eine begrenzte Zeit im Liegesessel
- schnelle Reaktion der Mitarbeiterinnen auf Bewohnerbedürfnisse möglich, weil Präsenz gegeben ist
- häufigere Kontakte mit Mitarbeiterinnen sowohl über Ansprache als auch über Körperberührung
- Aufenthalt im Freien
- Gemeinschaft als „Umweltfaktor“

Frau Schmid, 95 Jahre

Frau Schmid ist 95 Jahre alt, verwitwet und wurde bis Juli 2002 von einer der beiden Töchter mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes im Privathaushalt versorgt, bis ein Einzug ins Pflegeheim unumgänglich wurde. Der Einzug ins Seniorenzentrum Holle erfolgte auf einen Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz. Der fortschreitende Krankheitsprozess und die zunehmende Einschränkung in der Mobilität führte im April 2004 zu einer Verlegung auf den Wohnbereich A. Die Bewohnerin erhielt ein Einzelzimmer und wurde tagsüber stundenweise in einen Rollstuhl mobilisiert und im Ess- und Aufenthaltsbereich betreut. Aufgrund ihrer Hautempfindlichkeit und der Dekubitusgefährdung verlängerte sich die Aufenthaltszeit im Bett zunehmend. Die Tochter besuchte Frau Schmid ein- bis zweimal Mal pro Woche und machte mit ihr im Rollstuhl Ausflüge in den Garten oder durchs Haus oder sie tranken gemeinsam Kaffee im Gemeinschaftsbereich.

Die Bereitschaft seitens der Angehörigen, einer Verlegung in die Pflegeoase zuzustimmen, steht mit dem Bedürfnis nach „Kontrolle“ oder Sicherheit durch Aufsicht in Zusammenhang.

> *„Bei Wohnbereich A war das so: nach dem Mittagessen, dann konnte sie einfach nicht mehr sitzen. Sie saß ja tagsüber immer in einem Rollstuhl vormittags, sie wurde entsprechend spät fertig gemacht oder gewaschen. Denn die Bewohner…, die mussten ja immer in ihren eigenen Zimmern, in ihren eigenen Badezimmern ihre Grundpflege haben. Und wenn sie dann fertig waren, dann kamen sie in die Rollstühle und dann kamen sie in den Gemeinschaftsbereich. Und das haben sie bei meiner Mutter wahrscheinlich immer nach hinten raus geschoben, weil meine Mutter nicht so scharf drauf war, morgens in aller Herrgottsfrühe aufzustehen. Dann haben sie sie wahrscheinlich im Bett gewaschen oder die erste kleine Mahlzeit angereicht. Aber sie verblieb ja dann in ihrem Einzelzimmer. Bis sie dann wirklich in dem Gemeinschaftsbereich gelandet war in ihrem Rollstuhl, war das bis nach dem Mittagessen. Dann war sie nach dem Mittagessen meistens auch schon so, dass sie dann immer in ihr Bett kam. Die anderen kamen dann in einen Sessel, aber meine Mutter konnte sich nur gut in ihrem Bett ausruhen und schlief dann da auch so zwei Stunden. Das macht sie ja jetzt auch. Bloß*

man weiß ja nicht, was macht sie da in den zwei Stunden. Bewegt sie sich in den zwei Stunden oder schläft sie tief und fest, dass man sie hinterher wecken musste. Das ist ja auch alles passiert. Aber in der Oase hatte ich, ja, da hatte ich nur positive Erwartungen… Die positive Oase war einfach so, dass sie dort mehr unter Kontrolle, also nicht Kontrolle negativ, sondern Kontrolle positiv, ist.“ (PD 48)

„Und vor allen Dingen, dass sie auch Aufsicht hat. Sie hätte ja aus dem Bett fallen können oder sonst irgendwas. Oder rufen, manchmal ist man ja in so einem Traum und erschreckt sich dann zu Tode und weiß nicht so genau, wo man ist. Ich gucke dann immer, ich liege in meinem Bett, dann ist es ein Traum gewesen, dann ist das für mich okay. Aber das weiß man ja alles nicht, wenn man da so ein Mütterchen in einem Einzelzimmer weiß. Und das wusste ich ganz genau in der Oase passiert das nicht, weil ich mir das vorstellen kann, wenn da immer jemand im Raum ist, da kann das ja gar nicht passieren“. (PD 48)

Gegenüberstellung: Ausgangssituation und Veränderungsaspekte

Um die Bewohnersituation in der Pflegeoase darstellen zu können, wird die Ausgangssituation beschrieben und mit den Aspekten ergänzt, die im Laufe der Evaluation beobachtet oder beschrieben werden können. Verhaltens- oder Versorgungsaspekte, die unverändert blieben, werden auch mit „unverändert“ gekennzeichnet.

	Beschreibung vor Umzug in Pflegeoase	Veränderungsaspekte in der Pflegeoase
Bewegungsfähigkeit	Abszessbildung nach Oberschenkel-OP seit 2004 und Schmerzempfindlichkeit bei Lagerung auf die rechte Seite	unverändert
	Kontrakturen der unteren Extremitäten	unverändert
	Embryonalhaltung im Bett	unverändert
	Beweglichkeit der Arme vorhanden	unverändert
	Wippbewegungen mit dem Oberkörper, wenn BW im Rollstuhl oder Pflegesessel sitzt	Wippbewegungen haben sich reduziert bzw. treten gar nicht auf.
	unruhige Kopfbewegungen, vor allem in aufrechter Sitzposition	unverändert
	hohe Dekubitusgefahr und damit verbundener Aufenthalt im Bett	unverändert
	2-stündige Lagerungsintervalle (auch nachts)	unverändert
	Weichlagerungsmatratze	unverändert
	BW bewegt sich im Liegen zwischendrin selbständig, kleine Veränderungen der Körperposition.	unverändert
	Mobilisierung nach Tagesform in Liegesessel oder Rollstuhl	unverändert
		Körpergrenzen spüren – bei Lagerung werden dafür Hilfsmittel eingesetzt
		Bettstellung verändert, dass Rücken- und Seitenlagerung links Vorrang hat und Blickrichtung in den Raum möglich ist

Ernährung	BW ist kachektisch	unverändert
	isst gerne Süßes und Schokolade	unverändert
	Essen wird angereicht. Selten ist BW in der Lage, Brot, das sie in der Hand hält zu essen, Getränke über Schnabelbecher	unverändert, Getränke werden ohne Schnabelaufsatz angeboten
	BMI: 15,6	BMI: 18
		BW dreht Kopf zur Seite, wenn sie nichts mehr essen möchte.
Ausscheidung und Körperpflege	Stuhlgangregulation mit Abführmitteln	unverändert
	Harninkontinenz – Versorgung mit Inkontinenzeinlagen	unverändert
	starke Unruhe bei allen pflegerischen Handlungen (Körperpflege, Ankleiden, Lagerungen)	unverändert, aber Pflegehandlungen werden dann in Etappen gemacht
Schlaf	unruhig, wird in Intervallen wach	unverändert
Kommunikation	BW ist auf einem Auge blind und auf dem anderen stark sehbehindert und hört schlecht.	unverändert
	Mitarbeiter sprechen laut und deutlich, kündigen jede Handlung vorher an, um BW Sicherheit zu vermitteln.	unverändert
	wenig Teilhabe an der Gemeinschaft, weil die Bewohnerin sich überwiegend im Bett (Einzelzimmer) liegt wegen Dekubitusgefahr	BW ist in Gemeinschaft, auch wenn sie überwiegend im Bett liegt.
	BW greift sich mit den Händen immer wieder an den Kopf bzw. ans linke Auge oder an den Kiefer.	unverändert
	BW hält Augen überwiegend fest geschlossen.	unverändert
	Gesichtsausdruck ist eher traurig	unverändert
	BW jammert häufig (Laute, Stimmlage, Tonfall).	unverändert
	Verbal werden einzelne Worte wiederholt.	unverändert
	Mitarbeiter haben abends an ihrem Bett „Guten Abend, gute Nacht“ gesungen und sie hat mitgesungen.	Singt nicht mehr mit und reagiert auch nicht mehr auf das Lied.
		BW beruhigt sich, wenn sie Zuwendung erhält und Körperkontakt spürt (z.B. Hände halten, Wange an Wange, in den Arm nehmen etc.).
		BW ergreift die Hand der Pflegenden und küsst sie.
		Mitarbeiter reagieren schnell auf ihre Bedürfnisse.
		Beruhigt sich, wenn sie ein Kissen oder ein Tuch in der Hand oder im Arm halten kann.
		Ansprache mit Vorname und „Du“ erleichtert Zugang zu BW, sie reagiert besser auf den Vornamen als auf den Familiennamen (ist mit Angehörigen besprochen)

		BW ruft häufig nach der Mutter
Wohlbefinden	BW wirkt zufrieden, wenn sie entspannt im Bett und in Ruhe gelassen wird	unverändert
	Berührung, Streicheln des Nackenbereichs bei pflegerischen Verrichtungen, dabei sanfte Ansprache	unverändert
Unwohlsein	wenn BW unruhig wird unruhige Kopfbewegungen, Jammern, Stöhnen	unverändert
	BW äußert „ich kann nicht mehr“ oder „ich will nicht mehr“	unverändert
	Bei sämtlichen pflegerischen Verrichtungen fängt BW an zu weinen und zittert teilweise am ganzen Körper.	MA passen die pflegerischen Handlungen an den Rhythmus der BW an und Unterbrechen, wenn Unwohlsein deutlich wird
		wenn Bewohnerin „Angst“ oder „ich will nach Hause“ artikuliert
		wenn sich die Unruhe steigert, häufig am Nachmittag zwischen (15-17 Uhr)
Besuche	2-3 Mal pro Woche	unverändert
Tätigkeit b. Besuch	Spaziergänge im Rollstuhl	unverändert
	Ansprache und Gespräche	unverändert
		Essen anreichen

18. Tabelle: Frau Schmid – Ausgangssituation und Veränderungen

Bewohnersituation im Oktober 2007

Der pflegerische Hilfebedarf scheint unverändert. Veränderungen im Verhalten von Frau Schmid sind durch die differenzierten Zugangsweisen der Mitarbeiterinnen beeinflusst, die alle pflegerischen Handlungen weitestgehend am Verhalten der Bewohnerin ausrichten. Besonders auffällig sind die Unruhephasen, die sich sowohl in Körperbewegungen (Kopf hin und her bewegen, Armbewegungen, Wippen mit dem Oberkörper) als auch im verbalen Ausdruck (deutliche Schmerzlaute, Stöhnen, Jammern und Hinweise auf Angst) beobachten lassen. Durch eine verbesserte Schmerzmedikation können in den letzten Monaten des Evaluationszeitraums längere Ruheintervalle erzielt werden, die eine Linderung und Entspannung für Frau Schmid bringen. In welchem Umfang die Unruhephasen das Leben von Frau Schmid bestimmt haben wird sicherlich erst in der Pflegeoase für die Pflegenden offenbar.

> *„Frau Schmid hat zum Beispiel Unruhephasen. Die hatte sie vorher auch, aber eigentlich überwiegend bei der grundpflegerischen Versorgung, Essen anreichen usw. Also überhaupt wenn man den Körperkontakt zu ihr hergestellt hat. Jetzt ist es so bei ihr, seitdem sie in der Oase ist, dass sie diese, vorsichtig gesagt, Unruhephasen über einen längeren Zeitraum hat. Aber nicht durchgehend. Zum Beispiel wenn ich im Frühdienst bin, dass ich sage, gut, im Laufe des vormittags, oder dreiviertel des vormittags war sie wach und war sehr unruhig. Mir fällt so dazu ein, also meine subjektive Wahrnehmung dazu ist, dass es vorher vielleicht auch so gewesen ist, im Zimmer, aber da wir ja nicht ständig den Sichtkontakt zu ihr hatten, wenn sie bis Mittag im Bett verbracht hat, kann das ja sein, dass es auch so gewesen ist.“ (PD 26)*

Die Mitarbeiterinnen haben einen guten Überblick zum Tagesverhalten der Bewohnerin erworben und können deren Verhaltensweisen und Ausdrucksrepertoire gut einschätzen und ihre Handlungsweisen daran ausrichten.

> *„Und wenn man sie dann lagert, manchmal geht das ganz gut… Aber bei Frau Schmid ist es immer so, wenn man merkt, sie wird schon unruhig, dann sollte man sie auch in Ruhe lassen. Und wenn man dann schon merkt, sie will das nicht, dann zudecken und erstmal wieder weg gehen. So mache ich das, sonst geht es nicht anderes. Sie wird nur immer lauter, und „oh je, oh je“, das hat dann kein Zweck. Dann möchte sie das auch nicht und ich denke, wenn es irgendwie geht, sollte man das auch respektieren.“ (PD 49)*

Einflussvariablen – Medikation und BMI

Bei Frau Schmid spiegeln sich in der Medikation zwei wesentliche Aspekte wider, die ihr Wohlbefinden vermutlich aufs Äußerste beeinträchtigen:

1. Wundbehandlung (Abszess am Trochanter major rechts)
2. Schmerzbehandlung

Der Abszess am Trochanter major ist in Folge der Operation der Oberschenkelhalsfraktur entstanden. In unterschiedlichen Verläufen wächst die Wunde zu oder öffnet sich wieder mit Absonderung von Sekret. Die Pflegenden beschreiben, dass die geschlossene Wunde im Gegensatz zur offenen Wunde einen Spannungsschmerz erzeugt, weil sich Veränderungen im Verhalten der Bewohnerin (Schmerzäußerung, Jammern, mit den Armen fuchteln) beobachten lassen. In der Bewohnerdokumentation ist der Verlauf beschrieben. Die Wundbehandlung erfolgt über den Arzt, indem die Wundtasche gespült wird. Trotz wiederholter Antibiotikagabe ist bisher keine Verbesserung eingetreten.

Die Schmerzbehandlung ist deutlich gestiegen. Nicht nur der Wund- und Spannungsschmerz, sondern auch die Unruhephasen und die Bewegungen der Bewohnerinnen legen den Schluss nahe, dass das Schmerzerleben nicht nur auf den Abszess zurückzuführen ist. Für die Schmerzbehandlung sind zusätzlich zwei Bedarfsmedikamente verordnet, von denen jedoch im Evaluationszeitraum kaum Gebrauch gemacht wurde. Im Gegensatz dazu kommt das Bedarfsmedikament Tetrazepam, das bei Unruhezu-

ständen gegeben werden kann, verstärkt im Februar, im März und im Juni 2007 zum Einsatz. Insgesamt wird die Verordnungsdosis 19 Mal verabreicht und die Höchstdosis an zwei Tagen gegeben. Erst mit der Steigerung der Medikamentendosis der Novaminsulfat-Tropfen und eine Ergänzung durch das Medikament Tilidin kann eine Linderung beobachtet werden, indem die Entspannungsphasen deutlich länger werden, beziehungsweise ein sich steigernder Unruhezustand zum Ende der 4-Stunden-Frist beobachtet werden kann.

Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
14.3.05	Tetrazypam 50 mg	1/1-0-1/4-0	2.2.07
29.4.05	Laculose Sirup ml	0-10-0-0	
17.11.05	Laxoberal Tropfen	0-0-10-0	
21.5.06	Novaminsulfat-Tropfen	alle 4 Std. 25-25-25-25-25 bedarfsweise (schmerzangepasst bis zu 4x35 Tropfen) RR-Kontrolle	22.6.07
2.2.07	Diazepam 2 mg	1/2-1/2-1/2-0	
15.2.07	Doxycyclin 100 mg	1-0-0	7.3.07
22.6.07	Novaminsulfat-Tropfen	alle 4 Std. 30-30-30-30	
23.6.07	Doxycyclin 100 mg	1-0-0	10.7.07
17.7.07	Clindamygin	1/2-1/2-1/2-0	27.7.07
17.7.07	Tilidin tet. 50/4	1-0-1-0	
26.9.07	Doxycyclin 100 mg	1-0-0 bis Packungsende	
26.9.07	Cotrim E Suspension	Messlöffel 2-0-2	26.9.07

19. Tabelle: Frau Schmid - Medikation

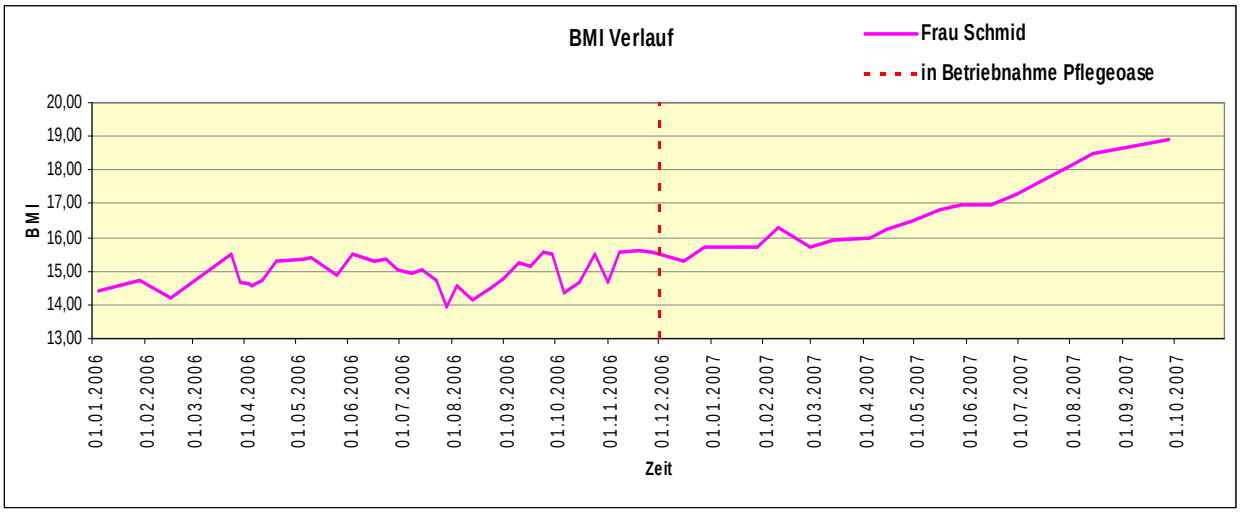
Eine Ausscheidungsregulierung wird zusätzlich über die Bedarfsmedikation abgesichert (Dulcolax Supp.), die während des Evaluationszeitraums alle 3-6 Tage verabreicht wird. Eine Stuhlgangregulierung durch die Gabe von Immodium war nur einmal erforderlich.

Im Zeitraum von März bis Mai 2007 wurde insgesamt 7 Mal Flüssigkeit über eine Infusion substituiert.

Bedarfsmedikation			
Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
1.12.06	Tetrazepam 50 mg	1x¼ bis 2x¼ Unruhezuständ	
20.11.05	Dulcolax supp	1x1 bis 2x1 Obstipation am 3. Tag	
1.1.05	Paracetamol 1000 mg	1x1 bis 4x1 bei Schmerzen	
14.10.05	500ml NaCL 0,9% Infusion	1xwenn Trinkmenge unter 800 ml	
18.2.07	Novaminsulfon Tropfen	1x35 bis 4x5 bei Schmerzen	
24.2.07	Immodium lingual	1x1 bis 4x1	

20. Tabelle: Frau Schmid - Bedarfsmedikation

Obwohl der Body-Mass-Index allgemein steigt, kann ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg in der Zeit von Juli bis Oktober 2007 belegt werden. Dies steht vermutlich mit der Verbesserung der Schmerzmedikation in Zusammenhang. Die Bemühungen der Pflegenden, Speisen und Getränke dann anzubieten, wenn sich die Bewohnerin in einem Entspannungszustand befindet, haben ebenfalls einen bedeutenden Anteil an diesem Ergebnis.



14. Grafik: Frau Schmid – BMI

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Folgende Veränderungsaspekte können bei Frau Schmid im Vergleich zur Situation im Dezember 2006 berichtet werden:

- Unruhezustände haben sich verringert
- Schmerztherapie hat sich verbessert
- eine Gewichtszunahme ist erfolgt

Welche Einflussfaktoren können in Verbindung mit den Veränderungs-aspekten stehen?

<u>Unveränderte Rahmenbedingungen</u>

- fortlaufende Besuche der Angehörigen
- Abszess am Trochanter major ist nicht verheilt

<u>Veränderte Rahmenbedingungen</u>

- Veränderung der Schmerzmedikation

- Verbesserung der Ernährungssituation, weil Speisen über den Tag verteilt angeboten werden, die „Tagesform“ der Bewohnerin berücksichtigt wird, Speisen in mehreren Kleinstportionen gereicht werden können
- schnelle Reaktion der Mitarbeiterinnen auf Bewohnerbedürfnisse. Pflegerische Tätigkeiten werden unterbrochen, wenn Bewohnerin Anzeichen von Unwohlsein zeigt
- Körperberührung und Körpernähe scheint Bewohnerin in Unruhephasen zu beruhigen. Mitarbeiterinnen reagieren unmittelbar und können Körpernähe geben und aushalten
- Gemeinschaft als „Umweltfaktor“

Frau Lutz, 80 Jahre

Frau Lutz ist 80 Jahre alt, verwitwet und lebte bis August 2002 in der eigenen Häuslichkeit. Sowohl durch einen ambulanten Pflegedienst als auch durch die Unterstützung der drei Töchter konnte die Situation so lange stabilisiert werden, bis ein Einzug ins Pflegeheim unumgänglich wurde. Der Einzug ins Seniorenzentrum Holle erfolgte auf einen Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz. Der fortschreitende Krankheitsprozess und die zunehmende Einschränkung in der Mobilität führte im Juni 2004 zu einer Verlegung auf den Wohnbereich A. Die Bewohnerin erhielt ein Doppelzimmer und wurde tagsüber in einen Liegesessel mobilisiert und im Ess- und Aufenthaltsbereich betreut. Die Töchter wechselten sich mit den Besuchen ab und kamen einmal pro Woche. Im Vordergrund der Besuche stand die Ansprache oder die Töchter erzählten von den Familien und reichten Essen an.

Die Diskussion unter den Töchtern, einer Verlegung in die Pflegeoase zuzustimmen, wurde sehr kontrovers geführt. Es standen zunächst eher Bedenken oder Befürchtungen im Vordergrund, aber auch eine gewisse Unzufriedenheit mit der bestehenden Betreuungssituation hat einen Ausschlag gegeben. Nach einer ausdrücklichen Zusicherung seitens der Heimleitung, dass eine Verlegung auch wieder rückgängig gemacht werden kann, stimmten alle Töchter einer Verlegung zu. Eine der Töchter beschreibt die Situation vor der Verlegung folgendermaßen:

> *„Und auf Wohnbereich A war sie so ziemlich isoliert, da hatte sie ein Zimmer im Gang an der Seite. Da hatte ich kein gutes Gefühl, auf Wohnbereich A. Da tat sie mir oft leid, so wie sie da so einsam saß. Und dann war auch diese Frau auf dem Zimmer, und das war so traurig, dann ist sie auch gestorben und lag da vorher wochenlang und hatte wahrscheinlich Schmerzen, sie hatte auch immer gejammert. Verständlicherweise dachte ich mir immer, das ist ja ein schrecklicher Zustand.“ (PD 42)*

Für die Töchter waren keine Visionen an den Umzug in die Pflegeoase geknüpft und so blieben sie dem Thema gegenüber zunächst distanziert und vorsichtig:

„Es waren eher eigentlich mehr negative Gefühle. So dass es irgendwie besser wird, das wusste ich natürlich nicht, besser konnte man es sich gar nicht vorstellen … Nein, besser nicht. Hätte ich jetzt nicht gedacht. Ich dachte, vielleicht bleibt es so. Aber dass sie sich wohler fühlt?“ (PD 42)

Auch der lebensgeschichtliche Zusammenhang, in dem die Mutter in den letzten 30 Jahren gelebt hatte, prägte bei den Töchtern die Vorstellung, dass ein gemeinschaftlich genutzter Raum für die Mutter unpassend sei. Auch wenn die Töchter die Einsamkeit im Doppelzimmer unangenehm berührte, so konnten sie sich zunächst nicht vorstellen, dass die Pflegeoase eine positive Auswirkung auf ihre Mutter haben könnte.

„Ich war natürlich äußerst skeptisch. Weil meine Mutter auch immer alleine gelebt hat, als mein Vater gestorben war, da war sie noch ziemlich jung, 53, uns seitdem hat sie alleine gelebt. Und eigentlich auch so ziemlich abgeschieden. Sie war gern alleine. Und wir dachten, mit so vielen Menschen in so einem Zimmer, das wird ihr bestimmt nicht gefallen. Das war so unsere Einstellung. Und das Zimmer ist nicht groß genug … Und Maria (eine Schwester, Anmk. d.Verf.), die fand es sehr gut. Das Konzept hat ihr gut gefallen und sie meinte, dass es auch für unsere Mutter was wäre. Und dann haben wir uns umstimmen lassen. Jetzt sind wir natürlich ganz froh, dass wir es gemacht haben, dass sie in der Oase ist. Ich glaube, das ist schon ganz gut für unsere Mutter. Wir hatten immer auch ein schlechtes Gewissen, dass man sich nicht genug um sie kümmert. Ich denke, da ist sie jetzt einfach besser betreut, als in ihrem Zimmer, wo sie immer tot einsam sind. Ich finde, das hat man hier nicht.“ (PD 42)

Gegenüberstellung: Ausgangssituation und Veränderungsaspekte

Um die Bewohnersituation in der Pflegeoase darstellen zu können, wird die Ausgangssituation beschrieben und mit den Aspekten ergänzt, die im Laufe der Evaluation beobachtet oder beschrieben werden können. Verhaltens- oder Versorgungsaspekte, die unverändert blieben, werden auch mit „unverändert“ gekennzeichnet.

	Beschreibung vor Umzug in Pflegeoase	Veränderungsaspekte in der Pflegeoase
Bewegungsfähigkeit	BW kann bei der Körperpflege in der Sanitärzelle stehen und sich am Waschbecken festhalten.	Köperpflege wird im Bett durchgeführt
	BW kann mit Unterstützung von 2 Mitarbeiterinnen stehen.	unverändert
	Stabilität beim Sitzen ist eingeschränkt, BW kippt vom Stuhl.	BW kann eine begrenzte Zeit im Stuhl sitzen und ist stabil.
	Beim Gehen Unterstützung durch 2 MA bzw. 3 MA notwendig.	unverändert, BW will sich immer wieder setzen und kann schlecht ihr Gleichgewicht halten.
	BW verändert Körperhaltung im Bett nicht eigenständig, wird 2-3stündig gelagert.	BW kann Körperhaltung im Bett verändern.
	eigenständige Bewegung der Arme	BW hat Greifimpulse, wenn sie am Tisch sitzt und ein Glas sieht. Impulse der Selbstpflege – Essensrest vom Kinn wegwischen oder Kleidung glatt streichen
	BW wird nach der Körperpflege in einen Sessel mobi-	unverändert

	lisiert, der unterschiedliche Sitz- und Liegepositionen erlaubt	
	Antidekubitusmatratze	unverändert
	BW hat einen Rundrücken und kann Kopf nicht entspannt ablegen.	unverändert
Ernährung	Essen anreichen in flüssiger Form	BW bekommt feste Nahrung angereicht mit Löffel.
	Essen anreichen ist zeitintensiv	unverändert
	Nahrungsverweigerung durch Zusammenpressen der Lippen	unverändert
	BMI: 21,2	BMI: 19,1
		Für BW ist bei der Nahrungsaufnahme eine ruhige Atmosphäre wichtig.
		Gelegentlich nimmt BW kleine geschnittene Häppchen vom Teller.
		Wenn unterschiedliche Konsistenzen im Speisenangebot zusammenkommen, dann ist die Nahrungsaufnahme schwieriger.
		Unterschiedliche Kostformen wurden ausprobiert: keine Milchprodukte, nur Sojaprodukte, kohlenhydratreiche Kost etc.
		BW bevorzugt süße Speisen und Getränke (gerne süßen Kaffee, Kakao, süße Säfte).
		mag keine Getränke mit Kohlensäure
Ausscheidung Körperpflege	Stuhlgangregulation mit Abführmitteln	unverändert
	Harninkontinenz – Versorgung mit Inkontinenzeinlagen	unverändert
Schlaf	Gestörter Schlafrhythmus - bekommt zur Nacht Melperon Saft 5 ml	unverändert
Kommunikation	BW hat mit hängendem Kopf im Sessel gesessen oder vor sich hin gestarrt.	BW beobachtet MA und geht mit den Augen mit.
	BW hat wenig Interesse an MA gezeigt, wenn Kontakte zustande kamen.	Lächelt MA an und hält Augenkontakt oder reagiert auf nonverbale Zeichen mit einem

		Lächeln z.B. wenn ihr MA zuwinken,
	Verbale Kommunikation ist möglich. BW zählt gerne 1, 2, 3 und reimt.	unverändert
	sehr ruhig	BW reagiert auf Interaktionen und Gespräche im Raum.
		BW hat Sitzposition, dass Blick in den Raum möglich ist.
		BW zeigt durch nonverbales Verhalten, wenn sie sich nicht wohl fühlt: keine verbale Äußerung, Mimik wirkt mürrisch.
Wohlbefinden	Lachen	unverändert
	verbale Äußerungen, zählen 1, 2, 3…	unverändert
	Blickkontakt mit großen Augen	unverändert
	BW hört gerne Musik, nimmt passiv am Singen teil.	unverändert
	Vorlesen von Gedichten und Reimen	unverändert
		Aufmerksamkeit und Blickkontakt mit den MA
Unwohlsein	wenn Blick „starr“ wird	unverändert
	verkrampfte Körperhaltung	unverändert
	Abwehrverhalten bei Körperpflege	unverändert
	Unruhephasen	unverändert
		wenn BW am Daumen knabbert
Besuche	Besuch der Tochter 1 x pro Woche	unverändert
Tätigkeit b. Besuch	Gespräche und ständige Ansprache	unverändert
	maßloses Essen anreichen	Im Gespräch mit Mitarbeitern verändert
Kritische Ereign.		Einweisung ins Krankenhaus
		Starker Gewichtsverlust

21. Tabelle: Frau Lutz – Ausgangssituation und Veränderungen

Bewohnersituation im Oktober 2007

Der pflegerische Hilfebedarf ist unverändert, und tendenziell kann ein Abbau der Mobilität konstatiert werden. Allerdings lassen sich Veränderungen im Bereich der Aufmerk-

samkeit und der Kommunikation beschreiben. Die Mitarbeiterinnen bemerken, dass Frau Lutz eine wache Wahrnehmung hat und auf die Umgebung mit großer Aufmerksamkeit reagiert:

> *„Letztens als wir Teambesprechung hatten, haben wir uns vorher getroffen und haben uns an den Tisch in die Oase gesetzt und haben dann diskutiert und waren natürlich sehr angeregt. Frau Lutz saß dann so da, in ihrer Stellung, so leicht gebuckelt, die Blicke gehen so, ganz interessiert links, rechts, links rechts, links, rechts und wenn wir irgendetwas gesagt haben und dann eine Pause kam: ‚Ja!'. Da war die so richtig dabei.“(PD 9)*

Die sprachlichen Fähigkeiten der Bewohnerin werden von den Mitarbeiterinnen angeregt, indem ihre Eigenheiten bekannt und eingesetzt werden:

> *„Frau Lutz sagt immer 1, 2, 3, und das letzte mal war ihre Tochter bei uns zu Besuch und hat gesagt: ‚Ich habe gedacht meine Mutter hat das schon vergessen dieses 1, 2, 3'. Und ich habe gesagt: ‚Nein, sie sagt ganz oft 1, 2,' und dann hat sie mit ihr noch weiter gezählt. Dann hat sie wieder etwas vergessen, aber bis 10 hat sie zum Schluss gezählt. Und die Tochter war ganz zufrieden. Sie hat zur ihr gesagt: ‚Mama, du siehst hier in der Oase besser aus als zu Hause. Du warst zu Hause immer ganz erst und hier lachst du ganz oft'.“ (PD 9)*

Die Tochter schätzt das Wohlbefinden ihrer Mutter wie folgt ein:

> *„Bei meiner Mutter, dass es ihr besser geht? Ich finde, sie ist manchmal nicht so abweisend, nicht ganz so weggetreten. Ich höre ja auch oft durch die Pflegerinnen, dass es ihr gut geht. Sie isst gut und sie lacht manchmal. Sie haben so ein positives Gefühl. Und so sehe ich sie jetzt auch. Man kann mit ihr nicht kommunizieren und so, wenn sie so versunken da ist. Auch wenn ich heute komme … Aber ich habe einfach ein besseres Gefühl. Und meine Schwester auch. Ob das jetzt wirklich, im Grunde weiß man es ja nicht ganz genau, vielleicht geht es ihr ja auch gar nicht gut. Ich weiß es nicht.“*
> *(PD 44)*

Als kritisches Ereignis kann die Krankenhauseinweisung Anfang März 2007 betrachtet werden. Der Gesundheitszustand der Bewohnerin war kritisch, zumal sie Nahrung und Getränke verweigert hatte, ein Anstieg der Körpertemperatur sie schwächte und eine Stuhlgangregulierung ausstand. Der Gewichtsverlust stand mit einem Krankheitsgeschehen in Verbindung, das dann auch zu einer Krankenhauseinweisung führte. Dieses kritische Ereignis war nicht alleine für die Bewohnerin, sondern auch für Angehörige und Mitarbeiterinnen sehr belastend.

Kontrolle von Einflussvariablen – Medikation und BMI

Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
12.7.06	Melperon Saft	0-0-5-0	18.05.07
20.10.06	Omeprazol 20 mg	1-0-0-0	

6.1.07	Bifiteral 5-10ml	1-0-0	
26.2.07	Roxidura 300 mg Tbl.	1-0-0	5.3.07
2.3.07	Novalgin Tropfen	20-0-20-0	3.4.07
18.5.07	Melperon Saft	0-0-3-0	22.7.07

22. Tabelle: Frau Lutz – Medikation

Aufgrund der sich entwickelnden Unruhezustände Mitte 2006 erhielt die Bewohnerin das Medikament Melperon zur Beruhigung. In der Bewohnerdokumentation finden sich Hinweise, dass sich unruhige Phasen mit auffälliger Schläfrigkeit abwechselten und die das Anreichen von Speisen und Getränken erschwerte. Generell ist im Zeitraum Dezember 2006 bis Juni 2007 ein instabiler Gesundheitszustand zu konstatieren. Unterschiedliche Phasen mit erhöhter Körpertemperatur, starkem Schwitzen und verzögerten Reaktionen auf Ansprachen kennzeichnen diese Zeitraum. Ein permanenter Wechsel von Diarrhö und Erbrechen führte zu einer Anpassung der Ernährung, indem unterschiedliche Kostformen (Sojaprodukte, Einweißreich, keine Milchprodukte etc.) ausprobiert wurden. Insgesamt wurden die Bedarfsmedikamente sehr zurückhaltend verabreicht. Das Bedarfsmedikament Immodium erhielt die Bewohnerin im Evaluationszeitraum insgesamt 9 Mal und überwiegend im Zeitraum von Dezember 2006 bis Februar 2007 (insgesamt 8 Mal). Auch die MCP-Tropfen zur Linderung einer Magenübelkeit wurden nur dreimal gegeben.

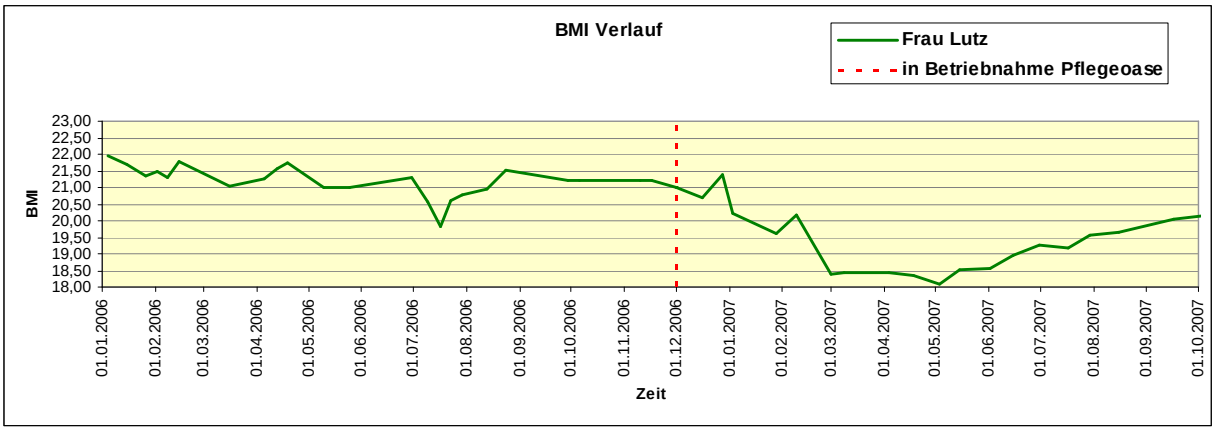
Bedarfsmedikation			
Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
12.11.02	Immodium	1x2 Durchfall	
28.5.03	Paracetamol 500	1x1 bis 3x1 Schmerzen	
23.3.03	MCP-Tropfen	1x15 bis 3x15 Erbrechen	
24.1.07	Paracetamol 1000 supp.	1x1 bis 3x1, wenn Temp. >38,5	
18.4.07	Diazepam rectale 5 mg	1x1 epileptischer Anfall	
28.7.06	Dulcolax Supp.	1x1 Obstipation	26.1.07
14.7.06	Ringerlactat 500 ml	1x1 bei Trinkmenge unter 800 ml	9.3.07
26.2.07	Insulin	Insuman Rapid bei BZ >180 2IE, bei BZ >200 4 IE, bei BZ >300 6 IE	
9.3.07	Ringerlactat 500 ml sc. und 500 ml Glucose	1x1wenn Trinkmenge unter 500 ml (beide Infusionen)	14.3.07
9.3.07	Glucose 500 ml	1x1 wenn Trinkmenge unter 800 ml (dann nur Glucose)	

23. Tabelle: Frau Lutz – Bedarfsmedikation

Der schlechte Gesundheitszustand und ein rapider Gewichtsverlust im Zeitraum Dezember 2006 bis März 2007 führte Anfang März 2007 zu einer Einweisung ins Krankenhaus und erbrachte die Diagnose einer Koprostase (Kotstauung im Dickdarm mit

Bildung von verhärteten Kotballen). Das Schmerzmittel wurde im April 2007 abgesetzt, im Mai begann die Reduzierung des Psychopharmakons Melperon, das dann im Juli 2007 abgesetzt wurde.

Insulin musste während des Evaluationszeitraums nie gegeben werden, weil der Blutzucker die Grenze von 180mg/dl nie überstieg. Der labile Gesundheitszustand verschärfte sich mehrmals durch 2-3-tägige Krisen, in denen eine Veränderung in der Atmung, geringe Reaktionen auf Ansprache, Lautartikulationen der Bewohnerin, kleine Pupillen, starkes Schwitzen, Erbrechen, Nahrungsverweigerung und eine kontinuierliche Kontrolle der Vitalwerte im Vordergrund standen. In diesem Zeitraum (März bis April 2007) wurden drei Infusionen gegeben. Von einer Konsolidierung des Gesundheitszustandes und einem damit zusammenhängenden sukzessiven Gewichtsaufbau kann ab Mai/Juni 2007 gesprochen werden.



15. Grafik: Frau Lutz - BMI

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Folgende Veränderungsaspekte können bei Frau Lutz im Vergleich zur Situation im Dezember 2006 berichtet werden:

- Die Unruhezustände haben sich bis April 2007 erhalten und sich langsam reduziert.
- starker Gewichtsverlust bis März 2007 und langsamer Gewichtsaufbau ab Mai/Juni 2007
- Eine erhöhte Aufmerksamkeit der Bewohnerin zeigt sich in nonverbalen und verbalen Interaktionen.

Welche Einflussfaktoren können in Verbindung mit den Veränderungs-aspekten stehen?

Unveränderte Rahmenbedingungen

- fortlaufende Besuche der Angehörigen

Veränderte Rahmenbedingungen

- Reduktion von Schmerzmittel und Psychopharmaka
- Anpassung der Kostform, Anpassung der Speisen an ihre Vorlieben; zum Beispiel Zucker auf Kartoffelbrei
- Krankenhauseinweisung im März 2007
- schnelle Reaktion der Mitarbeiterinnen auf Bewohnerbedürfnisse möglich, weil Präsenz gegeben ist
- häufigere Kontakte mit Mitarbeiterinnen sowohl über Ansprache und nonverbale Hinweise wie Winken oder Blickkontakte
- Gemeinschaft als „Umweltfaktor“

Frau Kramer, 77 Jahre

Frau Kramer ist 77 Jahre alt, verwitwet, hat eine Tochter und einen Sohn, in dessen Haus sie bis März 2005 überwiegend von der Schwiegertochter gepflegt wurde.

> *„Sie hat ja vorher bei meinem Bruder und bei meiner Schwägerin gelebt. Und meine Schwägerin war am Ende ihrer Kraft. Und sie wollten sie zuerst nicht weggeben, aber meine Schwägerin konnte einfach nicht mehr. Da hatten wir das Glück, dass wir innerhalb von einem Vierteljahr den Platz hier bekamen.“ (PD 25)*

Nach einer Krankenhauseinweisung erfolgte im März 2005 der Einzug ins Seniorenzentrum Holle auf einen Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz. Der fortschreitende Krankheitsprozess und mehrere kritische Situationen, die vor allem durch Atemnotzustände entstanden, führten im Februar 2007 zu einer Verlegung in die Pflegeoase.

> *„Durch die Herzanfälle und wir haben schon gedacht Weihnachten ist sie nicht mehr da. Und Weihnachten auf einmal, saß sie im Rollstuhl und lachte uns an. Da ging es wieder bergauf, der Wohnbereich B hatte sie nicht mehr abgegeben, weil die dachten, wir kennen sie, sie kennt uns und dann auf einmal, ging es ihr wieder besser. Und dann den ganzen Tag alleine im Zimmer, das wollten sie ihr auch nicht zumuten. Da hatten wir das Gefühl, dass sie wieder Gesellschaft braucht. Und die hat sie auf der Oase auch gehabt und sie hat sich auch sehr wohl gefühlt.“ (PD 25)*

Gegenüberstellung: Ausgangssituation und Veränderungsaspekte

Um die Bewohnersituation in der Pflegeoase darstellen zu können, wird die Ausgangssituation im Februar 2007 beschrieben und mit den Aspekten ergänzt, die im Laufe der Evaluation bis Mai 2007 beobachtet oder beschrieben werden können. Verhaltens- oder Versorgungsaspekte, die unverändert blieben, werden auch mit „unverändert“ gekennzeichnet.

	Beschreibung vor Umzug in Pflegeoase	Veränderungsaspekte in der Pflegeoase
Bewegungs-fähigkeit	Bewegung der Arme und Hände	unverändert
	Oberkörperhochlagerung zur Verbesserung der Atmung	unverändert
	Lagerungsintervalle (alle 2 Stunden)	unverändert
	Gehen oder Stehen ist auch mit Unterstützung nicht möglich.	unverändert
		BW hält Plüschtier in der Hand.
Ernährung	Aspirationsgefahr	unverändert
	Nahrungsverweigerung	BW lässt Speisen oder Getränke aus dem Mund laufen, wenn sie genug hat.
		BW kann pürierte Kost vom Löffel essen.
		Nahrung kann kaum gereicht werden, BW ist schläfrig oder erschöpft.
		Getränke werden angedickt, damit BW sich nicht verschluckt.
	BMI: 16,3	BMI: 15,9
Ausscheidung und Köperpflege	Harn- und Stuhlinkontinenz – Versorgung mit Inkontinenzeinlagen	unverändert
Schlaf	hohes Schlafbedürfnis am Tag	unverändert
	Nachtschlaf wird durch Lagerungsintervalle gestört.	unverändert
Kommunikation	BW führt Selbstgespräche, teilweise unverständlich.	unverändert
	BW reagiert auf Ansprache.	BW beantwortet Fragen teilweise ganz deutlich und angemessen.
		BW hält Blickkontakt mit MA und lächelt.
		BW verfolgt aufmerksam das Geschehen in ihrer Umgebung.
		zunehmende Abwesenheit nach Asthmaanfällen, wenig Reaktionen
		Artikuliert Angst, ruft: „Mutti, Mutti. Warum?“,

		richtet den Blick ganz starr an die Decke und sagt immer wieder: „Ich, ich, ich…“ oder ruft mit geschlossenen Augen „Papa, Papa….“
Wohlbefinden	lächeln	unverändert
		BW scheint ihre Familienbilder an der Wand sehr intensiv zu betrachten.
Unwohlsein	starke Erregungszustände	unverändert
	Kurzatmigkeit und starke Bronchospastik. BW erhält Sauerstoff zur Unterstützung.	unverändert
		artikuliert Angst
Besuche	2-3 Mal pro Woche	unverändert
Tätigkeit b. Besuch	Gespräche	unverändert
	Körperkontakt	unverändert
		Gespräche mit Mitarbeiterinnen
Kritische Ereignisse	Asthmaanfälle	unverändert
	Bei Atemnot erhält BW Sauerstoff.	Steigerung der Sauerstoffzufuhr ab März 2007

24. Tabelle: Frau Kramer – Ausgangssituation und Veränderungen

Bewohnersituation im Oktober 2007

Der pflegerische Hilfebedarf bei Frau Kramer intensiviert sich in den Phasen, wenn akute Atemnot durch Asthmaanfälle entsteht. Vor allem steht die Zuwendung der Mitarbeiterinnen durch Körperberührung und beruhigendes Sprechen im Vordergrund. In den Interaktionen zwischen den Mitarbeiterinnen und Frau Kramer fließt das biographische Hintergrundwissen über ihre Lebensleistungen immer wieder in die Gespräche ein, beispielsweise: „Immer viel gearbeitet, immer für andere da gewesen“ (Frau Kramer hat nicht nur ihren an Krebs erkrankten Mann, sondern auch die Eltern und Schwiegereltern bis zum Tod gepflegt). Einige Tage vor ihrem Tod stellt Frau Kramer ganz deutlich folgende Frage an eine Mitarbeiterin: „Magst du mich gerne?“ und erhielt von ihr folgende Antwort: „Sie kamen hier an und ich mochte Sie gerne.“ Auch die Ge-

spräche mit den Angehörigen, die immer wieder informiert werden, wenn sich der Allgemeinzustand von Frau Kramer verschlechtert, nehmen Raum ein. Nach drei Monaten ist Frau Kramer in der Pflegeoase gestorben. Für die Angehörigen kam dies nicht unerwartet.

> *„Ich meine so eine Woche vorher wie ich kam, da sagte die Frau Albers (Mitarbeiterin der Pflegeoase, Anm. d. Vfs.), die hatte da Dienst, da sagte sie schon, dass es diesmal anders aussieht. Also nicht wieder ein Asthmaanfall, sondern sie kriegt so ganz komisch Luft und sie kriegt so ganz schwer Luft. Und sie hat von ganz viel Angst gesprochen und es würde so aussehen als ob sie einschläft … Aber sie war auch so ein Stehaufmännchen. Wie oft waren wir schon im Wohnbereich A da, wenn sie angerufen hatten, dass es nicht gut aussieht. Wir sind da und nach einer Stunde macht sie die Augen auf und sagt: ‚Hallo'. Ich weiß nicht, dann lebt man auch irgendwo damit. Selbst wenn ein Anruf kommt, denkt man: Ach. Man fährt dann doch hin und denkt es könnte ja, aber das wird schon nicht." (PD 41)*

Für die Angehörigen war die Situation in der Pflegeoase tröstlich, zum einen weil sie ihre Mutter „nicht alleine" wussten und zum anderen, weil die Beziehung der Mitarbeiterinnen zu Frau Kramer auch nach deren Tod spürbar war.

> *„Dass sie nicht alleine ist. Das finde ich ganz wichtig. Ich denke, wenn sie irgendwann stirbt, da sind noch die anderen mit im Zimmer. Irgendwie finde ich das, der Gedankengang, sie ist nicht allein in ihrem Zimmer gestorben, das finde ich ganz toll. Das doch noch andere dabei waren. Denn wenn sie jetzt so ein Einzelzimmer hätte, sie schläft einfach still ein. Irgendwann kommt dann mal eine Pflegerin rein und sieht… Das wird die Pflegerin vielleicht auch nicht gleich merken, dass sie eingeschlafen ist, zumal wenn es dann auch nachts ist. Aber sie war nicht allein." (PD 41)*

Einflussvariablen – Medikation und BMI

Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
17.2.06	Novaminsulfon Tropf.	20-0-20-0	
2.1.06	Ciatyl Tropf.	0-1-0-0	
1.12.06	ISDN 5 mg	1-0-1-0	
11.3.07	Tavor 1,0 Expidet	1-0-0-0	

25. Tabelle: Frau Kramer - Medikation

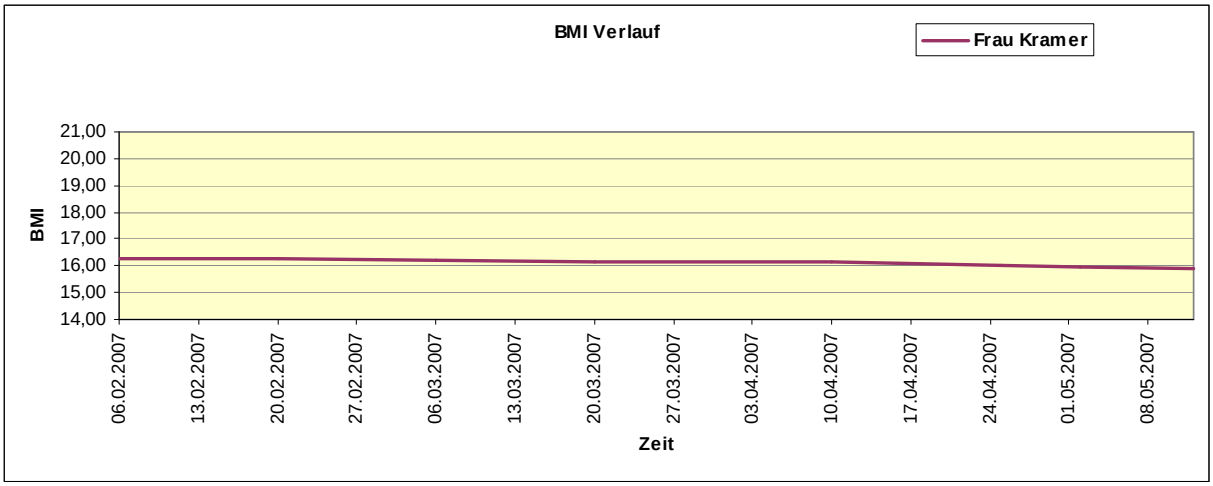
Seit September 2006 verschlechtert sich der Allgemeinzustand der Bewohnerin. Im Wechsel lösen sich Phasen der Kurzatmigkeit in Verbindung mit Angstzuständen, Unruhe und Nahrungsverweigerung mit Phasen der Entspannung und Konsolidierung ab. Zur Behandlung der Angstzustände, die bei den zunehmenden Bronchospastiken auftraten erhielt die Bewohnerin Tavor. Bei Atemnot wurde Sauerstoff gegeben. Die Verwendungshäufigkeit der Bedarfsmedikation spiegelt den Allgemeinzustand wider. Bis Ende März 2007 wurde das Bedarfsmedikament Tavor zehnmal verabreicht. Mit der

festen Medikamentenverordnung von Tavor musste bis Mai 2007 nur noch fünfmal auf das Bedarfsmedikament zurückgegriffen werden. Zur Erleichterung der Atemsituation erhielt die Bewohnerin zusätzlich Nitrospray und Loftan (bis März 2007 fünfmal). Auch eine jeweils zweimalige intravenöse Injektion von Euphillin, Diazepam und Furosemid im März 2007 belegt, wie kritisch die Situation für die Bewohnerin war. Anfang März 2007 erhielt die Bewohnerin sechsmal Furosemid. Eine Flüssigkeitssubstitution war schwerpunktmäßig im April 2007 notwendig. Von insgesamt 15 Infusionen wurden im April 12 Infusionen gegeben.

Bedarfsmedikation			
Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
20.5.05	Laxoberal Tropf.	5-10 bei Obstipation	
23.3.03	Dulcolax Supp.	1x1 Obstipation am 4. Tag	
14.7.05	MCP Tropfen	1x15 bis 3x15 bei Übelkeit	
14.7.05	Loperamid	1x1 bis 3x1 Durchfall	
10.12.05	Paracetamol 500 mg	1x1 bis 4x1 bei Temp. >38,5	
17.12.05	Nitrospray	1-2 HB bis 4x2 HB bei Luftnot und RR >170	
12.3.06	Loftan 4 mg	1x1 bis 2x1 Bronchospastik	
12.4.06	Tavor Expidet	1x1 bei Erregung	
5.1.07	Furosemid 40 mg	1x1 nur wenn über 800 ml Gesamtflüssigkeit	
9.3.07	Euphillin iv.	bei Asthmaanfällen	
9.3.07	Ringer-lactat 500 ml sc. und 500 ml Glucose	1x1 wenn Trinkmenge unter 500 ml (beide Infusionen)	
9.3.07	Furosemid i.v.		
9.3.07	Diazepam i.v.		

26. Tabelle: Frau Kramer – Bedarfsmedikation

Frau Kramer wurde in der Pflegeoase fast drei Monate gepflegt bis sie starb. Die Bemühungen um Nahrungs- und Flüssigkeitsangebote seitens der Mitarbeiterinnen scheiterten zeitweise an den Möglichkeiten der Bewohnerin, die durch eine in Schüben auftretende Atemnot sehr geplagt war. Im Body-Mass-Index ist ein leichter Gewichtsverlust zu beobachten, der angesichts der Bewohnersituation als marginal eingestuft werden kann.



16. Grafik: Frau Kramer – BMI

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Es können durch den kritischen Allgemeinzustand der Bewohnerin und die kurze Zeit in der Pflegeoase keine fundierten Veränderungsaspekte berichtet werden.

Frau Heine, 78 Jahre

Frau Heine ist 78 Jahre alt, verheiratet und lebte bis Januar 2005 in der eigenen Häuslichkeit gemeinsam mit ihrem Ehemann. Eine Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst, von den beiden Töchtern und dem Sohn erreichte seine Grenzen, und ein Einzug ins Pflegeheim wurde unumgänglich. Der Einzug ins Seniorenzentrum Holle erfolgte auf einen Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz. Der fortschreitende Krankheitsprozess und die zunehmende Einschränkung in der Mobilität führte im Juni 2006 zu einer Verlegung auf den Wohnbereich A. Die Bewohnerin zog in ein Doppelzimmer, und aufgrund ihrer motorischen Unruhe wurde das Pflegebett entfernt und zwei Matratzen auf dem Fußboden zur Verfügung gestellt. Dadurch konnte der Bewohnerin eine nächtliche Fixierung trotz richterlicher Zustimmung erspart und ihrem Bewegungsdrang Raum gelassen werden. Tagsüber wurde sie in einen Liegesessel mobilisiert und im Ess- und Aufenthaltsbereich betreut. Der Ehemann und die Kinder besuchten die Bewohnerin drei- bis viermal in der Woche. Bei den Besuchen standen das Anreichen privat mitgebrachter Speisen und Gespräche im Vordergrund. Der Ehemann sieht die Heimunterbringung als „Zwischenlösung“ und hofft darauf, dass sich der Zustand soweit verbessern lässt, dass eine Betreuung in der eigenen Häuslichkeit wieder möglich wird.

Sowohl der Ehemann, als auch die Tochter standen dem neuen Betreuungsangebot offen gegenüber. Herr Heine hatte sich bereits zum Konzept kundig gemacht, rechnete aber nicht damit, dass seine Frau in Betracht gezogen werden könnte.

> *„Dass das ein Muster aus der Schweiz ist, das war durch in den Köpfen. Also, soviel hatte ich erfahren und ich habe mir das dann auch mal zwischendurch angeguckt, weil ja, da oben den ganzen Sommer über Bau war und ich wusste das – was da läuft. Und hatte auch da schon die Überzeugung, dass das wohl besser ist, wie das unten. Da liegen sie doch im Zimmer überall. Und denn haben sie den Einen mal rausgeholt aus dem Zimmer die Anderen wurden gar nicht betreut den Nachmittag.“ (PD 45)*

Die Tochter spricht von einer generellen Aufgeschlossenheit, hatte aber keine konkreten Erwartungen an die Pflegeoase:

> *„Erwartungen hatte ich wenig. Ja, wenige. Ich war der Sache sehr aufgeschlossen gegenüber, aber große Erwartungen hatte ich nicht. Ich hatte die Hoffnung, dass es für meine Mutter wirklich das Beste ist.“ (PD 48)*

Gegenüberstellung: Ausgangssituation und Veränderungsaspekte

Um die Bewohnersituation in der Pflegeoase darstellen zu können, wird die Ausgangssituation beschrieben und mit den Aspekten ergänzt, die im Laufe der Evaluation beobachtet oder beschrieben werden können. Verhaltens- oder Versorgungsaspekte, die unverändert blieben, werden auch mit „unverändert“ gekennzeichnet.

	Beschreibung vor Umzug in Pflegeoase	Veränderungsaspekte in der Pflegeoase
Bewegungsfähigkeit	BW hat einen starken Bewegungsdrang.	unverändert, BW hat starken Bewegungsdrang, überkreuzt die Beine beim Sitzen, hält die Arme in Bewegung, versucht die Sitzposition zu verändern, macht Bewegungen, die andeuten, dass sie aufstehen möchte.
	BW kann sich von der Matratze auf dem Boden krabbelnd fortbewegen.	unverändert
	BW überstreckt den Kopf.	unverändert
	BW hat gebückte Sitzhaltung.	unverändert
	BW kann in Ruhephasen mit Unterstützung stehen.	unverändert
	Mobilisierung mit 2 MA beim Gehen	BW überkreuzt beim Gehen teilweise die Beine und verunmöglicht damit ein Weitergehen.
	angespannte Körperhaltung und Unruhe, die sich in Körperbewegungen und Atemgeräuschen ausdrückt	hat sich reduziert
		mahlende Kieferbewegungen
		Handlungsimpulse für Selbstpflege z.B. streicht mit der Hand durch das Haar, versucht Essensreste vom Kinn zu wischen
Ernährung	Verschluckt sich, weil BW beim Essen müde ist und die Überstreckung des Kopfes das Essen erschwert.	unverändert
	BW hat einen guten Appetit und kann auch feste	unverändert, Essen wird mit einem großen

	Speisen zu sich nehmen.	Löffel angereicht
	Speisenangebote bei Besuchen haben dazu geführt, dass sich BW im Anschluss übergeben musste	unverändert
	Das Reichen von Nahrung und Flüssigkeit muss komplett übernommen werden.	BW wird dabei unterstützt, den Becher selbst zum Mund zu führen, wenn diese Handlungsimpulse auftreten.
	Getränke werden im Schnabelbecher gereicht.	BW trinkt aus dem Becher
		BW presst die Lippen zusammen und signalisiert ganz deutlich, wenn das Essen anreichen zu schnell ist.
	BMI: 19,6	BMI: 20,5
Ausscheidung / Körperpflege	BW hat extremen Stuhl- und Harndrang.	unverändert
	Stuhlgangregulation mit Abführmitteln	unverändert
	Harninkontinenz – Versorgung mit Inkontinenzeinlagen	unverändert
Schlaf	BW schläft gerne länger.	unverändert
	nachts sehr bewegungsaktiv und unruhigen Schlaf, hat Matratze auf dem Boden und krabbelt herunter	hat sich reduziert
		Weniger Polsterkissen im Bett scheint BW zu beruhigen.
Kommunikation	BW sitzt mit geschlossenen Augen.	unverändert
	BW artikuliert sich verbal.	BW artikuliert verbal „Angst“.
	BW reagiert auf Ansprache, teilweise durch Wiederholung einzelner Worte.	BW hört aufmerksam zu und antwortet mit Ja oder Nein auf Fragen, die an sie oder an andere BW gerichtet sind; reagiert besonders auf Themen aus ihrer Lebensgeschichte z.B. Bäckerei.
	nonverbale Kommunikation: lächeln, mit den Augen folgen	unverändert
	BW stöhnt häufig bzw. zieht mit deutlichen Atemgeräuschen die Luft tief ein.	Anzeichen treten seltener auf
Wohlbefinden	Bei Besuchen des Ehemannes spricht BW mehr und reagiert auf Ansprache.	unverändert
	wenn BW entspannt liegt	unverändert
Unwohlsein	wenn BW Angst äußert	unverändert
	BW bei Toilettengang extrem unruhig.	
Besuche	3-4 Mal pro Woche	unverändert

Tätigkeiten b. Besuch	Privat mitgebrachtes Essen anreichen	unverändert
	verbale Ansprache	unverändert
		Schönheitspflege z.B. parfümieren

27. Tabelle: Frau Heine – Ausgangssituation und Veränderungen

Bewohnersituation im Oktober 2007

Der pflegerische Hilfebedarf ist unverändert. Der nächtlichen motorischen Unruhe wird so begegnet, dass der Bewohnerin ein Futon mit einer weiteren Sicherungsmatratze auf dem Boden zur Verfügung gestellt wird. Damit kann sie ihrem nächtlichen Bewegungsdrang nachgeben, eine Gefährdung durch einen Sturz aus dem Pflegebett kann vermieden und der Bewohnerin eine Fixierung erspart werden. Der Transfer von der Matratze in einen Pflegestuhl ist allerdings für die Mitarbeiterinnen Schwerstarbeit, zumal die Bewohnerin die meisten Pflegenden mit ihrer Körpergröße überragt. Kleine Veränderungen im Verhalten von Frau Heine lassen sich im Bereich der motorischen Unruhe, der Ernährung und der Kommunikation beschreiben.

Zum Ende des Evaluationszeitraums wirkt die Bewohnerin ruhiger, das heißt die gepressten Atemgeräusche treten selten auf und auch die Bewegungen mit den Armen haben sich reduziert.

Beim Anreichen von Speisen und Getränken werden persönliche Vorlieben berücksichtigt: es gibt zum Beispiel doppeltes Toastbrot mit Mettwurst, das mit Suppe getränkt wird. Sie hat einen guten Appetit und signalisiert nonverbal (Zusammenpressen der Lippen) und verbal, wann sie genug hat. Dass diese Informationen ernst genommen werden liegt unter anderem auch daran, dass die Pflegenden häufig miterleben mussten, dass sich die Bewohnerin nach Besuchen übergeben musste, weil Lieblingsspeisen mitgebracht und als Form der Zuwendung angereicht wurden.

Verbale Kommunikation ist teilweise zielgerichtet, das heißt dass Frau Heine Fragen mit Ja oder Nein beantwortet oder auch auf verbale Interaktionen, die im Raum stattfinden, verbal reagiert. Ihre emotionale Gestimmtheit kann sie zum Ausdruck bringen, indem sie Angst artikuliert.

Einflussvariablen – Medikation und BMI

Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
6.1.05	Amlodipin 5 mg	1-0-0-0	13.2.07
26.4.05	Vit B1 200 mg	1-0-0-0	
13.3.06	Favistan	¼-0-0-0	
1.11.06	Tiapridex 100 mg	½-0-½-0	19.9.07
7.2.07	Dominal forte 40 mg	0-0-1-0	
13.2.07	Amlopidin 5 mg	1-0-1-0-	

6.3.07	Ramipril	½-0-1-0	
7.8.07	Gingium Tbl.	1-0-0	18.9.07
18.9.07	Gingium Tbl.	1-1-1	
19.9.07	Tiapridex 100 mg	0-0-½	

28. Tabelle: Frau Heine – Medikation

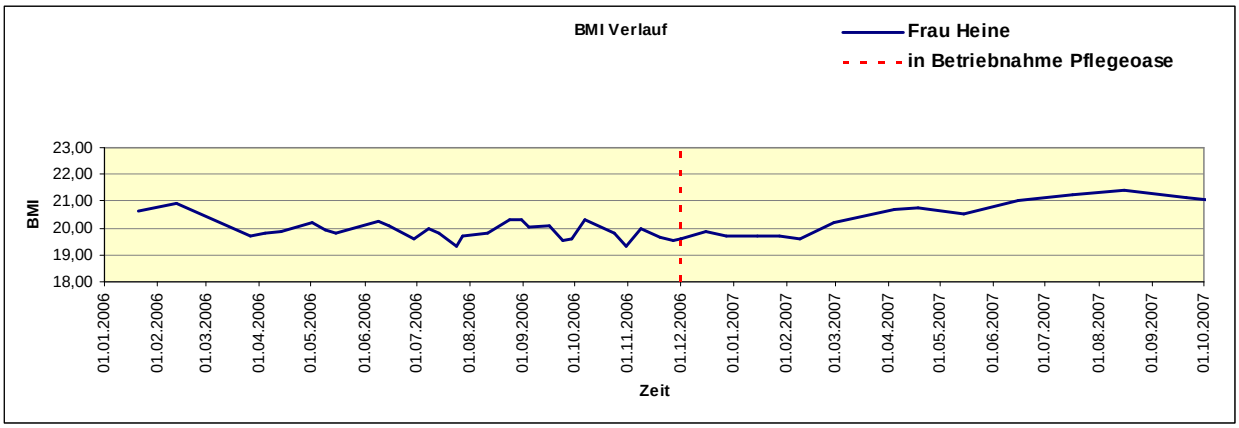
In der Medikation kann eine Dosissteigerung in der Behandlung des Bluthochdrucks durch Amlodipin in Ergänzung mit Rampiril beschrieben werden. Eine Reduktion der Neuroleptika (Tiapridex) fand im September 2007 statt. Das Medikament Gingium erhält Frau Heine, weil sich der Ehemann sehr viel davon verspricht und mit dem behandelnden Hausarzt das Gespräch gesucht hat.

Bedarfsmedikation			
Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
11.1.2005	Movicol Btl.	1x1 bis 4x1 Obstipation am 4. Tag	
14.3.2005	Melperon 50 mg	1x1 bis 2x1 bei Unruhe	
11.11.2005	Paracetamol 500 mg	1x1 bis 4x1 Fieber über 38,5	
11.11.2005	Loperamid akut	1x1 bis 5x1 Durchfall	
16.8.2005	Vomacur	1x1 bis 3x1 bei Erbrechen	
14.2.2007	Nitro	1x1 RR über 180/90	
16.5.2007	Ringerlacta 500 ml	1x1 wenn Trinkmenge kleiner 800 ml	17.7.07

29. Tabelle: Frau Heine – Bedarfsmedikation

Die Bedarfsmedikation kann als Einflussfaktor vernachlässigt werden. Im gesamten Evaluationszeitraum war eine Stuhlgangregulierung mit Movicol nur fünfmal notwendig. Eine kurzfristige Körpertemperaturerhöhung wurde einmal mit Paracetamol behandelt. Zur Regulierung des Bluthochdrucks bekam Frau Heine zweimal Nitro und im Juni 2007 erhielt sie einmalig eine Infusion, weil die Trinkmenge unter 800 ml lag.

Im Hinblick auf die Entwicklung des Body-Mass-Indexes in der Pflegeoase kann bei Frau Heine von einer positiven Entwicklung gesprochen werden. Im Rückblick auf das Jahr 2006 kann ein kontinuierlicher Verlust des Körpergewichts konstatiert werden. Zum Zeitpunkt der Verlegung in die Pflegeoase (12/2006) lag der BMI bei 19,6 und im September 2007 bei 21,2.



17. Grafik: Frau Heine – BMI

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Folgende Veränderungsaspekte können bei Frau Heine im Vergleich zur Situation im Dezember 2006 berichtet werden:

- motorische Unruhe hat sich reduziert
- deutliche Gewichtszunahme
- Eine erhöhte Aufmerksamkeit der Bewohnerin zeigt sich in nonverbalen und verbalen Interaktionen
- Bewohnerin kann Ängste ausdrücken.

Welche Einflussfaktoren können in Verbindung mit den Veränderungs-aspekten stehen?

<u>Unveränderte Rahmenbedingungen</u>

- fortlaufende Besuche der Angehörigen

<u>Veränderte Rahmenbedingungen</u>

- Medikation
- Anpassung der Kostform und Kenntnis der Ernährungsvorlieben
- Bewohnerin wird beim Anreichen der Speisen gefragt, ob es schmeckt oder ob sie noch mehr möchte und ihre Antworten werden ernst genommen
- häufigere Kontakte mit Mitarbeiterinnen sowohl über Ansprache als auch über Körperberührung
- Gemeinschaft als „Umweltfaktor“

Frau Otto, 84 Jahre

Frau Otto ist 84 Jahre alt, verwitwet, hat zwei Töchter und lebte bis 2002 in der eigenen Häuslichkeit in Berlin. Die Suche nach einem geeigneten Heimplatz in Berlin ges-

taltete sich schwierig. Ein anthroposophisches Pflegeheim schien aussichtsreich zu sein, weil eine Demenzgruppe eröffnet werden sollte. Beide Töchter hatten sich die Pflege aufgeteilt, indem eine Tochter unter der Woche nach Berlin reiste, um die Situation zu stabilisieren und die andere Tochter die Wochenenden bei der Mutter verbrachte. Da es Frau Otto immer schlechter ging und die Situation in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr zu halten war, nahm sie die Tochter mit nach Hildesheim in die eigene Häulichkeit auf.

> *„Aber es ging nicht darum so lange wie möglich zu halten. Sondern wir gehen ja alle auf dem Zahnfleisch. Also damals hatte sie so Phasen, die eben so extrem waren, dass sie zu Hause eigentlich nicht tragbar war. Also ich habe dringendst auf einen Heimplatz irgendwo, also habe darauf gewartet, einen zu finden. Aber ich hätte sie eben nicht irgendwo hingegeben, das war das Problem, sondern nur so, wie wir es uns dachen.“ (PD 43)*

Im April 2002 wurde Frau Otto im Seniorenzentrum Holle aufgenommen. Sie erhielt ein Einzelzimmer in einem Wohnbereich für mobile Menschen mit Demenz. Der fortschreitende Krankheitsprozess und die zunehmende Einschränkung in der Mobilität führte im Mai 2005 zu einer Verlegung auf den Wohnbereich A. Auf Drängen der Tochter wurde die Bewohnerin im August 2006 in ein Doppelzimmer verlegt. Die Entscheidung, einer Verlegung in die Pflegeoase zuzustimmen, bedurfte keiner Überzeugungsarbeit, denn die Tochter war zum einen mit der Betreuungssituation im Wohnbereich A unzufrieden und zum anderen hatte sie sich vom Pflegeoasenkonzept eine andere Form der persönlichen Zuwendung für ihre Mutter erhofft.

> *„Ich habe darauf gelauert. Weil ich in Wohnbereich A das überhaupt nicht schön fand. Ich habe mich ja dann auch darum bemüht, dass sie in ein 2-Bett-Zimmer kam. Das war schon besser. Weil, um nachts irgendwie durchzuschlafen und so. Man bekommt dann ja Rückmeldung. Das fand ich schon viel besser. Denn einer, der so lange, Jahrzehnte, immer neben einem Partner gelegen hat und nachts Geräusche hatte, dass der dann so alleine vor sich hinlebt, das wurde mir erst klar als sie dann dement war und nicht mehr wusste was los ist.“ (PD 43)*

> *„Ich kann das ganz platt sagen. Die Erwartungen, man kann das vergleichen mit so schönen alten Filmen. Da liegt einer krank und eine Krankenschwester sitzt am Bett und streicht über die Stirn. Und hat immer gerade was zu Hand, was der Kranke braucht“. (PD 43)*

Gegenüberstellung: Ausgangssituation und Veränderungsaspekte

Um die Bewohnersituation in der Pflegeoase darstellen zu können, wird die Ausgangssituation beschrieben und mit den Aspekten ergänzt, die im Laufe der Evaluation beobachtet oder beschrieben werden können. Verhaltens- oder Versorgungsaspekte, die unverändert blieben, werden auch mit „unverändert“ gekennzeichnet.

	Beschreibung vor Umzug in Pflegeoase	Veränderungsaspekte in der Pflegeoase
Bewegungsfähigkeit	BW bewegt den Kopf hin und her und wirkt dabei sehr ernst.	unverändert
	Veränderung der Körperposition durch Anziehen oder Strecken der Beine	unverändert
	BW findet eigenständig eine „bequeme“ Körperposition (Oberkörper nach links und Beine nach rechts gestreckt).	unverändert
	BW macht viele kleine Bewegungen im Sitzen.	unverändert
	BW verhält sich ruhig, wenn sie im Bett liegt.	unverändert
	Gehen ist nur mit Unterstützung von 2 bis 3 MA möglich.	Unverändert, aber sobald BW zum Stehen kommt, dann hat sie einen Impuls sich zu setzen und beugt die Knie.
		Hände sind beide zur Faust geballt und Entspannung erfolgt im Laufe des Vormittages in der linken Hand.
		BW bekommt Gegenstände zur sensorischen Stimulation in die Hand z.B. „Pelzhandschuh“.
		Blickrichtung in den Garten
		Bei BW sind Handlungsimpulse zu beobachten, sie greift in Richtung Tisch oder berührt den Stoff ihres T-Shirts und blickt dabei sehr aufmerksam. MA stellen fest, dass BW bei Gehübungen in gut ausgeleuchtetem Raum zügiger gehen kann.
Ernährung	Getränkevorliebe: Milchkaffee mit Zucker	unverändert
	Anreichen von Speisen war schwierig, BW hat den Mund zusammengepresst.	Isst Weißbrot mit Butter und Marmelade, Essen anreichen ist viel leichter geworden.
	Getränke konnten nur mit Schnabelbecher gereicht werden.	BW trinkt aus dem Becher ohne Schnabelaufsatz.
	Nahrung anreichen war sehr zeitintensiv	unverändert
	BMI: 21,3	BMI: 23,1
		Nahrung wird in kleinen Schritten angeboten.
Ausscheidung und Körperpflege	BW genießt es, wenn ihr die Haare gemacht werden.	unverändert

	Stuhlgangregulation mit Abführmitteln	unverändert
	Harn- und Stuhlinkontinenz – Versorgung mit Inkontinenzeinlagen	unverändert
		BW wird körperlich unruhig, wenn sie Harn- oder Stuhldrang spürt.
Schlaf	BW schläft am Vormittag gerne länger.	unverändert
		Wechsel von Schlafintervallen und Wachphase über den Tag verteilt.
Kommunikation	Augen waren häufig geschlossen.	Augen sind geöffnet
	BW erzählt vieles ohne konkreten Zusammenhang.	unverändert
		BW hält Blickkontakt.
		BW lächelt Mitarbeiter beim Aufwachen an.
		Die Kombination von entspanntem Lächeln und Erzählungen (wenn auch unverständlich) tritt häufig auf.
		BW lacht oft.
		BW reagiert auf Fragen nonverbal z.B. nickt mit dem Kopf oder auch verbal.
		BW reagiert auf Musik, indem sie versucht, die Melodie zu pfeifen, den Takt mit der Hand schlägt oder mit dem Fuß wippt.
		Dreht den Kopf in die Richtung, aus der sie angesprochen wird.
		ausgeprägte Mimik
		BW reagiert auf Komplimente.
Wohlbefinden	wenn sie körperlich entspannt ist	unverändert
	wenn sie von Tochter Besuch bekommt	unverändert
	wenn sie eine Puppe im Arm hält, dann beruhigt sie sich.	unverändert
		BW genießt es, wenn sie Kontakt zu Männern hat.
Unwohlsein	bei allen Transfers	unverändert
	BW ist lärmempfindlich.	unverändert
Besuchhäufigkeit	1-2 Mal pro Woche	unverändert

Tätigkeiten während des Besuchs	Berührungen und Körperkontakte	unverändert
	Gespräche	unverändert
	Anreichen von Speisen	unverändert
		Singen, Summen, Nacken einreiben, massieren, parfümieren, Haare bürsten, Unterstützung beim Gehen, „Tanzen“, d.h. die Hände fassen und im Rhythmus bewegen, auf dem Balkon sitzen

30. Tabelle: Frau Otto – Ausgangssituation und Veränderungen

Bewohnersituation im Oktober 2007

Der pflegerische Hilfebedarf ist unverändert. Veränderungen im Verhalten von Frau Otto lassen sich im Bereich der Ernährung, der Kommunikation und Stimmung beschreiben. Insgesamt heben die Mitarbeiterinnen heraus, dass die Eigenwilligkeit der Person wieder deutlich zum Ausdruck kommt.

- Das Anreichen der Speisen ist nach wie vor sehr zeitintensiv, aber Frau Otto isst wieder vom Löffel und trinkt aus einem Becher ohne Schnabelaufsatz. Frau Otto isst in der Regel gut und gerne. Wenn sie die Lippen zusammenpresst, dann wird dies als nonverbale Information verstanden, dass sie im Moment nichts mehr zu sich nehmen möchte. Die Mitarbeiterinnen kennen ihre Speisenvorlieben und gehen darauf ein und bieten ihr in kleinen Schritten die Speisen an. Eine Gewichtszunahme ist erfolgt.
- Vor allem in Bereich der Kommunikation sind bei Frau Otto große Veränderungen eingetreten. Ihre Mimik ist lebhafter geworden, sie lächelt, lacht und „erzählt“ viel. Wenn Frau Otto direkt angesprochen wird, dann kann sie auch mal eine adäquate Antwort geben. Wenn sie Musik hört, versucht sie zur Musik zu pfeifen oder summt die Schlusstakte mit. An Handbewegungen ist ebenfalls zu verfolgen, dass der Musikrhythmus sie motiviert. Sie ist aufmerksam gegenüber ihrer Umgebung, beobachtet die Mitarbeiterinnen und hat längere Wachphasen. Insgesamt hat sich ihre Stimmungslage verbessert, obwohl das Spektrum ihres mimischen Ausdrucksvermögen auch mürrische oder ungehaltene Emotionslagen vermuten lassen.

„Sie war sehr eingefallen. Sie machte gar nicht mehr die Augen auf. Und hatte auch abgenommen. Und hatte schon diese dünne Nase und so. Hatte mir nicht gefallen. Und hat ganz wenig reagiert. Also je länger sie da war. Und das ist jetzt eben alles anders.“ (PD 43)

Einflussvariablen – Medikation und BMI

Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
30.4.2003	Lactulose Sirup	10-0-10	
02.8.2004	Euphrasia Trpf.	1-0-1	
16.3.2006	Laxoberal Trpf.	0-0-12	

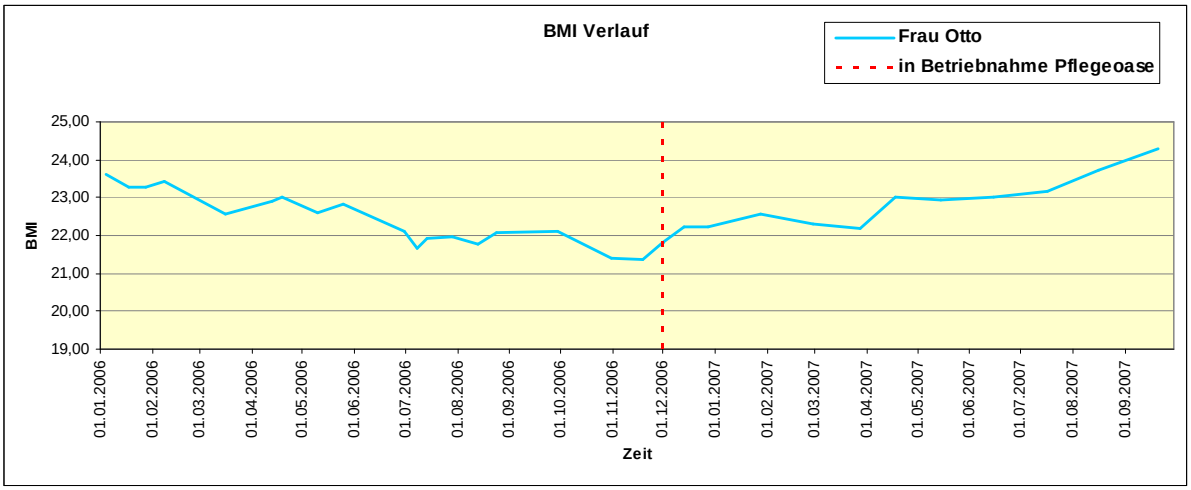
31. Tabelle: Frau Otto – Medikation

Frau Otto bekommt täglich Augentropfen zur Behandlung einer Augenentzündung. Darüber hinaus sind außer zur Stuhlgangregulierung keine weiteren Medikamente regelmäßig verordnet. Aus den wenigen Bedarfsmedikamenten werden in einem Rhythmus von 10-14 Tagen Dulcolax verwendet (insgesamt 17 Mal während des Evaluationszeitraums) und die anderen Bedarfsmedikamente wurden innerhalb von neun Monaten einmal verabreicht.

Bedarfsmedikation			
Datum	Medikament	Dosierung	Abgesetzt
	Immodium Supp.	1x1 nach Durchfall alle 6 Std.	
	Dulcolax Supp.	1x1 bei Obstipation am 2. Tag	
	Paracetamol 500 mg	1x1 bis 3x1 wenn Temperatur >38,5	

32. Tabelle: Frau Otto – Bedarfsmedikation

Im Hinblick auf die Entwicklung des Body-Mass-Indexes in der Pflegeoase kann bei Frau Otto von einer deutlichen Steigerung gesprochen werden. Im Rückblick auf das Jahr 2006 kann ein kontinuierlicher Verlust des Körpergewichts konstatiert werden. Zum Zeitpunkt der Verlegung in die Pflegeoase (12/2006) lag der BMI bei 21,8 und im September 2007 bei 24,3 und hat somit den Stand vom 1.1.2006 überschritten.



18. Grafik: Frau Otto – BMI

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Folgende Veränderungsaspekte können bei Frau Otto im Vergleich zur Situation im Dezember 2006 berichtet werden:

- deutliche Gewichtszunahme
- Eine erhöhte Aufmerksamkeit der Bewohnerin in Bezug auf ihre Umwelt, sie reagiert auf Musik und Gesprächsangebote
- der mimische Ausdruck spiegelt ein breites Repertoire an emotionaler Gestimmtheit wider und sie reagiert sowohl verbal als auch nonverbal auf Konaktangebote

Welche Einflussfaktoren können in Verbindung mit den Veränderungs-aspekten stehen?

Unveränderte Rahmenbedingungen

- fortlaufende Besuche der Angehörigen
- Medikation

Veränderte Rahmenbedingungen

- Mitarbeiterinnen orientieren sich beim Anreichen der Speisen am mimischen Ausdruck und respektieren ablehnende nonverbale Signale
- Speisen und Getränkevorlieben werden berücksichtigt z.B. trinkt Bewohnerin sehr gerne Milchkaffee
- häufigere Kontakte mit Mitarbeiterinnen sowohl über Ansprache als auch über Körperberührung
- Gemeinschaft als „Umweltfaktor“

Beschreibung der Bewohnergruppe

Aus der Gruppe der sechs Bewohnerinnen, die im Einzelfall beschrieben sind, ist Frau Kramer im Mai 2007 verstorben. In der Zusammenfassung werden sowohl die Einflussvariablen als auch die Veränderungsaspekte, die in der Bewohnergruppe beobachtet werden konnten, dargestellt. Mit der Zusammenführung unterschiedlicher Perspektiven (Angehörige, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Demenz Support) können einzelne Verhaltensänderungen belegt werden.

Medikation

Der Einfluss der Medikation auf die Verhaltenskompetenz der Bewohnerinnen kann bis auf eine deutliche Ausnahme, als marginal bezeichnet werden. Zusammenfassend für

die Gruppe, kann die medikamentöse Versorgung folgendermaßen beschrieben werden:

	Fr. Ganter	Fr. Schmid	Fr. Lutz	Fr. Kramer	Fr. Heine	Fr. Otto
Medikation - Multimorbidität	x	x	x	x	x	-
Ausscheidungsregulierung	x	x	x	-	-	x
Flüssigkeitszufuhr s.c.	x	↓ 0	↓	x	↓ 0	-
Psychopharmaka	-	x	↓ 0	x	↓	-
Schmerzmedikation	-	↑	↓ 0	x	-	-
Bedarfsmedikation z.B. Nitrospray/Tavor	x	-	-	x	x	-

33. Tabelle: Medikation im Evaluationszeitraum Dezember 2006 bis Oktober 2007

- Fünf Bewohnerinnen erhalten Medikamente, die vorhandene Krankheiten behandeln.
- Vier Bewohnerinnen erhalten eine regelmäßige Ausscheidungsregulierung.
- Fünf Bewohnerinnen haben in der Pflegeoase mindestens einmal eine Flüssigkeitssubstitution über eine Infusion erhalten. Dabei konnte bei einer Bewohnerin die Flüssigkeitszufuhr reduziert und bei zwei Bewohnerinnen ganz abgesetzt werden.
- Bei vier Bewohnerinnen waren Psychopharmaka verordnet, die bei einer Bewohnerin ganz abgesetzt und bei einer weiteren Bewohnerin reduziert werden konnten.
- Drei Bewohnerinnen erhielten Schmerzmedikamente. Bei einer Bewohnerin wurde das Medikament abgesetzt und bei einer weiteren Bewohnerin die Medikation verändert und die Dosis erhöht.
- Drei Bewohnerinnen haben im Evaluationszeitraum ein Bedarfsmedikament erhalten – entweder Nitrospray zur Verbesserung der Atemsituation oder zur Senkung des Blutdrucks oder ein Psychopharmaka, das bei Asthmaanfällen gegen die begleitenden Panikattacken verabreicht wurde.

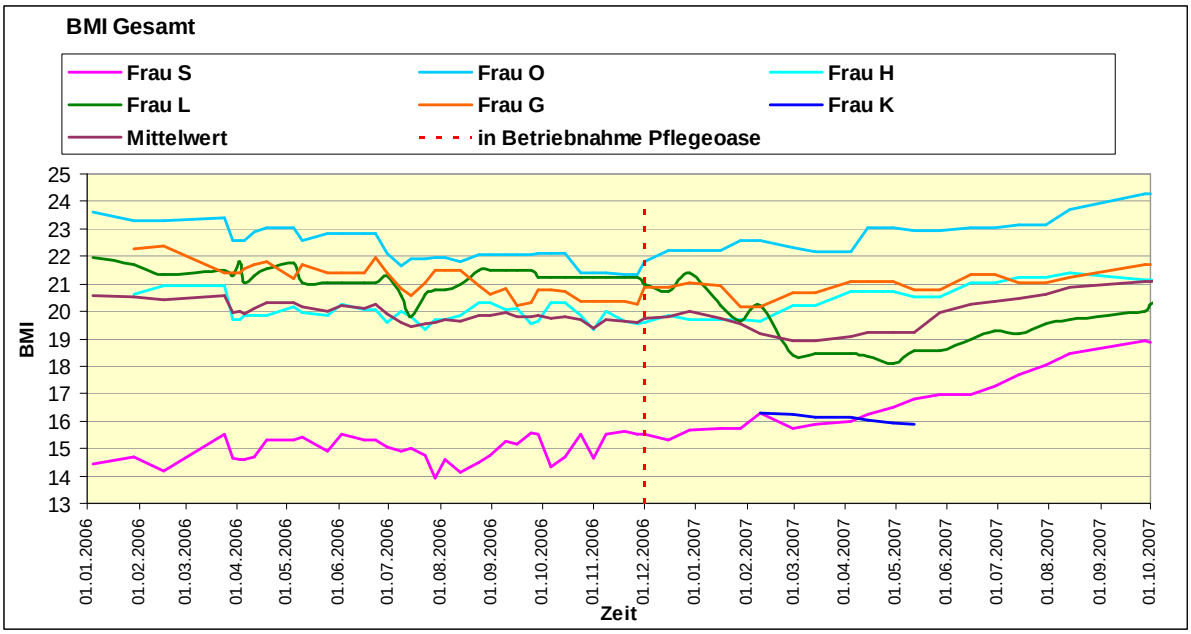
Bei einer Bewohnerin zeigte sich eine deutliche Verbesserung im Verhalten, nachdem die Schmerzmedikation verändert worden war. Sowohl die Kombination der Medikamente als auch die Dosissteigerung scheint eine positive Wirkung auf das Verhalten zu

haben. Die Unruhezustände, die von Jammern, Stöhnen und körperlicher Unruhe begleitet waren und sowohl durch pflegerische Handlungen ausgelöst als auch unvermittelt auftreten konnten, haben sich verringert; die Ruhe- und Entspannungsphasen haben sich verlängert.

Body-Mass-Index – Gewichtsverlauf

Der Gewichtsverlauf ist bei älteren Menschen ein wichtiger Indikator für ein Ernährungsrisiko. Der Gewichtsverlauf über einen bestimmten Zeitraum gibt – soweit keine gravierende Herz- oder Niereninsuffizienz vorliegt – Auskunft über Veränderungen im Ernährungszustand und ist aussagekräftiger als eine einzelne Gewichtsangabe. Bei älteren Menschen ist unbeabsichtigter Gewichtsverlust hoch prädiktiv für Morbidität und Mortalität.

- Für die Gruppe der Bewohnerinnen kann bis auf eine Ausnahme ein Gewichtsaufbau konstatiert werden.
- Bei Frau Kramer, die nach drei Monaten verstorben ist, war ein leichter Gewichtsverlust zu verzeichnen.
- Bei Frau Lutz ist ein akuter Gewichtsverlust zu beklagen, der mit einer Koprostase und einer Krankenhauseinweisung in Verbindung steht. Eine Gewichtszunahme hat sich bei ihr ab Mai 2007 langsam wieder eingestellt.



34. Tabelle: BMI aller Bewohnerinnen im Überblick

Insgesamt kann von einer positiven Entwicklung gesprochen werden. Drei Bewohnerinnen haben den Wert des Body-Mass-Index zum Zeitpunkt des Einzugs in die Pflegeoase deutlich überschritten. Eine Bewohnerin ist auf dem Weg, ihren Ausgangswert wieder zu erlangen. Aus den Daten lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- Die Gewichtszunahme bei Frau Schmid steht vermutlich mit der verbesserten Schmerzmedikation in Zusammenhang.
- Im Bereich der Medikation ist bei vier Bewohnerinnen keine tief greifende Veränderung erfolgt, und es kann daraus geschlossen werden, dass die Gewichtszunahme aus der veränderten Betreuungssituation resultiert.

Eine bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung, die sich sowohl in der Anpassung der Speisen als auch in der Art und Weise des Anreichens niederschlägt, wirkt sich positiv auf den Gewichtsverlauf aus.

Veränderungen der Verhaltenskompetenz

Die Informationen aus der Angehörigendokumentation, den Mitarbeitergesprächen und den Beobachtungen wurden auf Übereinstimmungen geprüft; nachfolgende Kategorien konnten herausgefiltert werden.

Während der Besuche in der Pflegeoase haben Angehörige ihre Eindrücke und Einschätzungen zur Bewohnersituation dokumentiert und für die Auswertung zur Verfügung gestellt. Die Aussagekraft dieser Informationen kann mit der Besuchshäufigkeit bestätigt werden:

- Zwei Angehörige kamen zwei bis dreimal die Woche und hielten sich ca. 1 bis 1,5 Stunden in der Pflegeoase auf.
- Drei Bewohnerinnen bekamen 1 bis 2 in der Woche Besuche mit einer Aufenthaltszeit von 1,5 bis 2 Stunden.
- Eine Bewohnerin erhält einmal in 14 Tagen Besuch.

Aufmerksamkeitsniveau

Unter dem Begriff Aufmerksamkeitsniveau lassen sich unterschiedliche Verhaltenskompetenzen bündeln:

- Bewohnerinnen haben die Augen geöffnet.
- Bewohnerinnen folgen den Mitarbeiterinnen mit dem Blick und reagieren auf nonverbale Signale wie z.B. Winken.
- Bewohnerinnen reagieren verbal oder nonverbal auf direkte Ansprache.
- Bewohnerinnen reagieren verbal auf Gespräche in ihrem Umfeld.

Augen-Blick

Ein wichtiger Aspekt in der Kommunikation ist der Augenkontakt. Angehörige haben die Situation vor der Verlegung in die Pflegeoase so beschrieben, dass ihre Familien-

mitglieder die Augen häufig geschlossen hielten. Diese Veränderung und auch die Möglichkeit über die Augen den Kontakt herzustellen, ist bei drei Bewohnerinnen beschrieben worden.

	Angehörige	Mitarbeiterinnen	Beobachtung DeSS
Beginn	Augen nur geschlossen, einmal geantwortet, sonst keine Reaktion. 22.2.2007	*„das war jetzt wirklich die Entwicklung, von fast immer die Augen zu… (PD 21)*	Frau G. ist ab und an zu hören, weil sie hustet. Sie hat die Augen geschlossen, die Arme vor der Brust gekreuzt. Sie hat keine Eigenbewegung. 12.3.2007
Verlauf	Mutter saß im Sessel, die ganze Zeit Augen geöffnet, einige, wenige Worte geredet, gut gegessen. 23.5.2007	*…manchmal die Augen auf, dann über Stunden wach, Augen offen und jetzt sprechen.“ (PD 21)*	Sie hat die Augen geöffnet und scheint ihre Umgebung aufmerksam zu betrachten. 24.7.2007

35. Tabelle: Verlaufsbeobachtungen zum Aufmerksamkeitsniveau

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 3.2.2007

> *„Etwas wacher als bisher. Hat zeitweise die Augen geöffnet, sehr friedlich, hat auch mal geantwortet.“*

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 10.3.2007

> *„Mittagessen wird später angereicht, Augen offen, guten Appetit beim Kuchen. Mutter saß im Rollstuhl, gegen 17:30 erschöpft, kam ins Bett, gleich eingeschlafen.“*

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 9.5.2007

> *Frau Heine redete in dieser Zeit, hatte offene Augen, schien den Körperkontakt zu genießen.“*

Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll vom 12.3.2007

> *„Sie scheint mit Interesse die Bilder an der Wand zu betrachten. Manchmal hebt sie auch den Arm und deutet in diese Richtung.“*

22. Bild: Reaktion einer Bewohnerin

Verbale Kommunikation

Wenn die sprachlichen Kompetenzen so weit eingeschränkt sind, dass Bewohnerinnen ihre Wünsche nicht mehr artikulieren oder ihrem Willen nicht mehr Ausdruck verleihen können, dann ist es die Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Angehörigen, die nonverbalen Hinweise richtig zu interpretieren. Verbale Reaktionen werden von Angehörigen und Mitarbeiterinnen nicht mehr erwartet und umso einprägsamer sind die Situationen, wenn Worte artikuliert werden. Die Bewertung dieser Verhaltenskompetenz ist schwierig, zumal in der Pflegeoase erstmals die Gelegenheit gegeben ist, die Ressourcen der Bewohnerinnen über die kontinuierliche Begleitung durch den Tag wahrnehmen zu können. Dennoch wird sowohl von Angehörigen und Mitarbeiterinnen ein Mehr an sprachlicher Reaktion berichtet.

	Angehörige	Mitarbeiterinnen	Beobachtung DeSS
Beginn	Mutter ist müde, schläft wieder ein, dabei ist sie unruhig. 2.1.2007	*BW schläft überwiegend und hat keine verbalen Äußerungen (PD 21)*	BW äußert sich verbal unverständlich. 12.3.2007
Verlauf	Mutter ist wach und gut drauf, erzählt viel, lacht viel, sagt beim Bürsten: „Aua!“ 22.7.2007	*Jetzt hört man sie „Anton“ sagen – das war vielleicht vorher auch schon da, aber es hat niemand mitbekommen (PD18)*	MA informiert BW, dass er sie duschen möchte. Fragt: „Duschen, wollen sie das?“ BW antwortet deutlich: „Ja, das muss mal sein!“ 10.5.2007

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 26.4.2007

„Mutter ist sehr wach und ansprechbar. Antwortet „natürlich“, wenn ich sage: ‚die Sonne scheint!’ und ‚Ja’, wenn ich frage, ob das Bürsten ziept.“

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 29.5.2007

„Mutter schläft ca. 1/2 Stunde, sie schaut zwischendurch mal. Einmal schaut sie mich groß an und sagt "Kenn ich nicht!". Dann erzählt sie viel, schaut ausgeruht und isst gut.“

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 15.9.2007

„Mutter war etwas schläfrig, später beobachtete sie die Bäume im Garten und sagte sogar ‚schön!’“

Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll vom 13.2.2007

„Frau Lutz bekommt Essen angereicht. Mitarbeiterin ist sehr zugewandt und spricht in ruhiger Tonlage mit ihr. Bewohnerin hat die Augen weit geöffnet, kommuniziert verbal und lächelt Mitarbeiterin an. Mitarbeiterin hält Körperkontakt, erwähnt ihre kalten Hände. Frau Kramer gibt immer wieder Antworten (unverständlich) auf das Gehörte und Mitarbeiterin bezieht sie in das Gespräch mit ein.“

Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll vom 23.5.2007

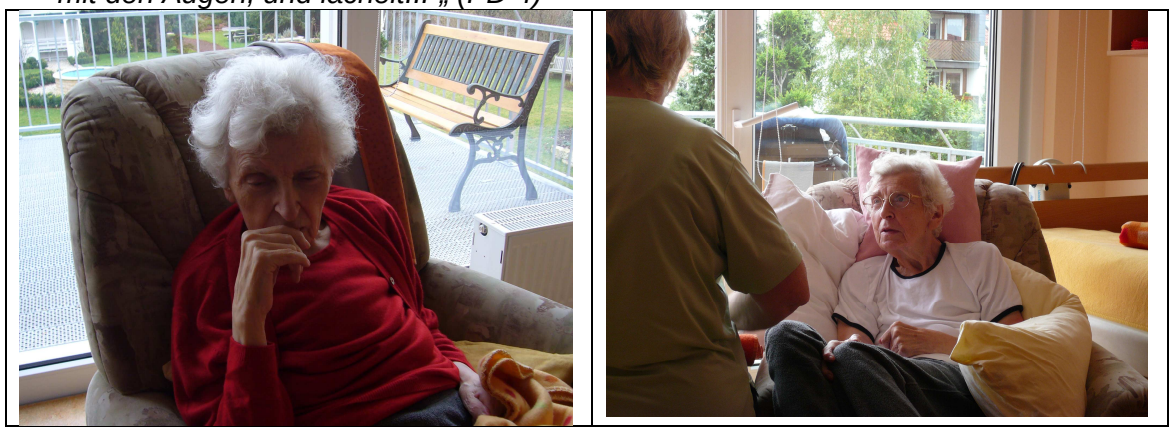
„Mitarbeiterin erzählt, dass Bewohnerin sehr deutliche Antworten geben kann. Als sie unlängst auf dem Balkon saß und von der Mitarbeiterin angesprochen wurde, ob es ihr kalt sei und sie eine Decke haben wolle, antwortete Bewohnerin: ‚Ja gerne, wenn Sie eine haben’.“

Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll vom 24.7.2007

„Mitarbeiterin erzählt, dass sich Bewohnerin in letzter Zeit sich deutlicher artikuliert. Auf die Frage: „Schmeckt das?“ hat Bewohnerin geantwortet: „Warum soll das nicht schmecken!“

Auszug eines Mitarbeitergesprächs

„Sie geht mit den Augen immer mit, wo man sich befindet. … Und wenn ich da lang gehe, um jemand zu versorgen, dann beobachtet sie mich und verfolgt mich mit den Augen, und lächelt...“„ (PD 4)



23. Bild: Reaktion einer Bewohnerin

Ernährung

Wie sich bei der Erhebung der Kontaktzeiten gezeigt hat, nimmt das Anreichen von Speisen und Getränken fast 50% der pflegerischen Tätigkeiten ein. Die Anpassungen der Speisen, die für einzelne Bewohnerinnen gemacht wurden, sind sehr differenziert. Zum einen beruhen sie auf ärztlichen Anordnungen und zum anderen auf Beobachtungen der Pflegenden. Deutlich wird im Bereich Ernährung, dass Essen dann gereicht wird, wenn Bewohnerinnen wach sind, bei einigen Bewohnerinnen nur Kleinstportionen angereicht werden und diese aber über den Tag verteilt werden. „Nahrungsverweigerung“ in Form von Lippen zusammenpressen oder Kopf wegdrehen wird von Mitarbeiterinnen inzwischen dahingehend hinterfragt, ob das Angebot nicht den Essensneigungen der Bewohnerin entspricht oder als momentaner Ausdruck einer Sättigung aufgefasst werden kann.

Zu Beginn der Evaluation war das Thema Nahrungsverweigerung von Gedanken begleitet, die um ein aktive Verweigerung der Bewohnerin kreisten, während im Laufe des Evaluationszeitraums die Mitarbeiterinnen immer mehr Sicherheit darin erlangten, wie und was das Essen anreichen erfolgreich machte und sei es nur ein Sitzortwechsel vom Liegesessel auf einen Stuhl. Auch die schwierigen Situationen bei Schluckstörungen und Aspirationsgefahr wurden im Laufe der Zeit bewältigt, indem sich Sicherheit eingestellt hat, welche Körperhaltung für die Bewohnerin gut, wie das Essen angereicht und welche Intervalle für die Bewohnerin zu bewältigen sind.

	Angehörige	**Mitarbeiterinnen**	**Beobachtung DeSS**
Beginn	Mutter schläft, zusammengepresster Mund. 17.1.2007	*Im anderen Wohnbereich hat Frau Ganter den Mund kaum geöffnet, Nahrung hat sie überwiegend flüssig bzw. über Schnabeltasse zu sich genommen (PD 24)*	BW bekommt Vanillepudding – MA informieren gut, fordern BW immer wieder auf zu schlucken. Essen reichen ist mühsam, BW wirkt weit weg. 12.3.2007
Verlauf	Mutter war ansprechbar, hat geantwortet, aber Augen immer geschlossen, gut gegessen. 29.7.2007	*Seit sie in der Pflegeoase ist, öffnet sie den Mund und es ist möglich, ihr mit dem Löffel ein Schälchen Pudding zu geben. (PD 24)*	Frau Ganter wird in den Sessel gesetzt. Dort erhält sie auch das Mittagessen (Milchreis mit Zimt und Zucker). Sie isst gut und sucht den Augenkontakt. 24.5.2007

36. Tabelle: Verlaufsbeobachtungen zu Ernährung

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 5.3.2007

„Mutter sitzt im Rollstuhl am Tisch und zieht ein beleidigtes Gesicht, will nicht essen. Mitarbeiterin vermutet, dass sie lieber in einen Stuhl will. Das wird gemacht, Mutter entspannt sich, lächelt und isst dann.“

Auszug aus der Angehörigendokumentation vom 13.3.2007

„I. ist aufmerksam und interessiert, gleichzeitig sehr müde. Isst ihren Kuchen und trinkt Saft.“

Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll vom 12.3.2007

„Bewohnerin wird Pudding mit Obstbrei gereicht. Sie isst von einem großen Löffel. Mitarbeiter wissen, dass Frau Heine keinen kleinen Löffel mag. Frau Heine sucht die Hand der Mitarbeiterin und hält sie fest.“

Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll vom 28.8.2007

„Abendssuppe wurde abgewehrt: „Bah“. Becher mit Getränk nahm Bewohnerin selbst und trank mit Genuss.“

Muskeltonus

Bei drei Bewohnerinnen sind in unterschiedlichem Maß Spastiken in den Armen und Händen zu beobachten. Vor allem bei Frau Ganter schien der Muskeltonus in Armen und Händen sehr hoch, die Arme waren immer über der Brust gekreuzt und die Hände zur Faust geballt. Ob die Veränderung im Muskeltonus auf die Umgebung zurückzuführen ist, oder ob Elemente der Basalen Stimulation in der Körperpflege Wirkung zeigen kann nicht beurteilt werden. Aber es zeigt sich deutlich, dass eine Entspannung der oberen Extremitäten eingetreten ist.

	Angehörige	Mitarbeiterinnen	Beobachtung DeSS
Beginn	Sie hat wenig gegessen, Mund zusammengekniffen, Augen die ganze Zeit geschlossen. 14.3.2007	*… und diese Schutzhaltung, wo sie früher ganz starr war…, (PD 55)*	Arme sind vor der Brust gekreuzt. BW hat keine Eigenbewegung, verändert nicht eigenständig die Liegeposition. 12.3.2007
Verlauf	Die zur Faust geschlossenen Hände lassen sich leicht lösen. 4.7.2007	*…die löst sie jetzt auch mal von allein.“ (PD 55)*	Ihre Oberkörperhaltung ist verändert: Muskeltonus ist weniger angespannt, sie kann ihre verschränkten Arme vom Körper lösen und MA die Hände reichen! 12.6.2007

37. Tabelle: Verlaufbeobachtungen zum Muskeltonus

Dokumentation der Physiotherapeutin 29.3.2007

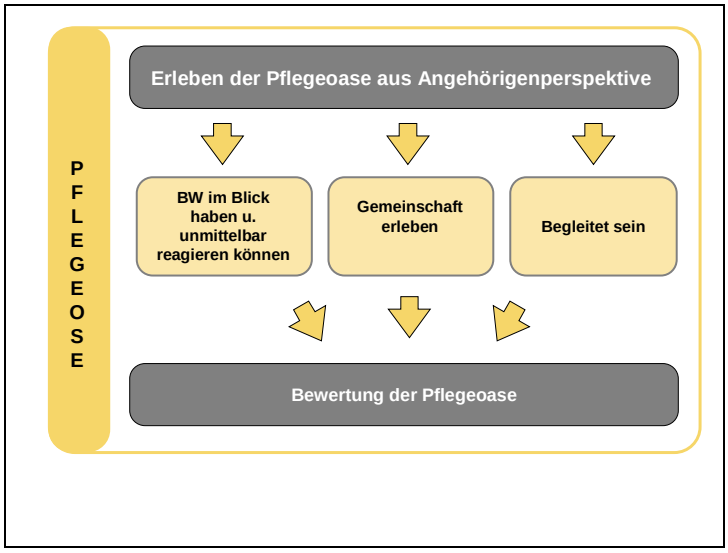
„Frau Otto ist in den vergangenen Wochen sehr wach und erzählt. Sie wirkt sehr zufrieden und ausgeglichen. Muskulatur entspannt, unangenehm scheint oft die Sitz-Liegeposition im Sessel zu sein, da sie oft versucht eine für die angenehme Position zu finden.“

Beweglichkeit

Die Beweglichkeit der Bewohnerinnen und somit die aktive Einflussnahme auf Körperhaltung und Ortsveränderung ist so weit eingeschränkt, dass aus eigener Kraft keine Bewohnerin eine Ortsveränderung bewältigen könnte. Bei drei Bewohnerinnen war zu Beginn der Evaluation eine Unterstützung beim Gehen nicht mehr möglich. Die Bewegungsfähigkeit war durch Kontrakturen in den Knie- und Hüftgelenken beeinträchtigt. Eine Veränderung der Körperhaltung können fünf Bewohnerinnen in unterschiedlichem Maß bewirken, auch wenn es nur geringe Veränderungen darstellen. Bei drei Bewohnerinnen waren mit Unterstützung durch weitere Mitarbeiterinnen einige Schritte möglich. Zwei Bewohnerinnen erhielten einmal wöchentlich Unterstützung durch eine Physiotherapeutin. Insgesamt kann konstatiert werden, dass sich die Bewegungsfähigkeit der Bewohnerinnen beim Gehen verschlechtert hat. Die täglichen Mobilisierungen können nur mit Unterstützung von zwei oder drei Mitarbeiterinnen umgesetzt werden. Bei der Erfassung der Unterstützungsleistungen durch Mitarbeiterinnen des Wohnbereichs A zeigt sich, dass bei einem täglichen Zeitaufwand von 17 Minuten in der Pflegeoase mehr die Transfers und weniger die Mobilisierung im Mittelpunkt stehen. Die Bewohnerinnen profitieren in der Pflegeoase bei schönem Wetter von einem Standortwechsel, indem sie im Pflegesessel oder auch im Bett auf den Balkon gebracht werden.

4.4 Subjektives Erleben der Pflegeoase aus Angehörigenperspektive

Um die Angehörigenperspektive darstellen zu können, wurden elf Einzel- und Gruppeninterviews und drei Fragebogenerhebungen zur Einschätzung der Zufriedenheit (Satisfaction with Care at End-of-Life in Dementia, Volicer et al. 2001) ausgewertet. Aus der Analyse der Daten wurden folgende Kernthemen ermittelt, die in weiteren Unterkategorien untergliedert sind (siehe Grafik).



19. Grafik: Erleben der Pflegeoase aus Angehörigenperspektive

Um den Hintergrund, vor dem die Angehörigen die Pflegeoase beurteilen, zu verdeutlichen, wird zunächst die Ausgangssituation ihrer im Seniorenzentrum Holle lebenden Familienangehörigen kurz dargestellt (weitere Ausführungen vgl. vorangegangenes Kapitel Beschreibung Bewohnerinnen). Die Bewohnerinnen der Pflegeoase wurden schon vor dem Einzug in die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle betreut (vorrangig auf dem Nachbarwohnbereich A). Aufgrund ihrer schweren Pflegebedürftigkeit verbrachten die meisten Bewohnerinnen viel Zeit im Bett. Nach Möglichkeit wurden sie mobilisiert, um an der Gemeinschaft auf dem Marktplatz (gemeinschaftlicher Aufenthaltsbereich) teilzunehmen. Diese Zeiten waren jedoch relativ kurz, so dass sie sich überwiegend liegend im Einzelzimmer aufgehalten haben. Bei der Konzeptentwicklung für die Pflegeoase wurden die Angehörigen mit einbezogen. Einige von ihnen haben sich im Rahmen einer Exkursion ein Bild zur Pflegeoase im Haus Sonnweid (Wetzikon, Schweiz) gemacht.

Bei der Bewertung der Pflegeoase sehen die Angehörigen einen zentralen Aspekt darin, dass die Mitarbeiterinnen ihre Familienmitglieder stets im Blick haben und unmittel-

bar auf deren Bedürfnisse reagieren können. Vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen beschreiben die Angehörigen einen Bewertungsprozess, der von äußerster Zufriedenheit und dem Gefühl von Entlastung geprägt ist. Ein wesentliches Kriterium dabei ist die Mitarbeiterpräsenz: diese kontinuierliche Anwesenheit der Pflegenden bedeutet auch für die Angehörigen, dass sie begleitet werden. Sie haben stets eine Ansprechpartnerin vor Ort, sind in den Pflegeprozess eingebunden und werden in kritischen Lebenssituationen nicht allein gelassen. Daher empfehlen die Angehörigen dieses Versorgungskonzept auch für andere Einrichtungen, unter der Voraussetzung, dass entsprechende Qualitätskriterien eingehalten werden.

Bewohnerinnen im Blick haben und unmittelbar auf Bedürfnisse reagieren können

Die Angehörigen wurden in den Interviews nach ihren Beweggründen dafür gefragt, ihr Familienmitglied in der Pflegeoase unterzubringen. Dabei war die kontinuierliche Präsenz der Mitarbeiterinnen ein Kernaspekt. Die Angehörigen beschreiben, dass die Bewohnerinnen im Blick der Mitarbeiterinnen sind und ihre Einsamkeit durchbrochen wird. Durch die ständige Personalpräsenz ist ein unmittelbares Wahrnehmen der Bedürfnisse möglich. Die positive Entwicklung ihrer Familienmitglieder bestätigt die Angehörigen in ihrer Entscheidung für die Pflegeoase. So beschreiben sie, dass bei einigen Bewohnerinnen das Aufmerksamkeitsniveau zunimmt, dass sie besser essen können und zugenommen haben.

> *„Der stärkste Punkt, dass Mutter nicht mehr isoliert ist, dass sie nicht alleine ist, dass immer jemand da ist und sie im Auge hat.“ (PD 44)*

In dem Zitat wird ein wesentlicher Beweggrund formuliert, die Präsenz der Mitarbeiterinnen. Das folgende Zitat beschreibt die Bedeutung dessen, dass die Bewohnerinnen im Blick der Mitarbeiterinnen sind und diese unmittelbar reagieren können.

> *„In der Oase haben sie immer **alle im Blickwinkel**, die können sie alle im Auge behalten und reagieren. … Und das macht mich natürlich auch froh. **Gute Versorgung, die Zuwendung, die Promptheit**.“ (PD 47)*

Die Mitarbeiterinnen haben durch überschaubare Räumlichkeiten und durch ihre Präsenz die Möglichkeit, die Bewohnerinnen im Blick zu haben. Dadurch können sie die Bedürfnisse wahrnehmen und unmittelbar reagieren. Zusammengefasst bewerten die Angehörigen hier die Art und Unmittelbarkeit der Zuwendung. Aber nicht nur die Anwesenheit sondern auch die Personalkontinuität ist für die Angehörigen wichtig.

> *„Das **Personal wechselt nicht so viel, das ist individueller**. Es dauert nicht mehr so lange bis eine Person da ist und sich kümmert und ständig gucken kann. Es ist **jetzt alles besser im Blick.**“ (PD 1)*

Ein Beispiel für diese veränderte Aufmerksamkeit und die empfunden Auswirkung findet sich in der folgenden Beschreibung.

> *„Meine Mutter war sehr eingefallen, sie machte* ***gar nicht mehr die Augen auf****. Und hatte auch abgenommen. … Und hat ganz wenig reagiert. …* ***Und das ist jetzt eben alles anders.*** *…* ***Die Mimik hatte sie vorher nicht*** *auf dem anderen Bereich, da bin ich aus Pflicht gegangen, …* ***das hat mich gequält, weil ich dachte gerade jetzt da braucht sie mehr Zuwendung****." (PD 43)*

Die Angehörigen nehmen die Veränderungen ihrer Familienmitglieder detailliert wahr, auch kleinste Fortschritte entgehen ihnen nicht. Über nonverbale Äußerungen insbesondere über ihre Mimik können die Bewohnerinnen sich ausdrücken. Und diese Fähigkeit hat sich in der oben dargestellten Situation verbessert. Auf Seiten der Angehörigen wird ein weiterer Punkt thematisiert: das „schlechte Gewissen". Das Gefühl zu haben, dass die Mutter nicht genug Zuwendung erhält, ist ein quälendes, belastendes Gefühl. Die Angehörigen teilen mit, dass sich dies in der Pflegeoase geändert hat. Sie gehen mit einem guten Gefühl aus der Oase nach Hause, kommen zum Teil sogar seltener zu Besuch, weil sie das Gefühl haben, dass ihre Familienmitglieder in guten Händen sind. Weitere Ausführungen zu diesem Aspekt geben die Angehörigen unter dem Gliederungspunkt „Bewertung der Pflegeoase".

Gemeinschaft erleben

Für die Angehörigen stellt die Gemeinschaft, das Zusammenleben der Bewohnerinnen in einer kleinen Gruppe, ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Pflegeoase dar. Gemeinschaft ermöglicht Kontakt – so sehen es die Angehörigen. Sie beurteilen die vielfältigen Kontaktmöglichkeiten positiv und beschreiben Kontakte, die zwischen den Bewohnerinnen entstehen, Kontakte, die sie selbst zu den anderen Bewohnerinnen aufnehmen, und nicht zuletzt Kontakte, die sich zwischen den Angehörigen entwickeln.

Gemeinschaft und Präsenz sind für die Angehörigen primäre Qualitätsfaktoren der Pflegeoase, sekundär machen sie Aussagen darüber, wie sie die Räumlichkeiten erleben. Einige der Angehörigen kritisieren das geringe Platzangebot in der Pflegeoase; insbesondere wenn viele Besucher anwesend sind, kann dies ein Gefühl von Beengtheit auslösen. Aber sie weisen auch darauf hin, dass die Pflegeoase bei Bedarf verlassen werden kann, um sich an andere Orte (Balkon, Sitzecke vor der Pflegeoase) zurückzuziehen.

Die Gemeinschaft findet in den Räumlichkeiten der Pflegeoase statt. Das Erleben und Bewerten der Räumlichkeiten und auch der anderen Umweltfaktoren erörtern die An-

gehörigen in einem Unterpunkt dieser Kategorie. Sie schätzen insbesondere den großen Balkon der Pflegeoase, der einen direkten Zugang zum Freibereich ermöglicht und eine gute Licht- und Sauerstoffquelle darstellt. Die Einschätzungen zum Platzangebot auf einen Verbesserungsbedarf hin: die Pflegeoase könnte größer sein.

Gemeinschaft ermöglicht Kontakt

Wie bereits beschrieben lautet die Kernaussage der Angehörigen im Erleben der Gemeinschaft: Gemeinschaft ermöglicht Kontakt. Im folgenden Zitat wird ein Vergleich zwischen der Gemeinschaft in der Pflegeoase und der Einsamkeit im Nachbarwohnbereich gezogen.

> *„**Also der andere Wohnbereich,** wo meine Mutter vorher war**, ist die richtige Sterbestation**. Also meine Mutter war nur eine kurze Episode da… aber im Einzelzimmer, sie war da isoliert, ganz allein. **Das ist jetzt die Endstation** … Und **bei der Oase halt nicht, denn da hat man ja noch die anderen**. … **obwohl sie rundum schläft, aber ich glaube, dass irgendetwas von den Außengeräuschen schon** noch ankommt. Also mir gefällt das wirklich.“ (PD 11)*

Mit der Pflegeoase und im Zusammenhang mit palliativer Pflege wird häufig eine Sterbestation assoziiert. Das obige Zitat verdeutlicht, dass die Situation im Einzelzimmer von Angehörigen als belastend erlebt wurde. In der Pflegeoase wird die Gemeinschaft wertgeschätzt, die Umweltfaktoren, etwa Geräusche der Mitbewohnerinnen, werden positiv bewertet. Auch das nächste Zitat weist in diese Richtung.

> *„Wenn ich das jetzt vergleiche zu vorher … dann ist das ein **Unterschied wie Tag und Nacht,** denn da lag **sie wirklich isoliert, Augen zu**. … Und jetzt hier in der Oase … öffnet sie ihre Augen, sie reagiert mal wieder ein bisschen, sie spricht ein paar Worte. Also wir sind ganz angetan. Ich denke sie braucht das unbedingt, **immer diesen Kontakt die Laute von außen.** …. Also wir sind wirklich ganz begeistert.“ (PD 17)*

Die Angehörigen sehen in der Pflegeoase eine deutliche Verbesserung für ihre Familienangehörigen; sie haben die Wohnsituation davor als Isolation erlebt. In der Gemeinschaft erleben die Angehörigen Reaktionen der Bewohnerinnen; insbesondere die geöffneten Augen und das Aufmerksamkeitsniveau ist hier zu nennen. Wie Angehörige ihre Besuche im Einzelzimmer erlebten verdeutlicht die nächste Beschreibung.

> *„**Meine Mutter hat oft geschlafen**, wenn ich gekommen bin. Es gab Tage, wo sie nichts gesagt hat. Und wenn es dann still wird ja, dann kommt **diese Einsamkeit**. Als sie noch auf der anderen Gruppe war, **da waren wir im Zimmer ganz allein**. Und wenn ich da **manchmal eine Stunde an ihrem Bett gesessen bin** und sie hat geschlafen, das war für mich immer eine lange Stunde…. Und das ist in der **Oase ganz anders, weil man da mit jemanden sprechen konnte**. Und das habe als sehr angenehm empfunden.“ (PD 40)*

Eindrücklich beschreibt das Zitat, wie die Einsamkeit auf Angehörige wirken kann und dass sich das Zeitempfinden verändert. Wenn keine Kommunikation (verbal oder non-verbal) stattfindet, kann eine Stunde sehr lang werden. Kontaktpunkte zu anderen Menschen sind in solchen Situationen eine willkommene Abwechslung und können entlastend wirken. Ein weiterer Nebeneffekt der Gemeinschaft bezieht sich darauf, dass die Angehörigen auch Kontakte zu den anderen Bewohnerinnen aufbauen beziehungsweise dass die anderen Bewohnerinnen von ihren Besuchen profitieren.

> *„Was sehr schön ist bei Frau Heine, **wenn ich mit meiner Mutter spreche, dann antwortet Frau Heine**. ... Oder als ein Besucher seine Frau fragte welcher Tag nach Montag kommt, reagierte meine Mutter, die sonst kaum was sagt, sie antwortete Dienstag! Ich war ganz erstaunt.“ (PD 40)*

Solche Situationen prägen sich in die Wahrnehmung der Angehörigen ein und sie erleben in der Pflegeoase die positive Anregung durch die Gemeinschaft. Die Angehörigen sehen in der Gemeinschaft deutliche Vorteile. Aber wie bewerten sie die Gemeinschaft im Hinblick auf die Wahrung der Privatsphäre? Eine deutliche Antwort darauf gibt die folgende Aussage.

> *„Ich stufe meine Mutter als schwerst dement ein. Ich meine, was habe ich da noch für eine Privatsphäre? **Was soll ich mit meiner Mutter so privates besprechen, was andere Leute nicht hören dürfen**?“ (PD 40)*

Diese Meinung teilen nicht alle Angehörigen, es wird auch angemerkt, dass die Räume der Pflegeoase recht beengt sind, was dazu führt, dass man die Gespräche der anderen mithört.

> *„**Man kriegt es ja alles so mit**, **ob man will, oder nicht** … Aber wenn man da so zu zweit zu Besuch ist, dann finde ich das auch in Ordnung.“ (PD 40)*

Ein weiteres Statement zur gemeinschaftlichen Nutzung der Räumlichkeiten zieht eine positive Bilanz und weist auf Ausweichmöglichkeiten hin.

> *„Ich hab also **keine Probleme mit den anderen Besuchern**. Und, wie gesagt, denen es noch besser geht, die haben die **Ausweichmöglichkeit** mal mit dem Rollstuhl zumindest vor die Tür zu gehen. Es ist Platz genug da, für die, die durch den Rollstuhl noch beweglich sind mit ihren Angehörigen.“ (PD 1)*

Die drei vorangegangenen Zitate beschreiben die Spannbereite der Meinungen zum Thema Privatsphäre. Dabei überwiegen die positiven Einschätzungen. Ein Nebeneffekt der Gemeinschaft zeichnet sich unter anderem in der Kontaktaufnahme zu anderen Angehörigen ab. Auf die Frage, ob die Privatsphäre bei Besuchen fehlt und wie es Angehörigen damit geht, dass sie nie alleine sind, wird im nächsten Zitat beantwortet:

> *„Keine Probleme mit den anderen Besuchern, man fühlt sich wie in einer Familie. Und man tauscht* ***schneller Kontakt mit den anderen Angehörigen aus****." (PD 40)*

Zusammengefasst belegen die Zitate die überwiegend positive Bewertung der Gemeinschaft aus Sicht der Angehörigen. Diese schätzen die vielfältigen Kontakte, die durch die Gemeinschaft ermöglicht werden. Auswirkungen auf die Privatsphäre werden unterschiedlich erlebt. Zum Teil wird Kritik am geringen Platzangebot (Beengtheit) der Pflegeoase geäußert, das dazu führen kann, dass Gespräche von anderen automatisch mitgehört werden. Dem gegenüber stehen die Aussagen, dass bei Bedarf an mehr Privatsphäre, die Pflegeoase mit dem Familienmitglied verlassen werden kann (Rückzugszimmer, Balkon, Sitzecke vor der Pflegeoase usw.). Die Inanspruchnahme des Rückzugszimmers wird in der Kategorie „Sterben begleiten – Abschied nehmen" vertiefend dargestellt. Weitere Bewertungen zu den Räumlichkeiten der Pflegeoase werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

Räume wahrnehmen

Die Pflegeoase umfasst ca. 85 m² Grundfläche für sechs Bewohnerinnen inklusive Küchenbereich und Pflegebad. In den Interviews sind die Angehörigen konkret zu den verschiedenen Umweltfaktoren Lärm, Geruch, Licht, Geräusche und Größe befragt worden. Sie äußern sich zur Umgebungsgestaltung positiv und beschreiben keine negativen Auswirkungen der Umweltfaktoren. Kritisch sehen sie das Platzangebot der Pflegeoase: Sie schätzen die Räumlichkeiten als zu klein ein.

> *„****Es könnte ein bisschen größer sein****, gerade wenn Besucher da sind. Ansonsten ist das groß genug." (PD 11)*

Insbesondere bei Anwesenheit von mehreren Besuchern wird deutlich, dass es wünschenswert wäre, wenn die Pflegeoase mehr Platz bieten würde. Einige Aussagen untermauern diesen Vorschlag, schränken jedoch ein, dass bei Anwesenheit von zwei Besuchern der Platz ausreichend ist. Das geringe Platzangebot bedingt auch die folgende Situation.

> *„****Zum Rangieren fehlt der Platz****, dann werden die anderen Sessel erst mal weggeräumt, und es wird Platz geschaffen." (PD 34)*

Die Hilfsmittel zur Betreuung der Bewohnerinnen benötigen Platz und Rangierfläche. Der Raum ist beengt, Gegenstände müssen weggeräumt werden, um zum Beispiel eine Bewohnerin mit einem angepassten Rollstuhl an den Tisch oder auf den Balkon fahren zu können. Die Angehörigen bemerken noch einen weiteren Punkt zu den Räumlichkeiten.

> *„Und **man hat selbst keine Ecke, wo man sitzen kann**. Ich gehe auch immer hin und her wenn geschoben wird, das ist ungünstig. Aber ich sitze meistens bei meiner Mutter auf der Sessellehne.“ (PD 34)*

Die Räumlichkeiten wirken auf das Wohlbefinden der Angehörigen. Man kann davon ausgehen, dass ein Gefühl des Willkommenseins vorrangig etwas damit zu tun hat, wie mir begegnet wird. Dies kann durch Räumlichkeiten gefördert werden. Daher wird in den Interviews ein Verbesserungsvorschlag gemacht, der das Einrichten einer Sitzecke für die Angehörigen vorsieht. Besonders wertgeschätzt wird der bettengängige Balkon der Pflegeoase.

> *„Ich glaube, dass der **Balkon ganz viel zu der Atmosphäre liefert**, weil alles **so hell** ist und der Blick in den Garten. … Es hat eine ganz andere Wirkung, so architektonisch, wenn es offen ist und Sonne rein kommt.“ (PD 34)*

Der Balkon bietet die Möglichkeit, unmittelbar in den Freibereich zu gelangen. Dies ist nicht nur mit den Rollstühlen sondern auch in einem Pflegebett möglich. Der Balkon ist ein wichtiger Umweltfaktor für die Atmosphäre und hat Auswirkungen auf die Licht- und Geruchswahrnehmung.

> *„Ja, die **Atmosphäre ist sehr angenehm**. Es ist **schöne Luft,** also schönere Luft als irgendwo anders im ganzen Hause.(PD 18)*

Das Zitat beschreibt die angenehme Atmosphäre mit frischer „schöner Luft“ in der Pflegeoase. Die große Fensterfront vor dem Balkon unterstützt die Luftzirkulation und wird oft zum Lüften geöffnet. Des Weiteren wurde beim Umbau der Pflegeoase ein kontrolliertes Be- und Entlüftungssystem eingesetzt, um negativer Geruchsentwicklung vorzubeugen beziehungsweise diese zu mindern. Auf Nachfragen zur Geruchsentwicklung haben die Angehörigen nichts Negatives geäußert. Sie bewerten die Grundbedürfnisse und die Pflegebedürftigkeit ihrer Familienmitglieder vor ihrem Erfahrungshintergrund als pflegende Angehörige. Dies kann eine größere Toleranzschwelle hinsichtlich der Geruchswahrnehmung vermuten lassen.

> *„Es ist **nicht so laut auf den Ohren**. … wenn man in die Oase kommt und die Türe schließt, da kommt man so **in einen Ruheraum**.“ (PD 18)*

Die Atmosphäre in der Pflegeoase wird als ruhig beschrieben. Umgebungsgeräusche bewerten die Angehörigen eher als einen positiven Einflussfaktor in Bezug auf das Wohlbefinden, das dem Erleben von Einsamkeit bei ihren Familienmitgliedern entgegenwirkt. Nur eine kritische Situation wird von den Angehörigen geschildert. Eine Bewohnerin der Pflegeoase hatte zeitweilig starke Schmerzen. Bei Pflegehandlungen hat sie öfter laut gestöhnt. Daraufhin bemerkte eine Person aus der Angehörigengruppe, dass dies zunächst belastend für sie war und dass auch ihr Familienmitglied das Stöh-

nen gehört und sich daran gestört hat. Da die Schmerzäußerungen nicht ausgeprägt waren und nur kurz anhielten, ist dieser Aspekt nicht weiter in den Interviews vertieft worden. Diese Beschreibungen weisen jedoch auf die Bedeutung der Auswahlkriterien bei der Belegung der Pflegeoase hin. Personen mit herausfordernden Verhaltensweisen, etwa andauerndem Rufen oder Schreien, stellen für die Umwelt eine Geräusch- beziehungsweise Lärmbelastung dar und könnten zur Überstimulation der anderen Bewohnerinnen führen. Daher ist gut zu prüfen, ob diese Personen für die Pflegeoase geeignet sind.

Im kommenden Abschnitt wird der Gemeinschaftsaspekt der Pflegeoase weitergeführt, indem die Angehörigen erläutern, wie sie selbst in die Gemeinschaft einbezogen werden.

Begleitet sein

Die Angehörigen erleben die Art und Weise der Mitarbeiterpräsenz als Begleitung in verschiedenen Situationen. Die Angehörigen haben in der Pflegeoase immer eine präsente Ansprechpartnerin. Die Rahmenbedingungen in der Pflegeoase bieten ihnen die Möglichkeit, ihre Fragen, Anliegen und Bedürfnisse direkt an die Mitarbeiterinnen zu richten. Auf diese Weise erhalten sie viele Detailinformationen zum Befinden und Verhalten ihrer Familienmitglieder. Auch in kritischen Lebenssituationen wie bei einer Krankenhauseinweisung oder in der Sterbephase sind die Mitarbeiterinnen für die Angehörigen Ansprechpartnerinnen und begleiten sie bei der Bewältigung ihrer Erfahrungen.

Ansprechpartnerin haben

Was es für Angehörige bedeutet informiert zu sein und eine Ansprechpartnerin zu haben, wird im folgenden Zitat dargelegt.

> *„Ja, der **Kontakt zu den Mitarbeitern war automatisch** da, weil man ja in einem Raum war. Sie haben sofort Bescheid gesagt, wenn irgendetwas nicht stimmte. Wenn es schlechter war mit meiner Mutter. …Aber sie haben uns über alles aufgeklärt, auch auf eine sehr sanfte Art und Weise. Und wir haben **uns immer geborgen gefühlt und auch Ansprechpartner gehabt,** was auch sehr wichtig ist für Angehörige.“ (PD 19)*

Die direkte Kontaktaufnahme zwischen Angehörigen und Mitarbeiterinnen wird durch die Räumlichkeiten der Pflegeoase positiv beeinflusst. Im Gegensatz zu größeren Wohnbereichen ist hier eine Person anwesend, was automatisch Kontakte herbeiführt. Nicht zwangsläufig erfolgt aus dieser Möglichkeit auch das Erleben von Geborgenheit; die Art und Weise der einfühlsamen Informationsvermittlung des Teams sind jedoch

die Basis dafür. Die Bedeutung der detaillierten Wahrnehmungsfähigkeit wird in der folgenden Aussage dargelegt.

> *„Diese **Informationen zu den kleinen Veränderungen sind sehr wichtig**. Das ist ja genau das, was für die Oase auch immer angekündigt war, also als **Anreiz für uns** als Angehörige. … **Man tauscht sich aus und Unterstützung kriegt man auch**." (PD 40)*

Informiert zu sein und Unterstützung zu erhalten sind wichtige Elemente im Erleben der Angehörigen. Die Mitarbeiterinnen übernehmen hier eine Schlüsselrolle. Die angenehme Atmosphäre in der Pflegeoase und das Gefühl der Wertschätzung schildern die Angehörigen wie folgt.

> *„Es war wirklich **eine angenehme Atmosphäre** auch wenn man hinkam, möchten sie einen Kaffee. **Ja, als ob man zu Besuch kommt. Es war gemütlich** und man fühlte sich **gut aufgehoben** und auch gut informiert, das ist ja wichtig." (PD 43)*

Wie die Angehörigen ihren Besuch in der Pflegeoase erleben zeigt diese Beschreibung.

> *„Ja, **ich komme gerne in die Oase**. Man kennt die Bewohnerinnen, man kennt die relativ wenigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. **Man kommt so … irgendwie zu Besuch zu netten Leuten**." (PD 19)*

Die kleine Gruppe und die Personalkontinuität werden hier als förderliche Aspekte der Besuche in der Pflegeoase thematisiert. Die Angehörigen haben im Rahmen der Studie Beobachtungen zum Verhalten ihrer Familienmitglieder schriftlich festgehalten und dort auch beschrieben, was sie selbst während der Besuche machen. Es zeigte sich, dass sie in den Pflegeprozess ihrer Familienmitglieder aktiv eingebunden sind und Pflegehandlungen wie Essen anreichen oder die Nagelpflege übernehmen, Singen und Standortwechsel (beispielsweise auf den Balkon) initiieren. Das folgende Bild zeigt eine Angehörige und eine Mitarbeiterin, die eine Bewohnerin beim Essen unterstützen.

24. Bild: Mitarbeiterin und Angehörige reichen Essen an

Abschließend wird die Erfahrung von aufbauender Unterstützung sowohl durch die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase als auch durch positive Umweltfaktoren verdeutlicht.

> *„Aber auf der anderen Seite, wenn man so* ***manchmal gestresst kam*** *und es war so Entspannungsmusik an,* ***das entspannte mich****. Und wenn man mal die Menschen so näher kannte, war das dann schon* ***sehr heimelig, ja gemütlich.*** *... Es ist sehr beruhigend, freundliche Musik. …* ***Es ist sehr aufbauend.****" (PD 19)*

Beruhigende Musik, die Atmosphäre in der Pflegeoase, die persönlichen Bindungen, das sich näher kennen lernen erleben die Angehörige als aufbauend und beruhigend.

Ein Angehöriger eines pflegebedürftigen Menschen zu sein bedeutet, auch kritische Lebenssituationen zu erleben. Wie Angehörige diese erfahren und bewältigen beschreiben sie im nächsten Abschnitt.

Kritische Lebenssituationen bewältigen

Mit der Rolle des pflegenden Angehörigen ist nicht selten die Herausforderung verbunden, kritische Lebenssituationen eines Familienmitglieds zu bewältigen. Dies trifft wahrscheinlich auf viele pflegende Angehörige zu und ist kein spezifisches Element in der Pflegeoase. Aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung ihres Familienmitglieds und dem ausgeprägtem Maß an Pflegebedürftigkeit sind die Angehörigen in der Pflegeoase jedoch häufig mit diesem Thema konfrontiert. Kritische Lebenssituationen können in Verbindung mit einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Bewohnerinnen stehen. Folgen davon können Krankenhauseinweisungen, Entscheidungsfindungsprozesse hinsichtlich des Anlegens einer Ernährungssonde oder das Eintreten der Sterbephase sein.

Entscheidungen treffen

Nicht selten treten im Verlauf einer Demenzerkrankung Situationen (Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Infektionen, Sturz usw.) ein, die eventuell einer Behandlung im Krankenhaus bedürfen. Angehörige müssen in solchen Momenten Entscheidungen stellvertretend für ihre Familienmitglieder treffen. Es ist hilfreich, sich frühzeitig mit den Betroffenen über ihre Wünsche und Vorstellungen auseinander zu setzen. In der konkreten Situation entsteht oft Handlungsdruck, und es bedarf unterstützender Personen, um zu einer Entscheidung zu gelangen.

> *„Dann haben wir uns alle mal zusammen hingesetzt und haben gesprochen,* ***gesprochen ohne Ende. Vorteile der Behandlung und Nachteile der Behandlung und eines Krankenhausaufenthalts****. … Im Sinne meiner Mutter, ich habe ja alles mit meiner Mutter abgesprochen. Und so kurz davor ist man ja auch wieder froh, dass man das hat.* ***Und auch die Unterstützung von allen****." (PD 11)*

Ernährungsprobleme und die Frage nach dem Anlegen einer Magensonde können ebenso Entscheidungssituationen für Angehörige darstellen.

> *„Dann riefen sie vom Heim an, ob sie sie jetzt* ***eventuell doch ins Krankenhaus bringen sollen.*** *Das haben wir dann* ***abgelehnt****, weil* ***wir Angst haben, dass sie ihr sofort eine Magensonde legen****." (PD 11)*

> *„Ja, wir haben schon lange vorher mit der Pflegedienstleitung… einen Schrieb aufgesetzt, weil wir es auch* ***nicht mehr wollten, dass sie nicht noch mal ins Krankenhaus kommt oder eine Magensonde bekommt*** *…. und der Hausarzt hat diesen Schrieb auch mit unterschrieben." (PD 17)*

Sterben begleiten – Abschied nehmen

Tod und Sterben sind insbesondere für Familienmitglieder sehr sensible Themen. In den Interviews zeigte sich, dass die Angehörigen mit einigen Fragen an den Rand ihrer Vorstellungskraft kamen, da nur wenige bereits Erfahrungen mit dem Tod von Angehörigen gemacht haben. Bereits in der Kategorie „Gemeinschaft ermöglicht Kontakt" wurde auf die mögliche Nutzung des Rückzugszimmers hingewiesen. Die Angehörigen wurden zu ihren Vorstellungen dazu befragt, ob sie das Rückzugszimmer in der Sterbesituation ihrer Familienmitglieder in Anspruch nehmen möchten, beziehungsweise was dies für eine Bedeutung für sie hat. Die Kernaussage in diesem Zusammenhang bezieht sich darauf, dass die Bewohnerinnen nicht allein versterben sollten.

> *„****Dass sie nicht alleine ist. Das finde ich ganz wichtig****. Ich denke, wenn sie irgendwann stirbt, da sind noch die anderen mit im Zimmer.* ***Irgendwie finde ich das, den Gedankengang, dass sie nicht allein in ihrem Zimmer gestorben ist, ganz toll****." (PD 41)*

Gemeinschaft erleben, auch im Sterben nicht allein zu sein, ist ein ganz wichtiges Anliegen der Angehörigen für ihre Familienmitglieder. Die nächste Aussage deutet auf die Schwierigkeit hin, diese Frage zu beantworten, wenn man noch keine vergleichbaren Erfahrungen gemacht hat.

> *„**Ich kann das noch nicht entscheiden, ich würde jetzt erst mal sagen, nicht alleine sein, weder ich noch meine Mutter** ... Schön, dass der Raum zur Verfügung steht.“ (PD 34)*

Das Rückzugszimmer wird von allen als gutes Angebot erachtet, genutzt wurde es in der Sterbesituation bisher nicht, vielmehr erst zum Aufbahren und Abschiednehmen von verstorbenen Personen.

Nur eine Angehörige konnte den Forscherinnen über Erfahrungen in der Sterbesituation berichten, da ihre Mutter während der Studienlaufzeit in der Pflegeoase verstorben ist. Daher bildet dieses Interview die Grundlage für die folgenden Zitate. Wie schwer der Prozess des Abschiednehmens fällt, veranschaulicht die folgende Beschreibung.

> *„Also seit September haben wir damit gelebt, dass wir Abschied nehmen müssen. … **Also es war so schlimm, sie so liegen zu sehen, wenn es ihr halt wieder schlecht ging.** Also im Winter jetzt, um Weihnachten rum. Und überall brannten die Kerzen und es war Weihnachtsstimmung und wir saßen dann hier. Es war schlimm. Das waren für mich die schlimmsten Tage. **Das war eigentlich noch schlimmer als das Abschied nehmen jetzt**.“ (PD 19)*

Der Familie wurde das Rückzugszimmer angeboten. Die Angehörige nennt jedoch Gründe, warum sie dieses Angebot in der Sterbesituation ausgeschlagen hat.

> *„**Das Rückzugszimmer wurde uns angeboten**. Wenn wir das gewollt hätten, dann hätten wir da hingehen können mit ihr. **Aber wir fanden es schöner in der Oase zu bleiben, besser als wenn es um den Lebenden** (gemeint ist hier die sterbende Person; Anm. d. Vfs.) **so totenstill ist**. Es war angenehmer für sie da zu bleiben wo sie schon war, als nochmals rum gefahren zu werden. Ich finde so wie es war, war es gut.“ (PD 17)*

Die Angehörigen haben sich aus verschiedenen Gründen gegen das Rückzugszimmer entschieden. Sie waren der Meinung, es sei zu anstrengend für die Mutter, umzuziehen und vor allem besser, wenn sie in der Gemeinschaft bleibt und nicht alleine ist; besser, als wenn es um die Lebende schon totenstill wird, wie die Angehörige es ausdrückt. Der Todestag der Mutter war zugleich der Geburtstag ihrer Enkelin, also der Tochter der Angehörigen. Wie zerreißend und traurig dieses Erlebnis war zeigt das folgende Zitat.

> *„Ja, wir haben meine Mutter so oft in dieser Lage gesehen, so dass wir uns gedacht haben, es ist nichts anderes. Und meine Tochter wurde 20 und saß ganz alleine zuhause. **Statt ihr zu gratulieren, kam der Anruf die Oma liegt im***

> ***Sterben. Es war ein ganz furchtbarer Tag. Einmal war ich Mutter und einmal war ich Tochter****, dass war nicht so schön, da ging das Sterben vor.“ (PD 19)*

Die Erinnerungen an ihre verstorbene Mutter und an den Todestag sind aber nicht nur mit traurigen Erfahrungen verbunden.

> *„Als auch als meine Mutter dann verstorben war,* ***sie haben meiner Mutter noch mal die Haare gewaschen. Sie haben sie aufgebart mit Blumen in der Hand****. … extra in einem Raum (Rückzugszimmer Anm. d. Vfs.), damit auch jeder kommen konnte und Abschied nehmen konnte …* ***Und das hat uns unheimlich viel Trost gegeben****.“*
> *(PD 19)*

Die Wertschätzung gegenüber der verstorbenen Mutter und die Art der Verabschiedung sind für die Angehörigen ein einprägsames und tröstendes Erlebnis.

> *„Die Bestatter haben meine Mutter hier abgeholt …* ***und dann haben sämtliche Angestellten ein Spalier gebildet und der Leichenwagen ist mit meiner Mutter da durchgefahren****. Also der Bestatter war selber auch ganz gerührt.“ (PD 19)*

Sterbebegleitung und Abschiednehmen sind elementare Aufgaben einer Alteneinrichtung. Die oben beschriebene Anerkennung der Verstorbenen kann als vorbildliches Beispiel angesehen werden, das die Angehörigen in der Trauerbewältigung stützen kann.

Bewertung der Pflegeoase

Im Bewertungsprozess werden die Vorannahmen der Angehörigen in Form von Erwartungen und Befürchtungen mit der abschließenden Bewertung der Pflegeoase kontrastiert. Die Angehörigen sind mit der Pflegeoase sehr zufrieden. Aus dem Datenmaterial lässt sich ein Prozess abzeichnen, der in das Erleben von Zufriedenheit und das Gefühl der Entlastung mündet. Bereits in ihren Vorannahmen beschrieben die Angehörigen deutliche Erwartungen an die Betreuung; den Kern bildeten dabei die Mitarbeiterpräsenz in der Oase und das unmittelbare Wahrnehmen der Bewohnerbedürfnisse. Skepsis oder Befürchtungen äußerten die Angehörigen nur in einer Situation mit Bezug auf das Gemeinschaftserleben.

Vorannahmen: Erwartungen und Befürchtungen

Die Angehörigen schilderten in den Interviews ihre Erwartungen und Bedenken vor Inbetriebnahme der Pflegeoase. Zusammengefasst hatten sie hohe Erwartungen an die Betreuung. Vorrangiger Beweggrund für einen Umzug in die Pflegeoase war, dass die Familienmitglieder in Gemeinschaft leben und nicht mehr allein sind. Dem gegenüber standen Skepsis und Bedenken, dass die Pflegeoase auch ein Zuviel an Gemein-

schaft bedeuten könnte, vor allem wenn Bewohnerinnen vorher lange allein gelebt hatten. Wie bereits zu Beginn dieses Kapitels dargelegt wurde, standen die Angehörigen in der Ausgangssituation unter einem gehörigen Handlungsdruck, da sie mit der damaligen Betreuungssituation im Einzelzimmer nicht zufrieden waren.

> *„Ich würde sagen, ich wollte sie in die Pflegeoase bringen, damit es ihr einfach besser geht. Aber der Hintergrund ist natürlich,* ***weil immer einer da ist****.“ (PD 1)*

> *„Für mich war wichtig, dass man meine* ***Mutter immer im Auge hatte****. Dass sie* ***nicht alleine in einem Zimmer war*** *und dass nach ihr immer einer guckt.“ (PD 1)*

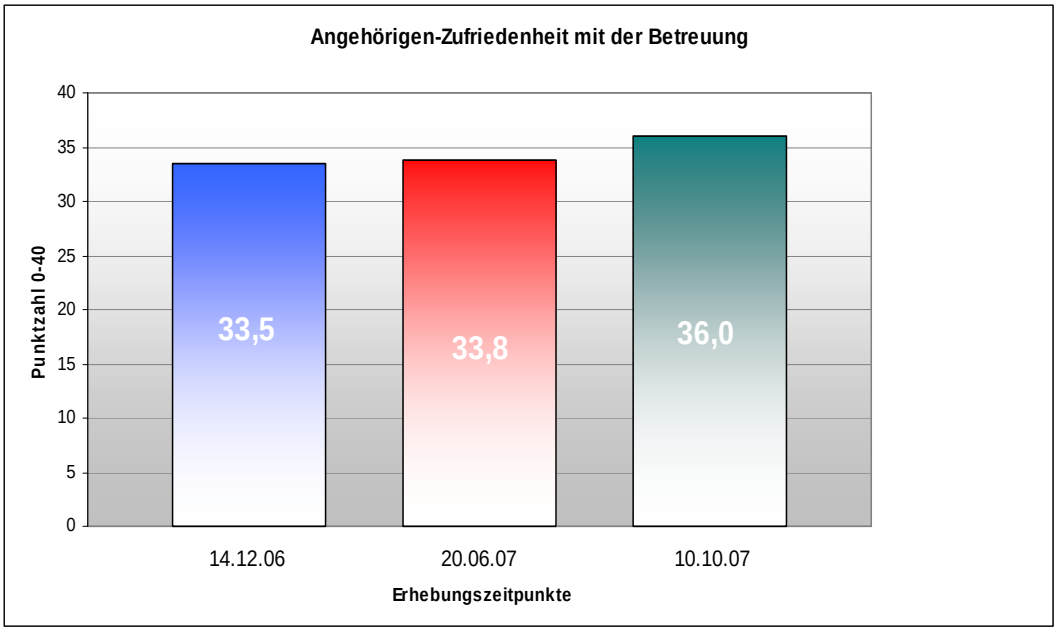
Bereits an diesen Aussagen ist der Bewertungsschwerpunkt in Bezug auf die Pflegeoase zu erkennen: die Präsenz der Mitarbeiterinnen, die es ermöglicht, die Bewohnerinnen im Blick zu haben. Die Bedenken zeigen das folgende Zitat.

> *„Ich war natürlich äußerst* ***skeptisch, weil meine Mutter auch immer alleine gelebt hat****, als mein Vater gestorben war, da war sie noch ziemlich jung, 53, seitdem hat sie alleine gelebt. …* ***Sie war gern alleine****.* ***Und wir dachten, mit so vielen Menschen in so einem Zimmer, das wird ihr bestimmt nicht gefallen.*** *Das war so unsere Einstellung. Dann war meine Schwester mit in der Schweiz und wir haben gesehen wie gut es sein kann in der Gemeinschaft. …* ***Jetzt sind wir natürlich ganz froh, dass wir es gemacht haben, dass sie in der Oase ist.*** *Ich glaube, das ist schon ganz gut für unsere Mutter.“ (PD 42)*

Diese Aussage beschreibt den Prozess, wie aus der anfänglichen Skepsis eine Zustimmung für das neue Versorgungskonzept wurde. Die Bedenken bezogen sich darauf, dass die Mutter gerne allein lebte und die Gemeinschaft in der Pflegeoase ihr nicht gefallen könnte. Nachdem eine Tochter mit in die Schweiz gereist war, um die dortige Pflegeoase zu besichtigen, war sie der Meinung, dass die Gemeinschaft positiv wirken kann. Der jetzige Erfahrungshintergrund mit der Pflegeoase zeigt, dass sie froh über die Entscheidung ist, ihre Mutter in der Pflegeoase betreuen zu lassen.

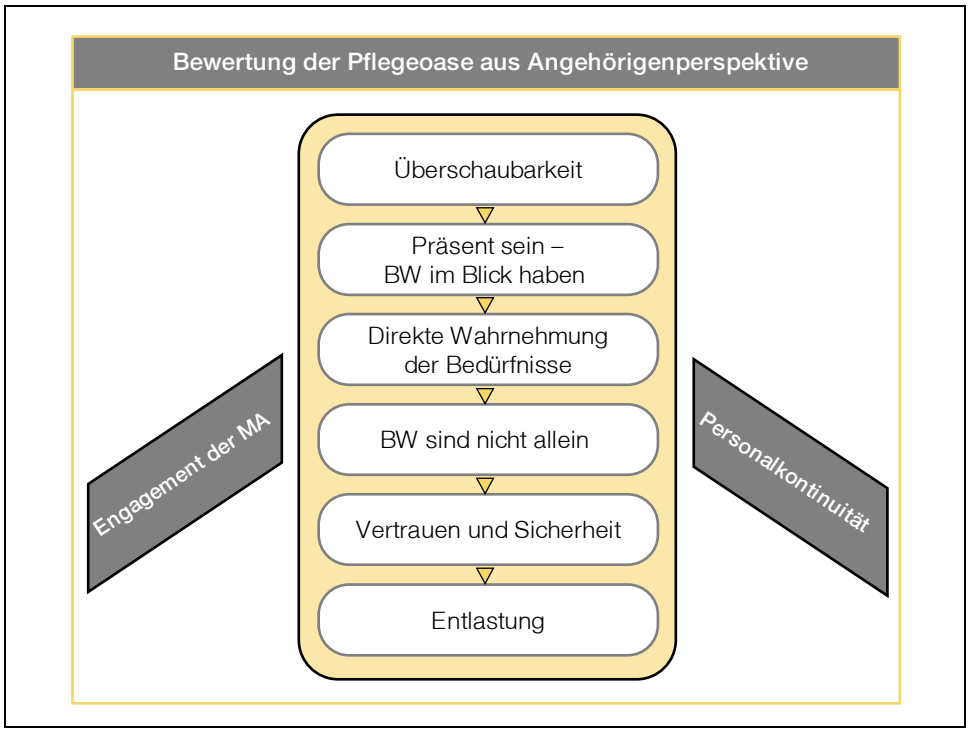
Zufriedenheit mit der Pflegeoase

Die Bewertung der Pflegeoase aus Sicht der Angehörigen ist von äußerster Zufriedenheit geprägt. Dies beschreiben die Angehörigen sowohl in den Interviews als auch anhand eines Zufriedenheits-Fragebogens (Satisfaction with Care at End-of-Life in Dementia, vgl. Volicer et al. 2001) mit dem sie zu drei Zeitpunkten die Betreuung ihrer Familienmitglieder bewerteten. Mit einer Punktzahl von 0 bis 40 kann die Betreuung beurteilt werden, dabei steht 0 für „keine Zufriedenheit“ und 40 für „vollste Zufriedenheit“. Die Angehörigen bewerten ihre Zufriedenheit mit einer durchschnittlichen Punktzahl von 33,5 bei Inbetriebnahme der Pflegeoase und mit 36 Punkten nach elf Monaten Laufzeit (14.12.06: Mittelwert: 33,5 Punkte, Spannbreite: 32-37; 20.6.07: Mittelwert: 33,8 Punkte, Spannbreite: 23-40; 10.10.07: Mittelwert: 36 Punkte; Spannbreite: 26-40).



20. Grafik: Zufriedenheit der Angehörigen mit der Betreuung

Die Angehörigen beschreiben in den Interviews ihren Bewertungsprozess in Bezug auf die Pflegeoase. Die Überschaubarkeit der Räumlichkeiten ist der bauliche Rahmen, der die ständige Mitarbeiterpräsenz ermöglicht. Den Angehörigen ist es sehr wichtig, dass die Bewohnerinnen im Blick der Mitarbeiterinnen sind, damit diese unmittelbar auf deren Bedürfnisse eingehen können und die Familienmitglieder nicht allein sind. Diese Aspekte sowie die hohe Personalkontinuität und das Engagement des Teams stellen die Angehörigen zufrieden und entlasten sie. Als Entlastung wird erlebt, dass die Angehörigen kein schlechtes Gewissen mehr haben, wenn sie ihre Familienmitglieder „allein lassen“, sondern sie in guten Händen wissen. Die Angehörigen konnten sich von der Qualität der Betreuung überzeugen. Die verbesserte Verhaltenskompetenz ihrer Familienmitglieder sehen sie dafür als konkretes Anzeichen.



21. Grafik: Bewertung der Pflegeoase aus Angehörigenperspektive

Mit welchen Gefühlen die Angehörigen die Pflegeoase verlassen verdeutlicht die folgende Aussage.

> *„Also ich **gehe aus der Oase mit einem guten Gefühl heim, weil ich nicht mehr das Gefühl habe, ich lasse meine Mutter alleine**. … Ich bin in letzter Zeit nicht mehr ganz so oft gekommen, weil ich einfach das Gefühl habe, sie ist da gut aufgehoben.“*
> *(PD 25)*

Die Familienangehörigen mit einem guten Gefühl zu verlassen, wirkt entlastend. Dies kann sogar dazu führen, dass Angehörige nicht mehr so oft zu Besuch zu kommen. Entlastung bedeutet in der folgenden Einschätzung, kein schlechtes Gewissen mehr zu haben.

> *„Wenn mich Bekannte Fragen nach meiner Mutter, wie geht ihr denn so? **Ich habe dann kein schlechtes Gewissen mehr,** die Patienten wirkten für mich alle sehr einsam vorher, jetzt ist das nicht mehr so.“ (PD 40)*

Mit dieser Aussage wird erneut das Durchbrechen der Einsamkeit als entlastender Faktor für die Angehörigen benannt: Sie müssen kein schlechtes Gewissen mehr haben, dass ihre Familienmitglieder allein zurückbleiben, wenn sie nicht anwesend sind. Das Zusammenleben in der Oase wird ähnlich wie in einer Familie erlebt. Mitarbeiterpräsenz und Bedürfnisorientierung sind zentrale Vorteile der Pflegeoase aus Sicht der Angehörigen. Die stetige Präsenz führt nach Ansicht der Angehörigen zu positiven Veränderungen der Verhaltenskompetenz der Bewohnerinnen.

> *„Meine Mutter hat die **Augen ganz häufig jetzt offen, sie geht mit den Augen mit**, … sie hat auch **wieder zugenommen**. … Sie verschluckt sich selten.“ (PD 49)*

Diese Annahmen werden von allen Akteuren in der Pflegeoase geteilt und unterstützt. Weitere Aussagen zur veränderten Verhaltenskompetenz sind im Kapitel „Bewohnersituation“ dargestellt. Die Zufriedenheit der Angehörigen mündet schließlich in der Empfehlung, dass der Versorgungsansatz der Pflegeoase auch für andere Einrichtungen sinnvoll ist, wenn entsprechende Qualitätskriterien eingehalten werden und vor allem engagierte Mitarbeiterinnen dort arbeiten.

> *„Ich bin wirklich sehr froh, ich finde die Oase sehr gut, ich bin zufrieden und dankbar. **Und ich denke, dass dieses Konzept verbreitet werden sollte. Ich hoffe das geht überall so wie hier**, **denn das müssen ja engagierte Mitarbeiter sein**.“ (PD 49)*

Zur bedeutenden Rolle der Mitarbeiterinnen haben sich die Angehörigen vielfältig in den Zitaten geäußert. Im Folgenden machen sie Aussagen dazu, wie sie die Arbeitssituation der Mitarbeiterinnen einschätzen.

> *„Die Pflegende **trägt zwar die ganze Verantwortung**, aber kann ja auch **selbstständig entscheiden, und das ist der Hauptpunkt**.“ (PD 43)*

Die Angehörigen beschreiben die Arbeitssituation des Teams mit ähnlichen Worten wie die Mitarbeiterinnen selbst. Diese tragen Verantwortung, haben aber im Gegenzug auch die Möglichkeit zur selbständigen Entscheidung, das heißt sie können den Gestaltungsspielraum für eigene Entscheidungen nutzen. Diese Einschätzung vertieft das nächste Zitat.

> *„Ich kenne so viele, die in der Pflege arbeiten und **unzufrieden** sind mit den Arbeits- und Pflegebedingungen, und **dass sie nicht so pflegen können wie sie eigentlich wollen** durch bestimmte Vorgaben. Mein Eindruck ist, dass … in der Oase also noch mal **was antriggert, also bestimmte Sachen zu machen**, **die man endlich machen kann**. So, ja dass da dadurch ich sage mal auch mal **mehr Freude** auch bei der Arbeit ist. **Es ist ganz bestimmt nicht einfach, aber es ist befriedigender** und dadurch wird auch wieder mehr Kraft geschöpft.“ (PD 43)*

Zusammengefasst bewerten die Angehörigen, dass die Arbeit in der Pflegeoase nicht leicht ist, dem aber entgegensteht, dass sie befriedigender ist. Sie bietet den Mitarbeiterinnen die Möglichkeit, nach ihren Vorstellungen zu pflegen. Abschließend wird ein Zitat angefügt, das das innere Bild der Angehörigen zur Pflegeoase veranschaulicht.

> *„Ganz spontan und locker: eine **nette WG**. Was ich immer sage, es ist ein Mehrbettzimmer, aber man soll sich das nicht vorstellen wie beim Krankensaal, sondern einfach eine **nette Wohngemeinschaft**.“ (PD 49)*

4.5 Subjektives Erleben der Pflegeoase aus Mitarbeiterperspektive

Die Datengrundlage zur Vergegenwärtigung der Mitarbeiterperspektive bilden Einzel- und Gruppeninterviews mit dem Team der Pflegeoase (n=15) und dem Team des Nachbarwohnbereichs (n=5). Das Arbeiten in der Pflegeoase erleben die Mitarbeiterinnen ambivalent: Sie bewegen sich in einem Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung. Insbesondere der direkte Bewohnerkontakt wird von allen als besonderer Wert ihrer Tätigkeit angesehen. Die verschiedenen Facetten der Präsenz werden in der Kategorie „Präsent sein“ anhand der folgenden Subkategorien erläutert:

- Bewohnerinnen im Blick haben und unmittelbar reagieren können
- Kontakte zu den Bewohnerinnen gestalten
- Ansprechpartner für Angehörige sein
- Rahmenbedingungen

Die Präsenz in der Pflegeoase sehen die Mitarbeiterinnen als ein spezifisches Element dieser Versorgungsform an. Ein weiteres ist der Arbeitsrahmen „Alleine arbeiten“ der in folgenden Bereichen verdeutlicht wird:

- Komplexe Pflegesituationen bewältigen
- Alleine arbeiten und doch Teammitglied sein

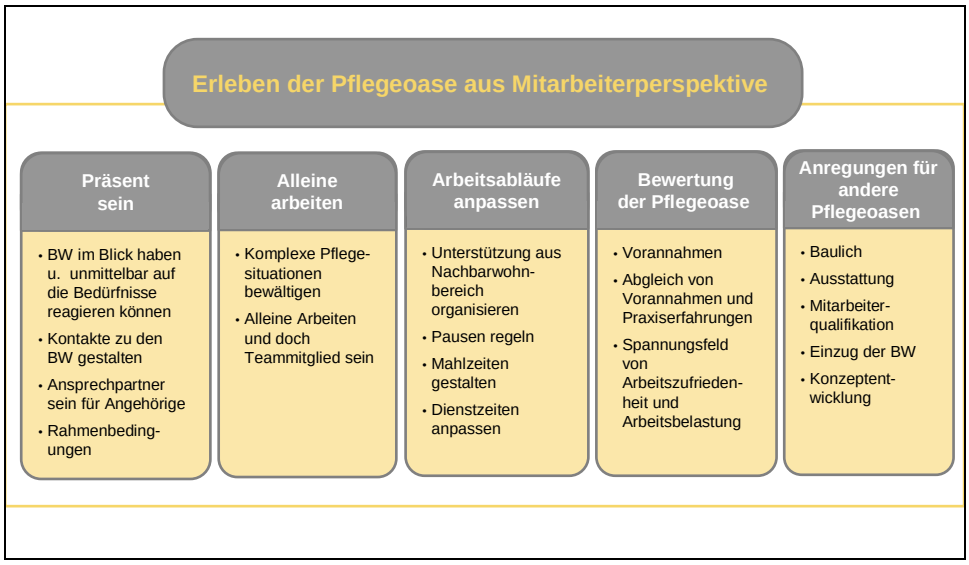
Das Arbeiten in der Pflegeoase ist ein Lernprozess, was sich in den Beschreibungen zur Anpassung der Arbeitsabläufe widerspiegelt. Diese sind in folgende Bereiche gegliedert:

- Unterstützung aus dem Nachbarwohnbereich organisieren
- Pausen regeln
- Mahlzeiten gestalten
- Dienstzeiten anpassen

Als Zusammenfassung ihrer Erfahrungen bewerten die Mitarbeiterinnen die Pflegeoase anhand der Schritte:

- Vorannahmen: Erwartungen und Befürchtungen
- Abgleich von Vorannahmen und Praxiserfahrungen
- Im Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung

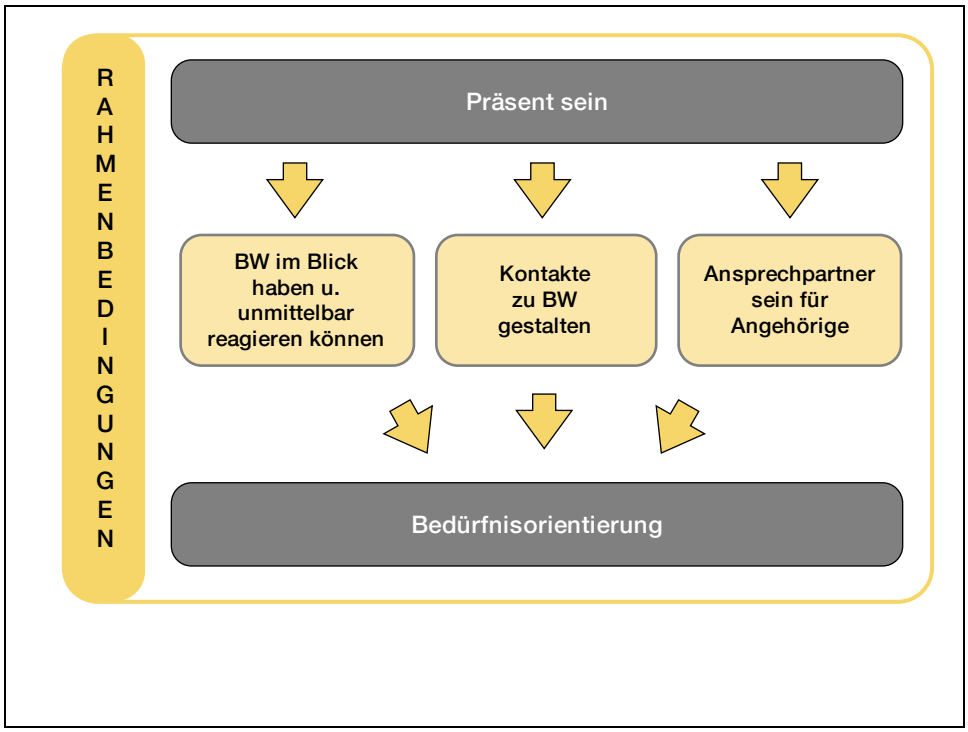
Als ein zentraler Bewertungsaspekt der Pflegeoase lässt sich bei Mitarbeiterinnen und Angehörigen die Kategorie „Bewohner im Blick haben“ ableiten. In der folgenden Grafik sind die Ergebnisse aus Sicht der Mitarbeiterinnen zusammengefasst.



22. Grafik: Erleben der Pflegeoase aus Mitarbeiterperspektive

Präsent sein

Die Präsenz der Mitarbeiterinnen ist ein wesentliches Merkmal der Pflegeoase. Die Pflegenden füllen im Tagesverlauf 14 Stunden Präsenzzeit aus. Präsent zu sein bedeutet für sie, die Bewohnerinnen im Blick zu haben. Die Mitarbeiterinnen können unmittelbar auf Bedürfnisse der Bewohnerinnen (Essen, Trinken, Schmerzäußerungen, Blickkontakt, Berührung) reagieren. Neben diesem Kernaspekt, der Präsenz für die Bewohnerinnen, ist die Präsenz für die Angehörigen ein wichtiges Element im Erleben der Mitarbeiterinnen. Präsent sein bedeutet daher für die Mitarbeiterinnen, auch Ansprechpartner für Angehörige zu sein. Rahmenbedingungen für die Mitarbeiterpräsenz bilden bauliche und organisatorische Umweltfaktoren wie überschaubare Räumlichkeiten und kurze Wege. Diese haben eine Reduzierung der Wegestrecken und damit eine Zeitersparnis zur Folge, die für den direkten Bewohnerkontakt genutzt werden kann. Die Bedürfnisorientierung stellt das Kernelement der Kategorie „Präsent sein“ dar. Zusammenfassend kann für dieses Kategorie abgeleitet werden, dass die Präsenz in der Pflegeoase sowohl seitens der Pflegenden als auch seitens der Angehörigen als wesentliches Qualitätsmerkmal der Pflegeoase gewertet wird. Für die Bewohnerinnen kann festgehalten werden, dass im Einzelfall deutliche Verbesserungen eingetreten sind, das Aufmerksamkeitsniveau hat zugenommen, Probleme bei der Nahrungsaufnahme haben abgenommen, Gewichtszunahme konnte verzeichnet werden (vgl. auch Kapitel zur Beschreibung der Bewohnerinnen).



23. Grafik: Rahmenbedingungen der Kategorie „Präsent sein“

Im Anschluss werden die in der Grafik dargestellten Kategorien im Einzelnen erläutert.

Bewohnerinnen im Blick haben und unmittelbar reagieren können

Bereits in den ersten Interviews kristallisiert sich der direkte und dichte Bewohnerkontakt als wichtiges Element der Pflegeoase heraus, was in den Folgeinterviews immer wieder Bestätigung findet. Sowohl Mitarbeiterinnen als auch Angehörige verbinden mit dem „Präsent sein“ die Möglichkeit, die Bewohnerinnen im Blick zu haben und in Folge dessen ihre Bedürfnisse unmittelbar wahrnehmen und darauf reagieren zu können. Dieser unmittelbare Kontakt ermöglicht es den Pflegenden, kleinste Veränderungen bei den Bewohnerinnen (vgl. Kapitel 4.3 „Bewohnersituation“) wahrzunehmen. Eine Mitarbeiterin schildert dies wie folgt:

> *„Sie braucht mich oft ganz schnell, **wenn sie unruhig wird**, wissen wir, dass es **Anzeichen für Durst** bei ihr ist. Und früher hatten wir die Möglichkeit nicht, jetzt in der Oase können wir sofort reagieren.“ (PD 4)*

Zeitnah und direkt zu reagieren ist ein wichtiger Wert in der Pflegeoase. Die Mitarbeiterinnen haben die Bewohnerinnen aufgrund ihrer Präsenz im Blick. Sie können Veränderungen im Verhalten direkt wahrnehmen und unmittelbar darauf reagieren. Dahinter steht ein Lernprozess, die unterschiedlichen Verhaltensweisen der Bewohnerinnen zu deuten, zu verstehen und dementsprechend zu reagieren, der durch die kontinuierliche Präsenz der Mitarbeiterinnen unterstützt wird. In der oben beschriebenen Situation ist die Unruhe ein Hinweis für Durst. In anderen Momenten konnten die Pflegenden fest-

stellen, dass unruhiges Verhalten Anzeichen für „eingenässt sein“ oder Schmerzen sein kann. Unruhe zeigt sich/äußert sich bei jeder Bewohnerin individuell unterschiedlich. Eine Bewohnerin wälzt beispielsweise ihren Kopf hin und her, fasst sich mit der Hand ins Gesicht, bewegt die Arme und streckt sie in die Luft. Wenn die Mitarbeiterinnen diese Verhaltensweise wahrnehmen, reagieren sie unmittelbar, da dies bei dieser Bewohnerin ein Anzeichen für Schmerzempfindungen ist. Diese Beschreibungen zeigen, dass die Präsenz es ermöglicht die Bewohnerinnen im Blick zu haben und bedürfnisorientiert reagieren zu können.

Das folgende Zitat beschreibt die Bedeutung des „Präsent seins“ in der Weise, dass vorherige Verhaltensweisen zum Teil nicht mehr zum Tragen kommen, weil die Mitarbeiterinnen vorbeugend reagieren können.

> *„Frau Lutz hat auf dem anderen Bereich immer mit Kot geschmiert. Das kann sie jetzt nicht mehr machen, obwohl die Impulse vorhanden sind, aber wir können sofort reagieren und es kommt erst gar nicht soweit. …* ***In der Oase ist schnelles Handeln möglich, weil die Bewohner nie alleine sind. Wir sind immer da, das ist das wichtigste****.“ (PD 32)*

In dieser Beschreibung findet sich eine Ereignis- beziehungsweise Handlungskette aus „Präsent sein“, schnell und unmittelbar reagieren können, um dadurch präventiv auf Verhaltensweisen einwirken zu können. In Folge dessen kann dem Belastungserleben der Mitarbeiterinnen vorgebeugt werden. Es ist anzunehmen, dass die dargestellte Handlung – das Schmieren mit Kot – Belastungspotenziale wie Ekelgefühle, sich überwinden müssen und damit wahrscheinlich negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen in sich bergen. Ob die Bewohnerin sich mit verdreckten Händen wohl fühlen würde, ist ebenso fraglich. Die unmittelbare Reaktion und ihre Auswirkungen werden eindrücklich im nächsten Zitat erläutert.

> *„Frau Schmidt war vorher im Zimmer auf Wohnbereich A, jetzt ist sie in der Oase. Sie ruft immer nach der Mutter, was sie aufgeregt hat. Jetzt, wenn* ***wir an einem Ort sind****, können wir vorbei gehen und* ***mal kurz die Hände halten, dann beruhigt sie sich*** *auch wieder. Und das weiß man natürlich nicht, wie es vorher war, weil sie in ihrem Zimmer allein war.* ***Vielleicht hat sie da auch gerufen und keiner ist gekommen****.“ (PD 4)*

Durch den Aufenthalt an einem überschaubaren Ort ist es möglich, die nonverbalen und verbalen Äußerungen der Bewohnerinnen unmittelbar wahrzunehmen und ebenso unmittelbar darauf reagieren zu können. Diese Präsenz führt in der geschilderten Situation zur Beruhigung der Bewohnerin und vermittelt, dass ihre Gefühle anerkannt und wertgeschätzt werden, sie kann sich geborgen fühlen. Es ist nicht eindeutig einzuschätzen wie sich die Situation darstellte bevor die Bewohnerin in die Pflegeoase ge-

zogen ist, da diese Verhaltensweisen für das Pflegeteam kaum wahrnehmbar waren, weil die Bewohnerin alleine im Zimmer war.

Die Präsenz ermöglicht den Mitarbeiterinnen, die Bewohnerinnen während ihrer Dienste im Blick zu haben und zu beobachten. Auf diese Weise können sie Veränderungen im Verhalten detailliert wahrnehmen und Aussagen zur Verhaltenskompetenz treffen. Es zeigten sich Steigerungen im Aufmerksamkeitsniveau, Rückgang von Problemen bei der Nahrungsaufnahme in Verbindung mit Gewichtszunahme sowie positive Veränderungen beim Muskeltonus (Abnahme von Spastiken). Diese Veränderungen beziehen sich auf die Gesamtgruppe der Bewohnerinnen, im Einzelfall sind die Veränderungen unterschiedlich ausgeprägt. Es sind prozesshafte Verläufe, die keine lineare Steigerung beziehungsweise Besserung schlussfolgern lassen, sondern auf tendenzielle Verbesserungen im Rahmen der Betreuung in der Pflegeoase hinweisen. Anschließend wird ein Beispiel für die Veränderung des Aufmerksamkeitsniveaus angeführt.

> *„**Sie geht mit den Augen mit und natürlich sie schluckt gut. Sie hat auch wieder zugenommen.** … Sie verschluckt sich selten, das passiert natürlich auch noch, aber nicht mehr so wie vorher. **Und sie spricht auch mehr als vorher.** Nicht von alleine, aber wenn man sie manchmal anspricht, dann gibt sie auch Laute von sich, wo man merkt, da ist auch eine Reaktion.“ (P 55)*

Kontakte zu den Bewohnerinnen gestalten

Aus dem Datenmaterial konnte eine weitere Subkategorie abgeleitet werden in der die Mitarbeiterinnen beschreiben, wie sie die Kontaktaufnahme zu den Bewohnerinnen gestalten und erleben. Die Mitarbeiterinnen zeigen auf, dass es ein Lernprozess ist, individuelle Kontaktbedürfnisse einzuschätzen und zu jeder Bewohnerin einen personenbezogen Zugang zu entwickeln. Sie verdeutlichen, dass die Fähigkeit Empathie und Nähe zulassen zu können, eine wichtige Sozialkompetenz zur Betreuung der Bewohnerinnen darstellt. Als eine Folge der Präsenz und individuellen Kontaktgestaltung erleben sie enge Bindungsgefühle zu den Bewohnerinnen. Mit dieser vertrauten Bindung wird einerseits Zufriedenheit und Bestätigung für die Arbeit verbunden, andererseits kann sie zu erhöhter Verlustangst führen. Die Mitarbeiterinnen stellen dar, dass es gleichwertig an Sozial- und Fachkompetenz bedarf, um mit dieser Personengruppe sorgsam Kontakte zu gestalten und diese zu betreuen. Insbesondere sind Kenntnisse im Bereich der körpernahen (Pflege-)Konzepte (Basale Stimulation, Kinästhetik, Bobath) notwendig, um mit entsprechendem Handwerkszeug gerüstet zu sein.

25. Bild: Interaktion zwischen Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen

Die Pflegenden schildern in den Interviews, wie sie lernen, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen zu deuten und wie sie darauf eingehen.

> *„**Ich merke inzwischen, wenn jemand auch mal nur kurzzeitig diese Intensität von mir braucht.** Ich kann mich auch sehr gut wieder zurücklehnen. Ich bin eigentlich nur Instrument. Ich bin dann wirklich diejenige, die weich und warm und mütterlich da ist.“ (PD 18)*

Das Zitat veranschaulicht zum einen die Intensität der Kontakte und zum anderen, dass es auch eine kurze Kontaktzeit sein kann, die eine Bewohnerin in der Situation braucht. Des Weiteren zeigt es, dass von den Mitarbeiterinnen kontinuierlich aufmerksame Beobachtung gefordert ist, um die Bedürfnisse wahrnehmen und einschätzen zu können. Wie eingangs dargelegt ist der empathische Zugang ein wichtiges Element in der Kontaktaufnahme zu den Bewohnerinnen.

> *„Bei Frau Schmidt gehe ich nur vom Gefühl aus, sie war letzte Woche jeden Abend sehr unruhig, da hatte ich mich abends … **an ihr Bett gesetzt und sie hat mich richtig rein gezogen. Sie hat meinen Rücken angezogen, sie hat meine Hand angezogen und hat sich festgeklammert**.“ (PD 21)*

Vertrauen aufzubauen und Sicherheit zu vermitteln, dazu bedarf es der Fähigkeit, Nähe und Bindung zu den Bewohnerinnen zuzulassen. Die Mitarbeiterinnen berichten,

dass sie in diesen personenorientierten Kontakten Zufriedenheit in und Bestätigung für ihre Arbeit erleben. Auf der anderen Seite kann die körperliche Nähe und Präsenz auch zur Belastung werden. Eine Mitarbeiterin der Pflegeoase hat unter anderem aufgrund der Schwerstpflege und der großen Nähe zu den Bewohnerinnen den Bereich verlassen (vgl. Subkategorie „Bewertung der Pflegeoase“). Für sechs Menschen präsent und verantwortlich zu sein, bedeutet für die Mitarbeiterinnen auch, sechs Persönlichkeiten zu betreuen und zu ihnen individuelle Zugänge zu finden. Wie emotional beanspruchend dies sein kann skizziert das folgende Zitat.

> *„Wenn wir von einem zum **anderen Bewohner jeweils eine andere Rolle spielen**, um sich in seine Person zu versetzen, ist es für mich großer Stress.“ (PD 21)*

Die Beschreibung veranschaulicht den Anspruch, den die Mitarbeiterinnen an sich selbst stellen. Individuell auf jeden eingehen und Kontakte aufbauen zu können, bedeutet für sie in verschiedenen Rollen zu agieren und individuelle Umgangsweisen zu entwickeln. Demzufolge ist mit der Betreuung in der Pflegeoase eine deutliche psychische Beanspruchung der Mitarbeiterinnen verbunden. Daher ist bei einer derartigen Arbeit die Begleitung durch Supervision zwingend erforderlich. In der Kategorie „Alleine arbeiten“ werden diese Aspekte weiterführend erläutert.

Eine Folge der individuellen Kontaktgestaltung und der Präsenz ist eine enge Bindung zu den Bewohnerinnen. Sie werden von den Mitarbeiterinnen zum Teil als Familienmitglieder wahrgenommen. Mit diesem engen Bindungserleben sind Ängste verbunden, insbesondere Verlustängste.

> *„Und ich **hatte Angst wer geht als nächstes von uns**. … das war anstrengend, ich war traurig. … Für mich persönlich, ist das wie meine Verwandten. … Diese sechs Personen sind **wie unsere Familie**.“ (PD 47)*

Das Zitat beschreibt eindrücklich, wie Mitarbeiterinnen die enge Bindung zu den Bewohnerinnen erleben. Die Bewohnerinnen als Verwandte beziehungsweise Familienmitglied zu bezeichnen ist ein deutliches Indiz für diese Bindung und Wertschätzung. Es kann für das Pflegeteam der Oase festgehalten werden, dass die vertiefte Bindung sowohl zur Arbeitszufriedenheit als auch zu Verlustängsten führt. Wie das Team mit Tod und Sterben der Bewohnerinnen umgeht, wird im Kapitel „Komplexe Pflegesituationen bewältigen“ ausführlich erläutert.

Neben den empathischen Fähigkeiten sind Fachkenntnisse zur Krankenbeobachtung und zur Einschätzung der Situation gleichwertig notwendig. Das folgende Zitat beschreibt die eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit einer Bewohnerin.

> *„**Sie sieht … ganz schlecht** und auf einem Auge ist sie ja blind. **Und da kann sie das auch gar nicht so einordnen, wenn da plötzlich jemand kommt und sie anfasst.** Man muss also **schon alles anmelden, was man tut und macht. Und am besten ist, wenn man sie mit einer Hand streichelt**, dass sie merkt, da ist jemand und dann kann man mit der anderen Hand arbeiten.“ (PD 9)*

Das Zitat verdeutlicht die individuelle Zugangsweise zu den Bewohnerinnen: Ruhe in der Kontaktaufnahme, schrittweises Beschreiben der Handlungen und dauerhaftes Vermitteln der Anwesenheit stehen dahinter. Diese Fähigkeiten und Kenntnisse der Pflegenden werden in Fortbildungsangeboten zur Basalen Stimulation, Kinästhetik und dem Bobath-Konzept vertieft. Die folgende Ausführung beschreibt das Erleben von Kontaktaufnahme und Zeitempfinden.

> *„Bei der Fortbildung Basale Stimulation haben wir die Erfahrung gemacht, **dass äußere und innere Zeit ganz was anderes sind**, wenn **ich zwei Minuten intensiv** mit jemandem etwas mach, das kam einem sogar in der Fortbildung vor wie 10 oder 15 Minuten … **Mensch, da ist einer, der hat wirklich Zeit für mich und der ist da, und die Empfindung ist innerlich**: … Das habe ich auch so mitgenommen …, da muss man auch keine Stunde brauchen, man kann es in den Ablauf integrieren.“ (PD 21)*

Die Art und Weise der Kontaktgestaltung kann Verbesserungen in der Verhaltenskompetenz der Bewohnerinnen bewirken. Sich in Ruhe auf jemanden einzulassen kann für die Person im Erleben bedeuten, dass sie sich wertgeschätzt fühlt und spürt, dass sich ein anderer Mensch ihr zuwendet. Der Zeitdruck und das Empfinden zu wenig Zeit zu haben, ist ein häufig angeführtes Argument in der Altenpflege. Dieses Zitat veranschaulicht auf positive Weise wie auch kurze Kontaktmomente individuell für jede Bewohnerin ausgefüllt werden können. Mit der Beschreibung „innere und äußere Zeit“ wird Bezug auf die Qualität der Beziehung und der Kontaktaufnahme genommen, die Basale Stimulation bietet dafür einen sinnvollen Zugangsweg. An dieser Stelle geht es weniger um eine Frage Kontaktquantität als vielmehr um Kontaktqualität. Diese Anforderungen an die Sozialkompetenz und an die Fachkompetenz sehen sowohl Mitarbeiterinnen als auch Angehörige als wichtige Elemente der sorgsamen Bertreuung in der Pflegeoase an. Initial-Berührungen können auch Auswirkungen auf pflegerische Handlungen und auf die Verhaltenskompetenz der Bewohnerinnen haben, indem sie Sicherheit vermitteln.

> *Beim **Essen anreichen, wenn sie da unruhig ist**, … dann kannst du einfach ihre **Hand nehmen und dann isst sie weiter** und isst gut. Sie mag fürchterlich gern diesen Kontakt.“ (PD 9)*

Auch die Art und Weise der verbalen Kommunikation kann die Reaktionen der Bewohnerinnen beeinflussen. Es zeigt sich, dass eine Bewohnerin nicht auf die förmliche Anrede mit ihrem Nachnahmen sehr wohl aber auf Ansprache mit ihrem Spitznamen rea-

giert. Die Mitarbeiterinnen haben dieses Vorgehen vorab mit den Angehörigen abgestimmt.

> *„Bei Frau Schmidt, wenn man sie mit Hannchen ruft, also mit ihrem **Spitznamen** … kann man sie damit **besser beruhigen**." (PD 4)*

Die Bewohnerinnen reagieren auf den Kontakt zu den Mitarbeiterinnen beziehungsweise auf deren Präsenz in verschiedener Weise. Eine Veränderung ist das gesteigerte Aufmerksamkeitsniveau.

> *„Also am **Anfang hat sie uns nicht so sehr beobachtet**. … jetzt weiß sie ganz genau, dass da etwas passiert. Sie ist dann auch ganz wach. … Also ich gehe zum Beispiel zu Frau Schmidt und sie sitzt dann vorne und guckt immer wo ich bin … Also sie hat eine ganz wache Wahrnehmung und Beobachtung. **Wenn einer durch den Raum geht, verfolgt sie das mit Blicken**." (PD 9)*

> *„Frau Otto **sucht den Blickkontakt mit uns** beziehungsweise mit vertrauten Personen, dann lächelt sie auch. Sie fühlt sich sicher, wenn sie in ihrem Sessel sitzt, das ist ihr Stammplatz. Dann lacht sie auch mal laut und im Vergleich zu andern Wohnbereich, dort hat sie nie gelacht bzw. keine Reaktion gezeigt." (PD 32)*

Das Zitat veranschaulicht wie die Bewohnerinnen auf die kontinuierliche Präsenz der Mitarbeiterinnen reagieren.

Pflege ist Beziehungsarbeit wie die Pflegewissenschaftlerin Prof. Schröck (1997) seit Jahren betont. Dies gilt insbesondere für die vulnerable Zielgruppe der Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Deren verbale Kommunikationsfähigkeit ist stark eingeschränkt, es wird angenommen, dass sich das Wahrnehmungsfeld dieser Personengruppe zunehmend auf die unmittelbare Umwelt verengt. Als zusammenfassende Schlussfolgerung dieser Kategorie kann dargelegt werden, dass die Kontaktgestaltung und Bindung zu den Bewohnerinnen einen hohen Stellenwert in der Betreuung der Zielgruppe hat. Zur Bewältigung der anspruchsvollen Aufgabe einer positiven Kontaktgestaltung bedürfen die Mitarbeiterinnen der Begleitung durch die Führungsebene sowie der Begleitung durch Supervision.

Ansprechpartner sein für Angehörige

Für die Pflegenden ist mit der Präsenz in der Pflegeoase ein weiterer Effekt verbunden: sie sind präsente Ansprechpartnerinnen für die Angehörigen. Ebenso wie bei den Bewohnerinnen gehen sie auf die Kontaktbedürfnisse der Angehörigen ein und schaffen auf diese Weise eine vertraute Atmosphäre. Der Kontakt zu den Angehörigen wird zum einen als Unterstützung und Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch erlebt. Zum

anderen empfinden die Pflegenden es auch als Herausforderung, eine Balance zwischen Vertrauen, Nähe und Distanz zu entwickeln.

Präsent und ansprechbar sein bei Fragen oder einem Anliegen, dies wird in dem folgenden Zitat beschrieben.

> *„Ich merk auch, dass es den **Angehörigen gefällt**, dass sie eine **Ansprechperson** haben, sonst müssen sie kommen und fragen, wer ist denn heute im Dienst und sie haben uns gesucht. **Jetzt sind wir einfach da.**“ (PD 4)*

Ansprechpartnerinnen für die Angehörigen zu sein und Angehörige aktiv in den Pflegeprozess einzubinden bietet beiden Seiten Unterstützung und schafft Vertrauen. Alle Elemente der wertschätzenden Kommunikation sind dabei gefragt.

> *„Ich sage mal, die **Angehörigen sind meine besten Kollegen**. … Also die eine reichte an, die nächste hat mit ihrer Mutter gesprochen. … **Das ist eine große Hilfe**. … da kam jeweils ein Blick von ihnen, der ein Lächeln hatte, weil sie sich auch **einbezogen fühlten und wertgeschätzt**.“ (PD 15)*

Wertschätzung erfahren und einbezogen sein sind wichtige Grundfeiler für eine gelingende Kommunikation und die Basis für Vertrauen zwischen Pflegenden und Angehörigen.

> *„**Es ist halt Vertrauen** und ich glaube, dass das auch das wichtigste ist, was wir da wollen, dass die Angehörigen Vertrauen und auch Trost bekommen.“ (PD 18)*

Angehörige ernst nehmen, ihr Erleben zu verstehen versuchen und ihnen Trost spenden – das sind wichtige Aufgaben in der Angehörigenarbeit, und dazu ist Zeit für Gespräche erforderlich. Diese Art der Unterstützung bedeutet einen weiteren Aspekt der Beanspruchung für die Mitarbeiterinnen. Es ist eine Herausforderung, dies im Alltag mit den Anforderungen bei der Betreuung der Bewohnerinnen zu vereinbaren.

> *„Wenn die **Angehörige kommt, das nimmt viel Zeit und Raum in Anspruch**. Die braucht so viel Zuspruch … diese Arbeit leisten wir ja auch. Und gleichzeitig aber noch alles andere … Ich finde das eine starke **psychische Belastung**.“ (PD 36)*

Auf Bedürfnisse nach Zuspruch und Aufmerksamkeit einzugehen sehen die Pflegenden als wichtigen Beitrag ihrer Arbeit an. Die Kontakte und Auseinandersetzungen mit den Angehörigen sind ebenso emotional förderlich und stützend wie belastend für die Mitarbeiterinnen.

Die Mitarbeiterinnen leisten insgesamt eine wertvolle Angehörigenarbeit. Sie strahlen Ruhe aus, sind offen für die Anliegen der Angehörigen und erfahren dafür positives Feedback.

> *„Ich habe die Rückmeldung von Angehörigen bekommen, dass es eine **schöne Atmosphäre ist**, wenn man in die Oase kommt und die Türe schließt, da kommt man in so einen **Ruheraum.**" (PD 18)*

Zusammengefasst kann dargelegt werden, dass die Angehörigen als Partner im Pflegeprozess erlebt werden, zeitweise jedoch auch eine psychische Belastungsquelle für die Mitarbeiterinnen darstellen können.

Rahmenbedingungen

Bauliche und organisatorische Umweltfaktoren stellen Rahmenbedingungen für die Präsenz der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase dar. Die Räumlichkeiten der Pflegeoase bieten Überschaubarkeit und kurze Arbeitswege. Auf diese Weise kommt es zu einer Wegstrecken- und Zeitersparnis im Vergleich zum Nachbarwohnbereich. Das Team der Pflegeoase nutzt diese Zeit für den direkten Bewohnerkontakt. Organisatorische Regelungen sehen vor, dass Leistungen wie Essens- und Wäscheanlieferung in die Pflegeoase hinein erfolgen. Dies hat zum Ziel, dass die Pflegenden nicht mit Tätigkeiten außerhalb der Pflegeoase beschäftigt sind, sondern während ihrer Arbeitszeit in der Pflegeoase präsent sein können. Diese Rahmenbedingungen ermöglichen es, den Arbeitsablauf in der Pflegeoase an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen zu orientieren. Im Vergleich dazu prägt auf dem Nachbarwohnbereich eher eine Arbeitsablauforientierung den Arbeitsstil.

Bauliche Umweltfaktoren

Die Überschaubarkeit der Pflegeoase ist ein bedeutsamer Umweltfaktor für die Mitarbeiterinnen, der den Arbeitsablauf beeinflusst.

> *„Jetzt habe ich **keine weiten Wege mehr**. Ich habe alles was ich brauche maximal 20 Schritte um mich drum rum. … Also ich muss nicht in die Küche rennen. Ich muss keine Getränke holen, und **all diese Zeit bleibt bei den Bewohnern.**" (PD 40).*

Kurze Arbeitswege kommen den Bewohnerinnen zugute. Die Erhebung der Wegstrecken stützen diese Aussagen: In der Pflegeoase werden 455 Meter pro Bewohnerin, im Wohnbereich A 934 Meter pro Bewohnerin zurückgelegt. Die dadurch eingesparte Wegezeit, verbleibt wie im Zitat dargestellt, bei den Bewohnerinnen beziehungsweise für den direkten Kontakt zwischen Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen.

Die Mitarbeiterinnen äußern jedoch auch Kritik an der Überschaubarkeit der Pflegeoase. Ihrer Meinung nach könnte der Raum größer sein.

> *„Ein bisschen größer könnte unsere Oase sein, weil es ist doch ziemlich eng überall.“ (PD 47)*

Die kompakte Räumlichkeit der Pflegeoase bietet auf der einen Seite Vorteile. Auf der anderen Seite wird das Patzangebot mit einer Größe von knapp 85 m² als zu klein eingeschätzt. Aufgrund der ausgeprägten Pflegebedürftigkeit sind die Bewohnerinnen alle auf Hilfsmittel wie angepasste Rollstühle und Tagespflegestühle und Sessel angewiesen. Um diese Hilfsmittel adäquat einzusetzen, ist eine ausreichende Rangierfläche erforderlich, damit kein Hin- und Herschieben der anderen Bewohnerinnen beziehungsweise Sessel erforderlich ist. Der Nachteil des zu kleinen Raums wird ebenso von den Mitarbeiterinnen wie auch von den Angehörigen benannt.

Die räumliche Umwelt schafft weitere Einflussfaktoren wie Umgebungsgeräusche, vermehrte Stimmen, Geruchsentwicklung. Beim Umbau der Pflegeoase wurde der Geruchsentwicklung präventiv entgegen getreten indem ein geschlossenes Be- und Entlüftungssystem eingebaut wurde, das die Luft in festen Intervallen umwälzt und filtert. Zudem trägt die große Fensterfront des Balkons, die oft geöffnet wird, dazu bei, dass frische Luft in der Pflegeoase vorherrscht. Negative Äußerungen zur Geruchsentwicklung sind in den Beschreibungen der Mitarbeiterinnen nicht zu finden. Vielmehr beschreiben diese den Aspekt der Gemeinschaft, das heißt die Stimulation durch die Umwelt. Dies veranschaulichen die folgenden Zitate.

> *„Die Frau Schmidt war ja auch vorher in einem Einzelzimmer, und dann ist sie schon in ein Doppelzimmer verlegt worden, und dann haben wir schon gemerkt, dass da schon etwas besser wurde. Ich denke diese* ***Isolation in dem Einzelzimmer****, das hat ihr überhaupt nicht gut getan. Jetzt* ***hört sie ständig Geräusche*** *von uns, wir sind* ***ja immer präsent. Und man merkt, dass sie auch so reagiert darauf, dass sie die Augen aufmacht*** *und ich denke, dieser Kontakt, dieses Hören, das macht was aus.“ (PD 9)*

> *„Gestern hat Frau Otto* ***eine andere Bewohnerin angesprochen, die hat gehustet****, und Frau Otto hat gefragt, ach was hast du denn? Die hat richtig klar gesprochen.“(PD 9)*

Mit der Präsenz der Mitarbeiterinnen und der Präsenz der anderen Bewohnerinnen sind Umweltbedingungen geschaffen, die anders als im Einzelzimmer sind. Die Bewohnerinnen hören mehr Geräusche und Stimmen, die – wie von den Mitarbeiterinnen bewertet – nicht zur Überstimulation geführt haben. In kritischen Situationen, als sich beispielsweise das Befinden einer Bewohnerin aufgrund akuter Asthmaanfälle verschlechterte, reagierten die restlichen Bewohnerinnen eher verhalten und ruhig. In der folgenden Nacht konnten von der Nachtwache keine veränderten Verhaltensweisen beobachtet werden, dies galt ebenso für den folgenden Tag.

> *„Also bei Frau Koller als die **Notärztin da war, und es waren wirklich auch Laute zu hören**, auch von den Atembeschwerden. … Die **anderen Bewohnerinnen saßen ganz still**. … Und sie haben alle **gut geschlafen**. Ich habe es am nächsten Morgen gehört, da war nichts was irgendwie auffällig war.“ (PD 14)*

Weitere Erläuterungen zu den Umweltfaktoren sind im Kapitel „Umweltfaktoren“ dargestellt.

Organisatorische Umweltfaktoren

Die Abgabe von Außentätigkeiten und somit das konzentrierte Arbeiten in einem kleinen Bereich wie der Pflegeoase wird vom Team positiv eingeschätzt.

> *„Und ich finde es schön, dass wir ganz in der Oase sind, **dass wir mit den Außenarbeiten nicht mehr so viel zu tun haben** … das gibt auch für die Bewohner mehr Sicherheit. Und **ich sehe auch gleich alles**.“ (PD 47)*

In der Beschreibung spiegelt sich die positive Bewertung des abgesteckten Arbeitsrahmens wieder. Die „zugehende“ Organisation bei der fast alle Dienstleistungen von außen in die Oase hinein gebracht werden, bietet einen Rahmen dafür, dass die Mitarbeiterinnen keine Außentätigkeiten übernehmen müssen. Sie können sich vielmehr auf die Arbeit in der Pflegeoase konzentrieren, was es ihnen wiederum ermöglicht, die „Bewohnerinnen im Blick zu haben“ und detailliert wahrzunehmen.

Das folgende Zitat untermauert, dass die räumliche und organisatorische Umwelt die Präsenzzeit bei den Bewohnerinnen beeinflussen kann. Es erweitert die Aussage um den Aspekt, dass die Zielgruppe in einem größeren Wohnbereich Gefahr läuft, sozial zu vereinsamen, da die Kontakte überwiegend im Zusammenhang mit pflegerischen Tätigkeiten stehen.

> *„Wir sind immer da in der Oase, **sie ist kleiner und kompakter, muss man nicht so lang laufen.** ... Frau Meier* hat auf dem anderen Wohnbereich (Anm. d. Vfs.) ein eigenes Zimmer gehabt und sie ist bettlägerig geworden. **Alle 2 Stunden** muss sie anders gebettet werden, dann **kommt eine Kollegin** dreht sie, geht weg und nach 2 Stunden kommt sie noch einmal.“ (PD 5)*

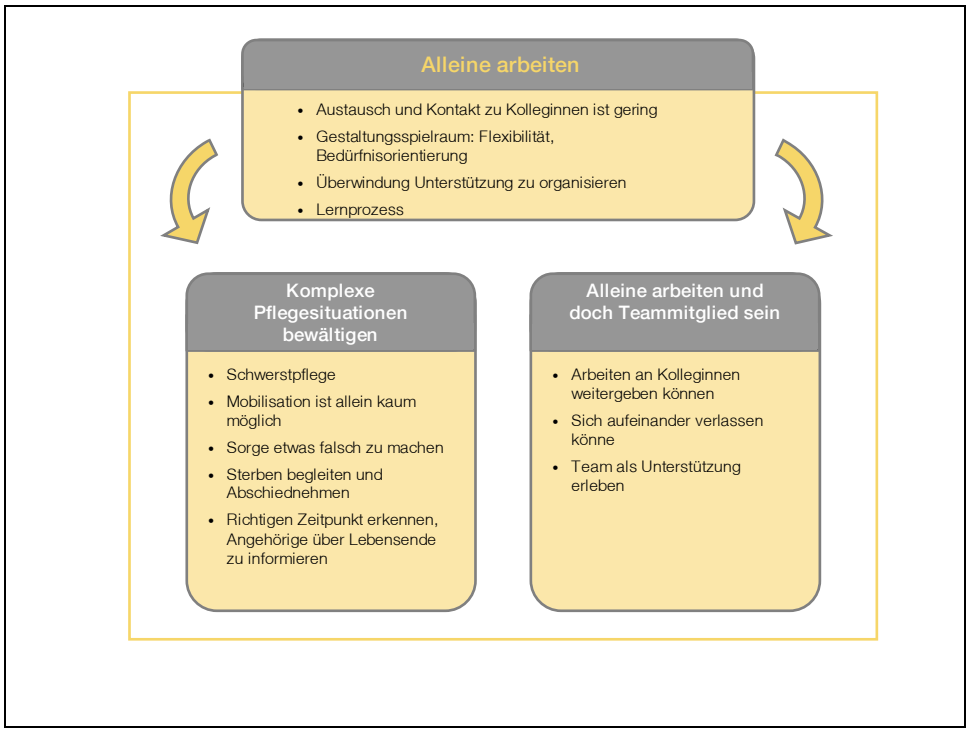
In der Beschreibung wird auf die unterschiedlichen organisatorischen Abläufe der Pflegeoase und des Nachbarwohnbereichs sowie auf die Kontakthäufigkeit zu den Bewohnerinnen eingegangen. Die quantitative Erfassung der Kontakte zwischen Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen stützt diese Aussage und veranschaulicht deutlich den Unterschied von 8 Kontakten pro Bewohnerin (Nachbarwohnbereich) zu 34 Kontakten (Pflegeoase) im Tagdienst. Weiter ausgeführt bedeutet dies, dass in der Pflegeoase eine bedürfnisorientierte Arbeitsorganisation und Kontaktgestaltung möglich ist. Im Gegensatz dazu erscheint die Kontaktgestaltung und Arbeitsorganisation auf dem Nachbar-

wohnbereich einer Ablauforientierung zu folgen. Konkret bedeutet das, dass die Kontakte zu dem beschriebenen Personenkreis überwiegend in Verbindung mit pflegerischen Tätigkeiten wie Körperpflege, Essen anreichen und Lagerungen stehen (vgl. tabellarische Gegenüberstellung der Kontakthäufigkeit in Kapitel 4.1).

Zusammenfassend kann für die Kategorie „Präsent sein“ abgeleitet werden, dass die hohe Personalpräsenz in der Pflegeoase sowohl seitens der Pflegenden als auch seitens der Angehörigen als positives Qualitätsmerkmal gewertet wird.

Alleine arbeiten

Die Pflegeoase wird als organisatorische Einheit gemeinsam mit dem Nachbarwohnbereich betrieben. Dies bedeutet, dass die Pflegeoase nicht autark existieren kann, sondern auf die Zusammenarbeit mit verschiedenen Schnittstellen wie dem Nachbarwohnbereich, der Küche usw. angewiesen ist. Ein wesentliches Merkmal der Arbeit in der Pflegeoase sehen die Mitarbeiterinnen jedoch darin, dass sie im eigentlichen Dienst alleine arbeiten. In der Kategorie „Alleine arbeiten“ beschreiben sie, was dies für sie bedeutet. Es bedeutet, wenig Kontakt zu Kolleginnen zu haben, sich wenig austauschen zu können, aber auch bedürfnisorientiert und flexibel die Arbeit organisieren zu können. Die Mitarbeiterinnen durchlaufen einen Lernprozess wie sie sich selbst organisieren, um das „Allein arbeiten“ zu bewältigen. Die Kategorie „Allein arbeiten“ ist in weitere Subkategorien gegliedert, die die Erfahrungen der Mitarbeiterinnen mit diesem Arbeitsrahmen weiter auffächert: „Komplexe Pflegesituationen bewältigen“, „Allein arbeiten und doch Teammitglied sein“. Die folgende Grafik fasst die Inhalte der Kategorie „Alleine arbeiten“ zusammen.



24. Grafik: Kategorie „Alleine arbeiten“

Allein sein – sich nicht austauschen können

Das Arbeiten in der Pflegeoase bedeutet für die Mitarbeiterinnen, alleine zu arbeiten. Die Kontaktzeiten zu den Kolleginnen sind gering, sie beschränken sich auf die Überlappungszeit während der Übergaben (max. 60 Minuten). Dieser Aspekt des „Allein arbeitens“ wird ambivalent bewertet. Ein Nachteil dieser Organisationsform sind die geringen Austauschmöglichkeiten, die die Mitarbeiterinnen mit ihren Kolleginnen haben. Ein Vorteil dieser Organisationsform wird hingegen darin gesehen, flexibel auf die Bewohnerbedürfnisse reagieren zu können, das heißt einen Gestaltungsspielraum zu haben, um den Arbeitsablauf der täglich wechselnden Bewohnersituation anzupassen. Das folgende Zitat veranschaulicht die Anforderungen und Belastungen, die mit dem Aspekt des Alleinseins verbunden sind.

> *„Du bist immer allein in der Pflegeoase. Da habe ich festgestellt, dass das an meine Grenze geht, dass ich dann merke: „Buh, jetzt brauchst du mal wen zum Reden.“* ***Also, nicht die Arbeit, sondern das Alleinsein ist belastend****.“ (PD 21)*

Das Team betreut eine Gruppe von Bewohnerinnen, die in ihrer verbalen Kommunikationsfähigkeit stark beeinträchtigt ist. Daher sind die Mitarbeiterinnen vorwiegend diejenigen, die reden. Die Mitarbeiterinnen bezeichnen sich als „Alleinunterhalterinnen“ – im besten Sinne beschrieben. Damit ist gemeint, dass sie diejenigen sind, die verbal kommunizieren, die ihre Handlungsschritte erklären, die Alltagsgespräche initiieren, die auf diesem Wege versuchen, eine personzentrierte angenehme Atmosphäre zu schaffen. Es ist nachvollziehbar, dass die Mitarbeiterinnen nach einer gewissen Zeit ein Ge-

genüber brauchen, um sich verbal austauschen zu können, um ihre Erlebnisse zu berichten, um sich zu entlasten und das Erlebte zu bewältigen. Darüber hinaus benötigen sie den Kontakt, um die eigenen Beobachtungen und Wahrnehmungen mit den Einschätzungen der Kolleginnen abzugleichen und ihren Erfahrungshorizont sowie ihre Deutungsmöglichkeiten zu den Verhaltenweisen der Bewohnerinnen zu erweitern.

Flexibilität und Gestaltungsfreiraum nutzen

Das positive des „Allein arbeitens" ist der Gestaltungsspielraum für die Pflegenden. Sie können flexibel auf die Bewohnerbedürfnisse reagieren und ihren Arbeitsablauf daran ausrichten.

> *„Ich fühle mich sehr wohl in der Oase. … **Ich arbeite auch sehr gern allein**, d.h. ich teile mir das ein, ich schaue wie es ist, ich werde nicht so abgelenkt, ich kann mich auf **die Arbeit konzentrieren**. … Und ich habe da viele Möglichkeiten, viele Kleinigkeiten, die ich auch mit einbringen kann, die in der großen Gruppe gar nicht möglich wären. … **Wir haben ja nicht diesen festen Ablauf**. Ich komme zum Dienst und ich mache so einen Rund-um-Blick **… dann entscheide ich wie der Ablauf so ist.** Das gefällt mir wirklich gut in der Oase." (P 16)*

Die Aussage verdeutlicht die Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase. Insbesondere die Flexibilität, das konzentrierte Arbeiten in der Pflegeoase und die Orientierung an den Bewohnerbedürfnissen werden wertgeschätzt. In weiteren Interviews wird diese Einschätzung dadurch verstärkt, dass betont wird, nicht mehr in einem anderen Wohnbereich arbeiten zu wollen, eher würde eine Kündigung erfolgen.

Lernprozesse durchlaufen – Lösungsansätze entwickeln

Sich in einem neuen Arbeitsfeld zu orientieren und zu organisieren ist ein Lernprozess. Da bis dato das Versorgungskonzept Pflegeoase in dieser Art noch nicht umgesetzt wurde, konnten die Mitarbeiterinnen auch nicht auf Erfahrungen anderer zurückgreifen, sondern mussten ihre eigenen Erfahrungen sammeln und Lösungswege entwickeln.

> *„Das sind ja diese ganz schnellen Sekunden in der Oase in denen man wirklich allein ist. Wenn Frau Schmid aus dem Bett aufstehen möchte … und ich hänge da drunter, dann kann ich auch nicht klingeln gehen, um jemand zu rufen. Da muss man dann in dieser Sekunde alleine handeln. … **Und das muss man eben erst richtig lernen**." (PD 14)*

In diesem Zitat wird ein Lernprozess beschrieben, den das Team der Pflegeoase durchlaufen hat, um sich zunächst selbst zu organisieren und im nächsten Schritt die Schnittstellen außerhalb der Pflegeoase, das heißt mit dem Nachbarwohnbereich und im Team zu managen. Wie bereits an anderer Stelle dargestellt wurde ist die Pflegeoase kein solitäres Versorgungskonzept, sondern sie ist auf die Zusammenarbeit mit dem Nachbarwohnbereich angewiesen. Für die Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase bedeutet

dies, dass sie die Unterstützung aus dem Nachbarbereich organisieren müssen. Dies stellt für einige Kolleginnen eine Hürde dar: Sie müssen zunächst fragen, ob jemand sie unterstützt. Das Management an dieser Schnittstelle hat vieler Anpassungen bedurft und wird daher in der Kategorie „Arbeitsabläufe anpassen“ vertiefend dargelegt. An dieser Stelle soll der Schwerpunkt auf das Erleben dieser Situation aus Sicht der Mitarbeiterinnen gelegt werden.

> *„Du bist immer allein. Wir können zwar vom Nachbarwohnbereich jemanden holen, aber wenn ich da gucke bei ihnen, dann sind immer alle so beschäftigt und ich hab* ***Hemmungen die zu rufen****.“ (PD 47)*

Das Zitat verdeutlicht, dass die Organisation der Hilfe aus dem Nachbarwohnbereich zum Teil mit Hemmschwellen verbunden ist. Auch dies ist ein Lernprozess, den die Pflegenden in der Pflegeoase durchlaufen haben. Das „Allein arbeiten“ ist mit weiteren ablauforganisatorischen Anforderungen verbunden, die ebenfalls im Zusammenhang mit der Schnittstelle zum Nachbarwohnbereich als auch mit dem eigenen Verantwortungsbewusstsein, Pflichtgefühl und Arbeitsanspruch stehen.

> *„Meine Anweisung war von Anfang an, dass in der* ***Oase immer jemand sein sollte****. So bin ich hier angelernt worden ... Und natürlich, wenn ich das so gelernt hab, macht* ***mir das Probleme, wenn da keiner ist****.“ (PD 21)*

Das Verlassen der Pflegeoase bereitet Probleme, da eine Anwesenheitspflicht verinnerlicht wurde. Die Mitarbeiterinnen fühlen sich sehr mit den Bewohnerinnen verbunden und zeichnen sich durch ein sehr hohes Verantwortungsbewusstsein aus. Die Präsenz in der Pflegeoase ist zwar ein Kernelement, bedeutet im Umkehrschluss jedoch nicht, dass die Mitarbeiterinnen die Pflegeoase nicht verlassen können; es ist dazu lediglich eine Absprache mit dem Nachbarwohnbereich erforderlich (vgl. Kategorie „Pausen regeln“).

Komplexe Pflegesituationen bewältigen

Komplexe Pflegesituationen zu bewältigen bedeutet in der Pflegeoase, für sechs pflegebedürftige Menschen mit einem Höchstmaß an Hilfebedarf in der Endphase ihres Lebens verantwortlich zu sein. Dies stellt hohe Anforderungen an die Fachkompetenz – unter anderem im Bereich Palliativpflege – und an die Sozialkompetenz der Mitarbeiterinnen. Die Bewältigung der komplexen Pflegesituationen ist ebenso körperlich wie seelisch belastend. Mitarbeiterinnen benötigen umfassendes pflegerisches Wissen, da die Bewohnerinnen in allen Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens auf umfassende Hilfeleistung angewiesen sind. Für die Pflegenden heißt dies, in der Schwerstpflege zu arbeiten. Zum Beispiel sind zur Mobilisation der Bewohnerinnen in den meisten Situationen zwei Pflegende erforderlich. Aber auch Krankenhauseinweisungen auf-

grund von akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Bewohnerinnen, Schmerzbehandlungen sowie die Begleitung sterbender Menschen und das Abschied nehmen, sind kritische Ereignisse, die mit komplexen Pflegesituationen verbunden sind. Die Bewältigung und Reflexion dieser Ereignisse sind psychische Herausforderungen für die Mitarbeiterinnen, die durch die Rahmenbedingung des „Allein arbeitens" noch verdichtet sind. Im folgenden Zitat wird dargestellt wie Transfer und Mobilisation der Bewohnerinnen unter den Rahmenbedingungen des überwiegenden Alleinseins erlebt werden.

> *„Was ich etwas arbeitsintensiv finde … dass wir größtenteils alleine sind …* ***was die Mobilisation angeht, das finde ich einfach schwieriger bei uns in der Oase****."*
> *(PD 40)*

Diese Beschreibung drückt die körperliche Beanspruchung in solchen Momenten aus. Die Mobilisation der Bewohnerinnen wird als schwierig und arbeitsintensiv erlebt. Es kann davon ausgegangen werden, dass dahinter sowohl der Personalaufwand für die Mobilisation und auch der organisatorische Aufwand als auch die körperliche Belastung stecken. Die Bewohnerinnen in der Pflegeoase sind alle so stark in der selbständigen Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, dass für ihre Mobilisation häufig zwei, teilweise bis zu drei Personen erforderlich sind. Ein alleiniger Transfer erscheint nur dann möglich und sinnvoll, wenn umfangreiche Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Kinästhetik vorhanden sind; ansonsten könnte bei den Bewohnerinnen mehr Angst als mögliches Wohlbefinden hervorgerufen werden. Insbesondere Gehübungen, die über den direkten Transfer vom Bett in den Rollstuhl hinausgehen, sind nicht allein zu bewältigen. Zudem gilt es auf Seiten der Pflegenden rückenschonend zu arbeiten, um körperliche Belastungen zu vermeiden und negativen Auswirkungen vorzubeugen.

Sorge etwas falsch zu machen

In komplexen Pflegesituationen zu handeln ist bei den Mitarbeiterinnen auch mit der Sorge verbunden, etwas falsch zu machen. Dies betrifft besonders diejenigen, die wenig Erfahrung mit solchen Situationen haben und über weniger umfangreiches Fachwissen verfügen. Eine Bewohnerin der Pflegeoase hatte zu Beginn des Jahres 2007 bedingt durch Asthmaanfälle häufig Atemnot.

> *„Ich habe nur so Probleme, wenn zum Beispiel Frau Kramer einen Anfall bekommt. Dann denke ich, Oh Gott,* ***was mache ich falsch?*** *Aber meine Kollegen, die Fachkräfte, die sagen mir immer: du machst nichts falsch, aber irgendwie denkt man aber trotzdem daran. … Es ist der Eigenanspruch, der ist ziemlich hoch.* ***Niemand will dass irgendeinem Bewohner was passiert. Und ich glaube, das müssen wir erst lernen, damit richtig umzugehen, dass wir da***

> ***sind und die Leute, die bei uns sind, wirklich dann irgendwann sterben****."*
> *(PD 14)*

In dem Zitat wird der Sorge Ausdruck verliehen, nicht richtig gehandelt zu haben. Die Pflegenden hinterfragen ihr eigenes Handeln kritisch und sind froh über Bestätigung aus dem Team. An dieser Stelle wird bereits die Bedeutung der Teamarbeit deutlich. Sich gegenseitig zu stützen ist ein wichtiges Potenzial im Team. Noch ein weiterer Aspekt wird in der Beschreibung verdeutlicht: Die Mitarbeiterinnen durchlaufen einen Lernprozess, der darin besteht zu realisieren, dass die Bewohnerinnen in der Pflegeoase sterben werden. Das Ziel der Pflegeoase ist es, Wohlbefinden für die Bewohnerinnen zu ermöglichen, ihnen mit Würde zu begegnen und Leidensfreiheit mit einem guten Schmerzmanagement anzustreben.

Bewältigungsprozesse: Kritische Ereignisse bewältigen lernen

Komplexe Pflegesituationen können auch mit einer Verlegung ins Krankenhaus verbunden sein. Dies ist nicht selten ein kritisches Ereignis im Pflegeheim. Im Vordergrund steht oft eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes einer Bewohnerin.

> *„Als Frau Koller **ins Krankenhaus musste**, und da hatte ich sie, **es ist bei mir passiert, dass es ihr so schlecht ging**. Ich **muss sagen, handeln in dem Moment war gar kein Problem.** Da wird gehandelt weil der Mensch einen braucht. … **Aber tagelang habe ich an diese Frau gedacht, was hätte ich anders machen können**. Hast du sie nicht hoch genug gelagert, nicht tief genug? Ich weiß, dass alles genau richtig war, die Ärztin hat mir das auch bestätigt … aber damit fertig zu werden, das kann man nicht in einem Monat lernen. Ich glaube da brauchen wir bisschen Unterstützung."*
> *(PD 14)*

Auch in dieser Situation schwingt die Sorge mit, ob richtig gehandelt wurde. Das hohe Verantwortungsbewusstsein der Mitarbeiterinnen für das Wohlergehen der Bewohnerinnen wird deutlich. Es scheint weniger ein Problem zu sein, in kritischen Situationen zu reagieren; das Erlebte jedoch zu bewältigen stellt eine große Herausforderung dar. Bestätigung und Anerkennung durch Dritte sind wichtige Elemente in der Verarbeitung der komplexen Situation. Das Erlebte kann dauerhafte Auswirkungen zeigen. Zum Teil lassen Mitarbeiterinnen Sorgen und Gedanken auch erst zuhause freien Lauf. Familienangehörige sind mit diesen Emotionen teilweise überfordert beziehungsweise können diese wenig nachvollziehen. Auch aus diesem Grund ist Supervision bei einer Tätigkeit mit derartig dichtem Bewohnerkontakt und wenig Austauschmöglichkeit im Team unerlässlich.

> *„Ich habe Rotz und Wasser geheult, aber erst zuhause, ich packe das immer erst zuhause aus. … Und da sind natürlich die Leute zuhause überfordert. … man kann das auch nur umschreiben, weil ich bin dann traurig, weil jemand ins Krankenhaus kam, aber das versteht eigentlich nur ein Pflegender dann." (PD 14)*

Die tägliche emotionale Beanspruchung, die die Arbeit in der Pflegeoase mit sich bringt, wird in dem folgenden Zitat anschaulich beschrieben.

> *„**Da muss ich ganz stark mich schützen**. Wenn ich das einen Tag nicht tue, dann nehme ich diese starke Traurigkeit mit. ... Aber da **lernt man natürlich auch sich abzugrenzen und das ist jeden Tag eine neue Aufgabe für mich.“** (PD 18)*

Nähe zuzulassen und sich trotzdem einen eigenen Schutzraum aufzubauen, um die Distanz zu wahren, die jeder individuell für sich benötigt – dies gilt es in der Betreuung jeden Tag aufs Neue zu leisten. Dieser Prozess stellt einen hohen Anspruch an die Reflexionsleistung der Mitarbeiterinnen.

Sterben begleiten und Abschied nehmen

Ein immanenter Auftrag in der Altenpflege ist die Sterbebegleitung. Dies gilt in besonderem Maße in der Pflegeoase, weil dort sechs schwersterkrankte Menschen zusammenleben, die sich in der Endphase ihres Lebens befinden. Im Erleben der Mitarbeiterinnen zeigt sich, dass diese enge Bindungen zu den Bewohnerinnen aufbauen, die dazu führen, dass die Mitarbeiterinnen Verlustängste entwickeln (vgl. Kategorie „Bewohnerinnen im Blick haben“). Wie das Pflegeteam das Abschiednehmen und die Sterbebegleitung erlebt zeigen das folgende Zitat.

> *„Und ich hatte Angst wer geht als nächstes von uns. … **Wir kümmern uns immer. Und dann siehst du: ein Bett ist leer.**“ (PD 47)*

Pflege ist Beziehungsarbeit; wenn jemand stirbt bedeutet dies den Verlust der Person. Wie können die Mitarbeiterinnen das Abschiednehmen und den Verlust von den Bewohnerinnen bewältigen? Welche organisatorischen Rahmenbedingungen stützen eine Abschiedskultur in den Heimen? Eine Mitarbeiterin berichtet von positiven Erfahrungen.

> *„Wir sind oft zu **zweit in den Abschiedsraum** gegangen und haben dann auch **manchmal geweint**. Und das war ganz wichtig.“ (PD 21)*

Über den Tod einer Bewohnerin benachrichtig zu werden ist für die Mitarbeiterinnen ein wichtiger Aspekt. So können sie entscheiden, ob und wie sie den Abschied gestalten möchten, auch wenn sie nicht im Dienst sind. Trauerarbeit ist ein wichtiges Thema, für die Pflegenden ebenso wie für die Angehörigen. Die Mitarbeiterinnen berichten, worüber sie sich Gedanken machen, wenn sie die Angehörigen über das Lebensende der Familienmitglieder benachrichtigen. Den „richtigen“ Zeitpunkt abzupassen, um zu entscheiden wann die Angehörigen über den veränderten Zustand ihres Familienmitglieds informiert werden sollten, ist eine schwierige Aufgabe.

> *„Ich möchte mir **nachher keine Vorwürfe machen** … Ich hab gesagt, dass es kritischer wird, ich hab nicht gesagt, dass sie stirbt, aber eine kritische Situation ist eingetreten. Dann kamen Sie um kurz vor 12 … ich habe rübergebracht, dass es möglich ist, dass ihre Mutter jetzt stirbt in den nächsten Stunden … **dann habe ich mir gedacht, das habe ich nicht richtig rübergebracht,** weil sie um 14 Uhr wieder gegangen sind und 14:45 Uhr ist ihre Mutter gestorben.“ (PD 21)*

Die Situation verdeutlicht, die emotionale Anspannung der Pflegenden. Sie reflektieren und hinterfragen kritisch, ob ihre Informationen verständlich weitergeleitet wurden oder ob sie sich hätten besser ausdrücken müssen. Die Folgen können Schuldgefühle sein.

Im Konzept der Pflegeoase ist ein Rückzugszimmer vorgesehen, was auf Wunsch der Angehörigen in einer Sterbesituation genutzt werden kann. Im folgenden Zitat wird erläutert, wie das Abschiednehmen und die Begleitung des Todestages erlebt wurde.

> *„Was die Tochter von Frau Kramer sehr beruhigt hat war, wie ihre Mutter hinterher im **Rückzugszimmer aufgebahrt war, mit frisch gewaschenen Haaren,** mit Blumen in der Hand, dass die Augen geschlossen waren, dass bei Ihrer Mutter ALLES gemacht wurde. … **und mir ist diese Begleitung eine Ehre.“** (PD 21)*

Sterbegleitung als eine Ehre zu betrachten, das heißt diesem Aspekt der Pflege eine wichtige Bedeutung beizumessen, ist eine wünschenswerte Entwicklung in der gesamten Altenpflege. Auf die Bedeutung des Teams ist bereits an verschiedenen Stellen hingewiesen worden; in der folgenden Kategorie werden diese Aspekte weiter erläutert.

Alleine arbeiten und doch Teammitglied sein

Bereits die Überschrift klingt paradox: „Alleine arbeiten und doch Teammitglied sein“. Dies stellt an die Mitarbeiterinnen unterschiedliche Herausforderungen zum einen daran, sich im Arbeitsablauf selbständig zu organisieren und zum anderen im Team zu agieren und gemeinsame Handlungsregeln zu finden. Das Team hat für die Pflegenden eine wichtige Bedeutung, da es die Möglichkeit bietet, sich auszutauschen. Die gute Atmosphäre im Team trägt zu einer guten Form der Zusammenarbeit bei; dazu, dass die Arbeit vom Frühdienst nahtlos vom Spätdienst weiter geführt wird, dass die Mitarbeiterinnen sich vertrauen und gegenseitig stützen. Während der Studienlaufzeit war ein überwiegend konstantes Team aus fünf Mitarbeiterinnen (mit unterschiedlichem Stellenumfang und Qualifikationen) für die Pflegeoase verantwortlich. Diese Personalkontinuität fördert das Vertrauen untereinander ebenso wie es zur Vertrauensbildung zu den Angehörigen beiträgt.

In der Einarbeitungsphase zeichnen sich zunächst Unsicherheiten im Arbeitsablauf ab; es muss geklärt werden, wie welche Tätigkeiten auszuführen sind. Zudem gilt es, die Fähigkeiten und Gewohnheiten der Bewohnerinnen genauer kennen zu lernen. Auch der tägliche Austausch – die Übergaben im Team – scheinen noch nicht zufriedenstellend zu laufen. Das Team muss sich untereinander erst finden. Diese Anlaufschwierigkeiten können als Anpassungsprozesse gewertet werden, die bei jedem neuen Projekt stattfinden.

Im Team der Pflegeoase entwickelt sich rasch eine positive Art der Zusammenarbeit, bei der Früh- und Spätdienst reibungslos zusammenarbeiten.

> *„Mir gefällt unser Team in der Oase. Ich finde es sehr schön, dass wir **Arbeiten weitergeben können**. Zum Beispiel am Wochenende da hatte ich es nicht geschafft, allen Bewohnern das Essen anzureichen. Das ist gar kein Problem, meine Kollegin hat noch jemanden übernommen. … **Es geht so fließend weiter**." (PD 47)*

Eine Kollegin untermauert die Aussage.

> *„Das ist ganz wichtig. Ich komme und frage was los ist … und du kannst einfach weiterarbeiten. **Eine hat Frühdienst und der andere spät und das läuft**." (PD 47)*

Die Darstellungen sind von gegenseitiger Wertschätzung geprägt, die Kolleginnen können sich auf einander verlassen und wissen, dass die Arbeit in ihrem Sinne weitergeführt wird. Es ist kein Misstrauen wahrnehmbar, es sind keine unterschwelligen Vorwürfe zu erkennen, niemand geht davon aus, die andere würde die Arbeit nicht zufrieden stellend erledigen. In den Interviews wird diese gegenseitige Anerkennung als entlastend beschrieben: Der Zeitdruck wird als weniger belastend empfunden, weil niemand befürchten muss, dass die nachfolgende Kollegin mit Vorwürfen oder Geringschätzung reagieren wird. Dem Zusammenhalt im Team wird eine wichtige Funktion zugeschrieben.

> *„**Wir vertrauen uns gegenseitig** … da ist das Team untereinander, das sich gegenseitig auffängt, von **daher wird diese starke Belastung, die wir haben, etwas abgepuffert**." (PD 47)*

Zu einer guten Arbeitsatmosphäre und Arbeitszufriedenheit trägt das Miteinander im Team wesentlich bei. Anerkennung, Wertschätzung, Vertrauen aber auch Offenheit, Dinge anzusprechen, die nicht so gut laufen, oder von einander lernen zu können sind wichtige Inhalte einer guten Teamzusammenarbeit. Diese Arbeitszufriedenheit hat Auswirkungen auf die Art und Weise wie Beziehungen gestaltet und Handlungen ausgeführt werden. Von den Angehörigen erfahren die Mitarbeiterinnen Lob und Anerken-

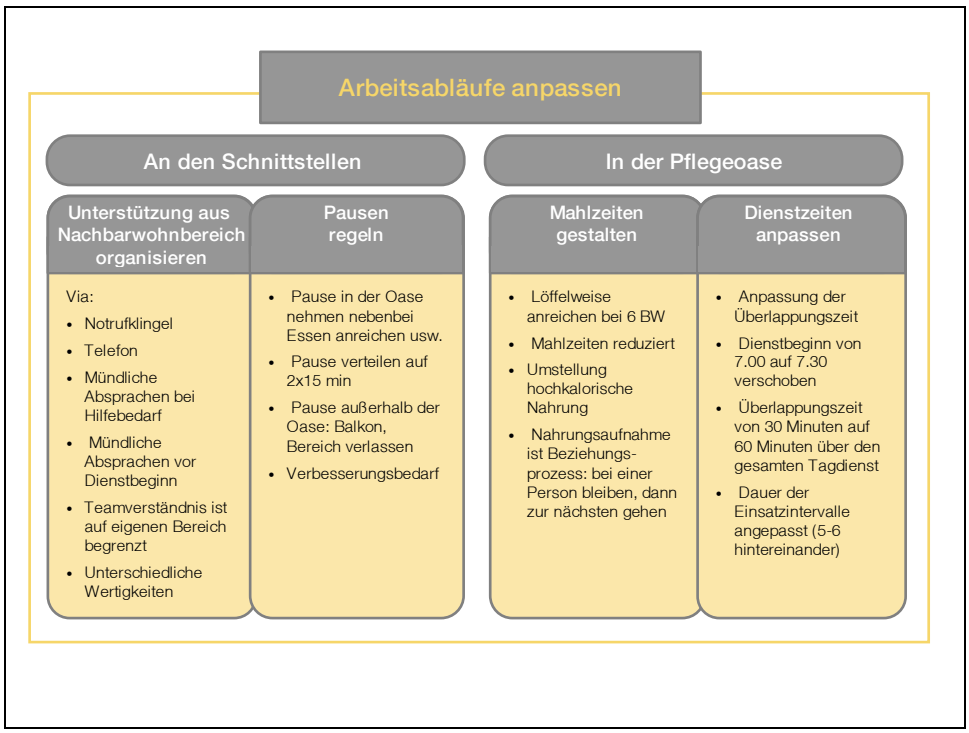
nung für ihre Arbeit. Auf diese Weise wird bestärkt, dass Pflege Beziehungsarbeit ist, die förderlicher Rahmenbedingungen wie einem guten Arbeitsklima und motivierter Mitarbeiterinnen bedarf.

> *„Wenn man das so hört **von den Angehörigen. Eine Oase steht und fällt mit dem Personal.** Wenn wir nicht so gut arbeiten würden, dann würde das bei den Angehörigen nicht so gut ankommen. Daher mal ein Kompliment an uns alle. … Da kann die Leitung auch stolz auf uns sein, das kann man auch mal so sagen.“ (PD 47)*

Arbeitsabläufe anpassen

Ein neues Versorgungskonzept zu entwickeln bedeutet auch, Arbeitsabläufe im Prozess anzupassen. Dies ist ein Lernprozess bei dem Probleme erkannt und Lösungsansätze entwickelt, in der Praxis erprobt und bei Bedarf wieder verändert werden bis eine handhabbare Lösung gefunden wurde. Die Anpassungen waren an den Schnittstellen und in der Pflegeoase selbst notwendig und zwar in vier Bereichen:

- Unterstützung aus dem Nachbarbereich organisieren
- Pausen regeln
- Mahlzeiten gestalten
- Dienstzeiten anpassen



25. Grafik: Darstellung der Kategorie Arbeitsabläufe anpassen

Unterstützung aus dem Nachbarwohnbereich organisieren

Die Kategorie „Unterstützung aus dem Nachbarwohnbereich organisieren“ veranschaulicht die Herausforderungen des Schnittstellenmanagements, wenn zwei Arbeitsbereiche aufeinander abgestimmt werden müssen. Da die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle keine solitäre Betriebsform darstellt, sondern als organisatorische Einheit mit einem anderen Wohnbereich geführt wird, ist ein gut aufeinander abgestimmtes Schnittstellenmanagement gefragt. Im Prozessverlauf sind verschiedene Lösungsansätze entwickelt, in der Praxis umgesetzt, verworfen und wieder angepasst worden, um die Unterstützungsleistungen zu regeln. In den Beschreibungen der Mitarbeiterinnen wird deutlich, dass hier zwei Arbeitsbereiche zusammenarbeiten sollen, die gegensätzliche Arbeitsorganisationen aufweisen. Die Pflegeoase folgt einer Orientierung an den Bewohnerbedürfnissen, was durch die Überschaubarkeit der Räumlichkeiten als auch durch die zuliefernden Dienstleistungen ermöglicht wird. Der Nachbarwohnbereich hingegen ist eher von einer Ablauforientierung geprägt. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen werden dadurch verstärkt, dass zunächst kaum gemeinsame Team- beziehungsweise Konzeptentwicklung vorangetrieben wurde. Es zeigt sich, dass das Teamverständnis auf den eigenen Bereich begrenzt ist. Dies wiederum ist wenig förderlich für eine kooperierende Zusammenarbeit. Wenn ein neues Versorgungskonzept implementiert wird bedeutet dies auch für die Leitungsebene, dass die Mitarbeiterinnen der Führung bedürfen.

Die Interviews zeigen eine Bandbreite von Umgangsweisen mit der organisatorischen Situation und lassen deutlich die individuelle Handhabung der Mitarbeiterinnen erkennen. Diese variiert von Absprachen zu Dienstbeginn über direktes Nachfragen bei den Kolleginnen wenn Hilfebedarf erkennbar ist bis zur Einschätzung, dass keine Hilfe notwendig erscheint. Um diese Spannbreite zu verdeutlichen, werden drei Zitate in Folge dargestellt.

> ***„Wir sprechen uns kurz ab, wenn ich morgens zum Dienst komme****, ich frage wegen der Übergabe und kriege meinen Schlüssel, und dann frage ich immer, wer heute kommt, Freiwillige vor. Dann kommt meist so jemand um 9:30 Uhr, da brauche immer Hilfe beim Transfer. Wenn jetzt ein Notfall ist … dann drücke ich die Notklingel, dann kommt sofort jemand.“ (PD 16)*
>
> *„Ich mache es anders. …* ***also ich gehe raus, wenn ich jemanden brauche und frage kannst du zehn Minuten?*** *Wann passt es dir?“ (PD 18)*
>
> ***„Also, ich brauche auch prinzipiell niemanden****,* ***ausgenommen beim Duschen.*** *Sehe aber ein, dass es besser ist, mir da jemand zu holen, alleine für das Gehen der Bewohnerinnen, weil alleine ist es schwierig. … dann hat sie weniger*

Bewegung, als wenn ich mir jemand holen würde. Ich kann es zwar kinästhetisch, aber das werde ich dann noch in Zukunft was anders machen.“ (PD 21)

Die Zitate lassen die unterschiedlichen Handlungsweisen deutlich werden mit denen Unterstützung von den Kolleginnen des Nachbarbereichs organisiert wird. Diese unterschiedlichen Vorgehensweisen führten zum Teil jedoch zu Unsicherheiten und Unstimmigkeiten an den Schnittstellen. Es ist nachvollziehbar, dass der Nachbarbereich sich fragt, weshalb vereinzelte Personen gar keine Hilfe brauchen, andere wiederum nicht allein zu Recht kommen. Insbesondere in Transfersituationen und bei Gehübungen ist Unterstützung notwendig.

In dem folgenden Zitat reflektiert das Pflegeoasenteam wie die unterschiedlichen Lösungsansätze und Umgangsweisen auf den Nachbarbereich wirken und erkennt Handlungs- und Klärungsbedarf.

*„**Jeder von uns macht das anders** … Dann ist es kein Wunder, wenn der Nachbarwohnbereich immer wieder unterschiedliche Infos kriegt und irgendwann sagt: „Ihr könnt mich mal, ich dreh hier am Rad.“ Jedes mal kommt jemand anderes, der eine sucht mich und ich krieg nen Einlauf, weil ich nicht da bin. Der andere nimmt das Telefon, ich krieg nen Einlauf, weil ich das Telefon nicht dabei habe. Der andere telefoniert alle 10 Minuten, ich überspitz das jetzt mal … **Wir sind nicht kongruent in unserer Mitteilung nach außen**.“ (PD 38)*

Das Team leitet aus seinen Erfahrungen ab, dass es nicht kongruent in den Aussagen zum Nachbarwohnbereich ist. Die Regelung dieser Absprachen bedarf der Führung durch die Heim- und Pflegedienstleitung. Daher haben im Prozessverlauf mehrfach Abstimmungsgespräche zwischen den Teams und mit der Heim- und Pflegedienstleitung stattgefunden.

Ein weiteres Element, das die unterschiedlichen Arbeitsweisen beeinflusst, sind unterschiedliche Persönlichkeitstypen und Charaktere.

„… ich habe da immer ein paar Hemmschwellen, die öfters zu holen.“ (PD 18)

Dieser Aspekt wurde bereits in den Beschreibungen zum „Allein arbeiten“ dargelegt und soll hier nur noch einmal kurz erwähnt werden. Da Abstimmungsprozesse Kommunikationsprozesse sind, beeinflussen auch persönliche Beziehungen, Sympathien und Antipathien diesen Vorgang. Bei Personen, die bereits zuvor in der Einrichtung gearbeitet haben, kann auf bestehende Beziehungen zurückgegriffen werden. Eine gute Beziehungskonstellation kann entlastend wirken; beispielsweise wenn eine Mitarbeiterin aus dem Nachbarbereich sich mitverantwortlich für das Wohlergehen der Bewohnerinnen und ihrer Kolleginnen fühlt, sich dementsprechend verhält und häufiger in die Oase geht, um Hilfe anzubieten oder ein Gespräch zu führen.

Bei der Entwicklung des Pflegeoasenkonzepts sind nur bedingt die Mitarbeiterinnen beider Teams einbezogen worden. In den Interviews ist zu erkennen, dass das Teamverständnis auf den jeweiligen Bereich begrenzt ist.

> *„Manchmal habe ich das Gefühl, die meinen, ich sitze ja sowieso nur rum und denken: „Wenn die ruft, dann soll sie auch ein bisschen warten.“ (PD 14)*

Was lässt sich aus dieser Aussage ableiten? Man kann es als „wir und die anderen“ bezeichnen. „Die anderen“ sind die Kolleginnen des Nachbarbereichs, der die Arbeit der Pflegeoasenmitarbeiterinnen nicht wertzuschätzen scheint. Vermeintlich langes Wartenlassen verleitet unter Umständen zu einer Einschätzung von Absicht beziehungsweise Böswilligkeit. Auch muss die Frage gestellt werden in welcher Situation sich die Mitarbeiterinnen auf dem Nachbarwohnbereich befinden. Sind sie gerade in einer Pflegesituation, die sie schlecht unterbrechen können? Ist vorab geklärt, wer für die Pflegeoase zuständig ist? Ungeklärte Arbeitsabläufe können zu Missverständnissen und Unstimmigkeiten führen. Aus Sicht der Kolleginnen des Nachbarbereichs werden Wohnbereich A und Oase nicht mit der gleichen Wertigkeit versehen.

> *„Ich glaube, solange **zwei Arbeitsbereiche nebeneinander funktionieren** sollen, und ein Arbeitsbereich wird in der Wertung so hoch behandelt und der andere fühlt sich nicht so behandelt, das kann… nicht gehen. **Wenn ich in die Oase komme, sehe ich, was ihr alles tun könnt. Und dann merke ich, was ich bei uns nicht machen kann und was ich gerne täte.**“ (PD 44)*

Der Pflegeoase als Modellprojekt, als neues Versorgungskonzept wird viel Aufmerksamkeit zuteil. Dies erfolgt in Form von Besprechungen, Begleitung durch die Führungsebene, durch Praxisbesuche von interessierten Besuchergruppen und nicht zuletzt durch eine wissenschaftliche Begleitforschung. Es ist die Aufgabe der Führung, alle Beteiligten in den Prozess einzubeziehen, um keine Insellösung zu produzieren. Eine Insellösung fördert Sichtweisen, bei der die einen sich stärker wertgeschätzt und anerkannt fühlen als die andern. Anders formuliert bedeutet dies, dass das gegenseitige Kennen der Arbeitsbereiche, das heißt Transparenz der Arbeitsabläufe förderlich für die Zusammenarbeit sein kann. Die Leitungspersonen haben darauf in der Form reagiert, dass gemeinsame Fallbesprechungen der Bewohnerinnen vereinbart wurden, um den Pflegebedarf der Bewohnerinnen einschätzen zu können und so zu mehr Transparenz beitragen (vgl. die Beschreibungen aus Sicht der Heim- und Pflegedienstleitung).

Ein weiterer Aspekt, der in dem Zitat thematisiert wird, bezieht sich auf die Bedürfnisorientierung in der Pflegeoase. Die Mitarbeiterinnen des Nachbarwohnbereichs haben nicht so einen abgesteckten Arbeitsrahmen wie die Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase.

Sie sind unter anderem für eine größere Bewohnergruppe verantwortlich und haben längere Wege. Zum einem werden die unterschiedlichen Arbeitsrealitäten der Ablauf- und der Bedürfnisorientierung deutlich. Zum anderen ist zu erkennen, dass auf dem Nachbarwohnbereich scheinbar Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitssituation abzuleiten ist. Vielfältige personelle Veränderungen im dem Nachbarwohnbereich in den letzten beiden Jahren verstärken diesen Eindruck.

Pausen regeln

Die Pausenregelung betrifft sowohl die interne Vorgehensweise in der Pflegeoase als auch die Absprachen mit dem Nachbarwohnbereich. Weil die Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase alleine arbeiten, ist der Nachbarwohnbereich für die Pausenvertretung verantwortlich. Die Organisation der Pausenzeiten ist kaum formalisiert, sie scheint vielmehr auf individuellen Lösungen zu beruhen und weniger durch strukturelle Rahmenbedingungen geregelt zu sein. Im Datenmaterial finden sich verschiedenste Vorgehensweisen zur Pausenregelung, die von ständiger Präsenz auch während der Pausenzeit bis hin zu mehr oder weniger regelmäßigen Pausen außerhalb der Pflegeoase reichen.

Die Mitarbeiterinnen schildern ihr Vorgehen wie folgt:

> *„Also bei 5 Bewohnern ist eine Pause drin. … **Ich trinke nebenbei Kaffee oder meine Flasche mit Wasser, aber dann reiche ich auch gleichzeitig das Essen an**.“ (PD 20)*

Eine Beschreibung die zeigt, wie die Pausenzeit in der Pflegeoase verbracht wird. Die Mitarbeiterin reicht einer Bewohnerin das Essen an und trinkt währenddessen ihren Kaffee beziehungsweise isst etwas. Das folgende Zitat skizziert einen anderen Weg, die Pause zu verbringen.

> *Ich nehme **zweimal eine ¼ Stunde Pause** , das habe ich für mich so entschieden. Ich setze mich auf **den Balkon**, nehme meinen Kaffee mit und trinke eine Tasse und esse mein Brot.“ (PD 16)*

Hier wurde die Entscheidung getroffen, die Pausenzeit von einer halben Stunde auf zwei kürzere Pausen zu verteilen. Der Balkon bietet Möglichkeit sich außerhalb der Pflegeoase aufzuhalten und trotzdem in Nähe der Bewohnerinnen zu sein. Die Organisation der Pausen ist im Mitarbeiterteam ein Thema, das immer wieder zu Diskussionen führt. Eine einheitliche Regelung konnte noch nicht gefunden werden. Das Team sieht hier Verbesserungsbedarf.

> *„Aber stell dir mal vor, 20 Minuten Pause! … Alleine 10 Minuten brauche ich, um wirklich vernünftig zu essen.* ***Und dann noch 10 Minuten, um mal tief Luft zu holen. Das muss doch irgendwie möglich sein****." (PD 21)*

Die Pause stellt für das Pflegeoasenteam eine der wenigen Möglichkeiten dar, sich der kontinuierlichen Präsenz in der Pflegeoase zu entziehen. Der Anspruch an die eigene Arbeit und ein hohes Verantwortungsbewusstsein, dazu das Gefühl einer Anwesenheitspflicht erschweren den Mitarbeiterinnen das Verlassen des Bereichs (vgl. auch Kategorie „Allein arbeiten").

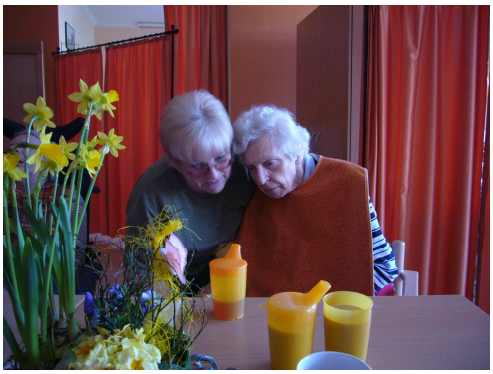
> *„Heute habe ich dann gefragt, ob jemand kurz in die Oase gehen könnte, weil ich für so 7 Minuten kurz weg darf. „Oh, lass die Tür auf, wir gucken" kam als Antwort. Das habe ich nicht so gern. ….* ***Und da ist wieder diese Wertigkeit, aber vielleicht ist es auch gut so, die sind ja alle gut gelagert, kann nichts passieren. Trotzdem ist man sich ein bisschen unsicher.****" (PD 21)*

Das Zitat veranschaulicht das innere Spannungsverhältnis zwischen einem hohen Anspruch daran, wie die Pausenvertretung idealer Weise zu regeln wäre und der Versachlichung, dass den Bewohnerinnen in einer kurzen Abwesenheitsphase wahrscheinlich nicht passieren wird. Denn die Mitarbeiterinnen sorgen vor ihren Pausen für die Absicherung der Pflegesituation. Trotzdem bleibt häufig ein Unsicherheitsgefühl, wenn sie die Oase vorübergehend verlassen. Einheitliche Absprachen können hier zu Transparenz und Sicherheit der Beteiligten beitragen. Diesen Aspekt möchten die Mitarbeiterinnen noch weiter entwickeln.

> *„****Ich glaube, dass man das noch irgendwo strukturieren kann.*** *Wahrscheinlich müssen wir uns mit den Kollegen vom Nachbarwohnbereich zusammensetzen. …* ***da müssen wir dann unter uns wirklich eine Struktur finden****." (PD 18)*

Mahlzeiten gestalten

Bei sechs schwerstpflegebedürftigen Personen das Essen anzureichen ist eine große Herausforderung. Die Verteilung der Arbeitstätigkeiten (vgl. Kapitel 4.1) in der Pflegeoase zeigen, dass fast 50% der bewohnernahen Arbeitszeit mit Essen anreichen verbracht wird. Im Krankheitsprozess einer Demenz treten nicht selten Probleme bei der Nahrungsaufnahme auf. Ein Schwerpunkt im Seniorenzentrum Holle liegt darin, dass Essen mit Genuss verbunden sein soll und auf das Anlegen von Ernährungssonden verzichtet wird. Daher hat keine der sechs Bewohnerinnen in der Pflegeoase eine parenterale Ernährungssonde (PEG).



26. Bild: Essen anreichen

In der Anfangsphase der Pflegeoase gab es annähernd sechs Mahlzeiten über den Tag verteilt (frühes Frühstück: Siebenkornbrei, zweites Frühstück: Brot, Zwischenmahlzeit, Mittagessen, Zwischenmahlzeit: Kaffee und Kuchen, Abendbrot). Dies führte dazu, dass die Bewohnerinnen fast ständig etwas zu essen angeboten bekamen und die Mitarbeiterinnen dabei mehr oder weniger löffelweise von der einen zur anderen Bewohnerin gingen. Im Laufe der Zeit wurde die Mahlzeitenanzahl reduziert, die Zusammensetzung der Nahrungsbestandteile überprüft, durch hochkalorische Nahrung erweitert und vermehrt an individuelle Bedürfnisse angepasst. Zwei Aspekte führten zu Veränderungen der Mahlzeitengestaltung: die Orientierung an Alltagsabläufen (kein ständiges Essen, um Appetit anzuregen) und der Wunsch, die Mahlzeiten als Begegnung und Beziehungsprozess zu gestalten (sich beim Essen anreichen einer Person zuzuwenden und sich anschließend der nächsten Bewohnerin zu widmen). Das folgende Zitat fasst die Veränderungen zusammen und beschreibt den Antrieb der Mitarbeiterinnen, der sie zur Anpassungen der Mahlzeiten bewegt hat.

> *„**Ich möchte also in Ruhe das Essen anreichen können**, mich dazu setzen können … ich merke auch, wenn man **ständig mit dem Löffel am Bewohner** ist, die machen **den Mund gar nicht mehr auf**. Sie müssen wirklich die Zeit haben, wo sie mal nichts bekommen. … und ich merke auch, dass dieses **Abwehrverhalten auch deutlich zurückgegangen ist**. Das ist so, dass sie sich jetzt wirklich auf das **Essen freuen**. Auch mal riechen. Ich merke, dass ist jetzt wieder was wichtiges wieder geworden.“ (PD 19)*

Die Bewohnerinnen zeigen Reaktionen auf das veränderte Mahlzeitenangebot, das Abwehrverhalten durch das Zusammenpressen der Münder geht zurück. Ebenso wichtig ist das Verhalten der Mitarbeiterinnen während des Essen anreichens. Sie lernen die Bedürfnisse der Bewohnerinnen genau kennen.

> *„Bei Frau Ganter sehe ich das genau so. Sie nimmt jetzt auch festere Nahrung zu sich. Ich sage: „Frau Ganter, **drei Schluck, und dann machen wir eine Pause**.“ Und für die drei Schluck brauchen sie dann Zeit. Jedes mal zähle ich dann. **Aber nicht mogeln, sondern so, dass sie sich wirklich drauf verlassen kann.***

> *Ich habe das Gefühl, dass sie bei diesen drei Schlucken wirklich gut mitmacht." (PD 19)*

Geduld zeigen und Zeit lassen ist ein wichtiger Aspekt beim Essen anreichen. Die Mitarbeiterinnen entwickeln dafür verschiedene Lösungswege. Einer liegt darin, die Anzahl der Schlucke laut zu zählen, was der Bewohnerin scheinbar Sicherheit vermittelt. Eine andere Anpassung ist es, die Vorlieben nach Süßem zu nutzen und auch salzige Speisen zu süßen.

> *„Das Essen hat ihr nicht geschmeckt. Aber den **süßen Kartoffelbrei**, den hat sie dann gegessen." (PD 9)*

Insgesamt sind die Reaktionen der Bewohnerinnen und deren Gewichtsentwicklung für die Mitarbeiterinnen eine wichtige Rückmeldung, um ihre Arbeit und die eingeschlagenen Wege beurteilen zu können.

> *„Und dass sie **zwei Kilo mehr gewogen hat**, das finde ich ganz toll. Man merkt auch **ein bisschen mehr Appetit**, sie **macht den Mund breit** auf, vorher haben wir es nur mit Energie erreicht, dass sie überhaupt was zu sich nimmt, nur Flüssigkeiten. Und jetzt isst sie auch mal einen Kuchen." (PD 9)*

Eine positive Entwicklung, die die Mitarbeiterinnen erfreuen.

Dienstzeiten anpassen

Zur Veränderung der Dienstzeiten haben im Wesentlichen zwei Aspekte geführt. Zum einen waren die Bewohnerinnen früh morgens noch sehr schläfrig, zum anderen wollten die Mitarbeiterinnen die Überlappungszeiten ausbauen, um diese zur Unterstützung bei pflegerischen Tätigkeiten (beispielsweise Duschen) zu nutzen und um den Austausch untereinander zu verbessern. Ein weiterer Aspekt, der bei der Dienstplanung berücksichtig werden muss bezieht sich auf die Dauer der Dienstintervalle.

Die erste Veränderung erfolgte im März 2007 mit dem Verschieben des Dienstbeginns von 7.00 Uhr auf 7.30 Uhr. Weitere Anpassungen erfolgten so, dass sich jetzt eine Überlappungszeit von max. 60 Minuten im Tagdienst ergibt.

> *„Also es wäre noch schöner, wenn sich unsere **Dienste noch mehr überschneiden** würden. Obwohl wir fangen jetzt schon später an um 7.30 Uhr … **Das man da noch mal Zeit hat um dann noch mal zu duschen, oder Transfer zu machen.** … **Die Einsamkeit wird auch unterbrochen**." (PD 18)*

Ein weiterer Aspekt neben der gegenseitigen Unterstützung wird in dem Zitat angesprochen: das Durchbrechen der Einsamkeit. Die Überlappungszeit stellt also auch eine Möglichkeit zum Austausch und zur Teambildung dar. Die Dauer der Dienste wurde im Verlauf ebenfalls angepasst.

> *„Aber wenn das ein **Limit von 5 Tagen überschreitet**, so 10, 12, 14 werden, finde ich für mich das alleine Arbeiten von der psychischen Belastung her zu schwer. Ich funktioniere dann immer noch. Aber **dann funktioniere ich nur noch**. Und deshalb arbeite ich nicht. Ich möchte schon ein bisschen mehr geben.“ (PD 47)*

Im Rahmen der Dienstplangestaltung wurde vereinbart, dass die Dauer von 5 Diensten hintereinander aufgrund der hohen Belastung nicht mehr überschritten werden soll.

Bewertung der Pflegeoase

Zur Bewertung der Pflegeoase wurden das Team der Pflegeoase und das des Nachbarwohnbereichs befragt. Der Prozess zur Bewertung der Pflegeoase war in verschiedene Schritte gegliedert. Zunächst formulierten die Mitarbeiterinnen Vorannahmen, in den Erwartungen und Befürchtungen erläutert werden. Zum Abschluss der Studie wurden Vorannahmen und praktischen Erfahrungen verglichen. Die Schlussfolgerungen daraus zeigen, dass Mitarbeiterinnen sich in einem Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung befinden. Psychische und körperliche Belastungen stehen der eigenen subjektiven Bewertung der Arbeitssituation gegenüber. Insbesondere die Bedürfnisorientierung in der Pflegeoase und der Gestaltungs- und Entscheidungsfeiraum sind Aspekte, die zur Arbeitszufriedenheit beitragen. Die Pflegenden bewerten dies als spezifischen Wert der Arbeit in der Pflegeoase.

Das Spannungsfeld skizziert sich schwerpunktmäßig im Bereich der Kommunikation. Die Kommunikationsmöglichkeiten sind in der Pflegeoase in einem anderen Maß ausgeprägt als in anderen Arbeitsbereichen. Bei den Bewohnerinnen sind die verbalen Kommunikationsfähigkeiten stark eingeschränkt, die Austauschmöglichkeiten mit anderen Mitarbeiterinnen sind gering, die Kontaktzeiten mit den Angehörigen hingegen umfangreich. Dieser Kommunikationsrahmen wird von den Mitarbeiterinnen auf der Grundlage individueller Erwartungen und Verarbeitungsmuster bewertet und führt zur subjektiven Einschätzung der Arbeitzufriedenheit beziehungsweise Arbeitsbelastung. Eine Mitarbeiterin konnte die Anforderungen der Pflegeoase nicht bewältigen und hat nach einigen Arbeitstagen den Bereich wieder verlassen.

Im ersten Bewertungsschritt werden nun die Vorannahmen, das heißt Erwartungen und Befürchtungen in Bezug auf die Pflegeoase aus der Mitarbeiterperspektive dargestellt.

Vorannahmen zur Pflegeoase

Sowohl die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase als auch die des Nachbarwohnbereichs wurden in den Interviews zu ihren Erwartungen und Befürchtungen befragt, die sie mit der Pflegeoase verbanden. Dabei wurden persönliche Vorlieben und Charaktereigen-

schaften deutlich was sich beispielsweise daran zeigt, dass die einen Sorgen mit dem „Alleine arbeiten“ verbinden und die andern sich eher über den Entscheidungsspielraum freuen, den dieser Arbeitsrahmen mit sich bringt. Auffällig war, dass die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase überwiegend positive Erwartungen an ihre zukünftige Arbeit hatten und nur in dem Punkt des „Allein arbeitens“ Sorgen von zu wenigen Kontaktmöglichkeiten mit den Kolleginnen äußerten. Die Mitarbeiterinnen des Nachbarwohnbereichs äußerten einige Befürchtungen, die vorrangig mit der kontinuierlichen Präsenz und der geringen Distanzmöglichkeit in der Pflegeoase zusammenhingen. Ein Überblick dazu ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Vorannahmen zur Pflegeoase	Erwartungen	Befürchtungen
Aussagen von Mitarbeiterinnen der Pflegeoase *und* von Wohnbereich A	bessere Kontaktgestaltung – Bewohnerinnen im Blick haben	
	Individueller auf jeden eingehen können – kleine Gruppe	
	Flexibilität in Arbeitsorganisation	
	kürzere Wege	
	Allein arbeiten wollen	Allein sein – fehlender Kontakt zu Kolleginnen
Aussagen von Mitarbeiterinnen des Wohnbereichs A		Hilfe holen kostet Überwindung
		Präsenz: fehlende Distanzmöglichkeit durch einen Ortswechsel
		Präsenz: langfristige Betreuung derselben Bewohnerinnen – kein Tauschen mit Kolleginnen möglich
		Präsenz: Umgehen mit Tod und Sterben: Trauer und Tod bewältigen – fehlende Distanzmöglichkeit

38. Tabelle: Vorannahmen zur Pflegeoase

In den Zitaten erläutern die Mitarbeiterinnen ihre Vorannahmen wie folgt.

> *„Eigentlich habe ich gedacht, das könnte was für mich sein, weil ich arbeite sehr gern allein**... Ich mach das lieber still und leise für mich ganz allein**, **dann bin ich zufrieden**. … Das kam so Hals über Kopf für mich. Ich wurde gefragt und musste mich dann auch innerhalb von zwei Tagen entscheiden.“ (PD 36)*

Dieses Zitat weist auf die Vorliebe hin, in Ruhe zu arbeiten und daraus Zufriedenheit zu gewinnen. Hier handelt es sich scheinbar um eine Person, für die Ruhe ein wichtiger Aspekt zur Arbeitszufriedenheit ist. Andere Mitarbeiterinnen sehen gerade in diesem Punkt Anlass zur Sorge.

> *„Das einzige was mir **fehlen würde wäre der Kontakt - Stichpunkt Isolation.** Man muss den ganzen Tag für sich arbeiten. Man kann noch mit den Bewohnern sich bedingt unterhalten." (PD 30)*

Diese Darstellung deutet auf ein Kommunikationsbedürfnis hin, dass darauf ausgerichtet ist mit anderen in Dialog, das heißt in verbalen Austausch zu treten. Mit den Bewohnerinnen der Pflegeoase ist dies nur bedingt möglich. Zu dem Aspekt des „Allein arbeitens" führen die Kolleginnen aus dem Nachbarwohnbereich die Bedenken an, dass die Nachfrage nach Unterstützung eine Hürde für die Kolleginnen bedeuten könnte.

> ***„Schwierig könnte es für die Mitarbeiter sein, alleine zu arbeiten**. Sie haben einen Pieper und können sich Unterstützung durch Mitarbeiterinnen vom Nachbarwohnbereich holen. Die Kolleginnen der Pflegeoase **trauen sich vielleicht nicht, Unterstützung anzufordern** und denken, dass sie stören. … ja und körperlich ist es auch anstrengend." (PD 29)*

Hier wird auf die körperlichen Anstrengungen verwiesen, die mit dem „Alleine arbeiten" verbunden werden. Auch die fehlende Abwechslungs- und Ausweichmöglichkeit befürchten die Mitarbeiterinnen.

> ***„Man hat ja permanent Kontakt zu denselben Bewohnern** das stelle ich mir auch schwer vor. Bei uns im Wohnbereich A ist es so …. dann hat man **die Möglichkeit zu tauschen**. Das hat man in der Oase nicht." (PD 30)*

Das Arbeiten im Team während eines Dienstes bietet die Möglichkeit, sich anderen Bewohnerinnen zuzuwenden, falls eine Mitarbeiterin sich nicht in der Lage fühlt einer Bewohnerin zu begegnen, sie zu pflegen. Die individuellen Pflegebedarfe und die unterschiedlichen Persönlichkeiten stellen verschiedene Anforderungen an die Pflegenden, die sich ja auch nicht jeden Tag in der gleichen Körper- und Gemütsverfassung befinden. Durch den engen Kontakt und die hohe Präsenz wird folgendes erwartet.

> *„Ich denke schon, dass sich die Bewohner in der Oase dadurch ganz anders entfalten können, da die Bedürfnisse des **einzelnen ganz anders wahrgenommen werden, als wenn man 15 Bewohner hat."** (PD 28)*

Es wird eine positive Entfaltung der Bewohnerinnen erwartet, da sie in einer kleineren Gruppe leben und ihre Bedürfnisse unmittelbar wahrgenommen werden können. Abschließend werden Bedenken von Mitarbeiterinnen des Nachbarwohnbereichs zur Sterbebegleitung und zum Rückzugszimmer angeführt.

> *„Ja die Frage ist dann halt: Sollte man den Rest der Bewohner mit dem **Tod konfrontieren** oder sollte man es nicht machen. Bloß dann wäre ja dieser **Zweck Oase fehlgeschlagen, wenn man das Rückzugzimmer in Anspruch nimmt**. Ich meine **das entscheiden immer noch die Angehörigen** desjenigen, aber wenn man das in Anspruch nimmt löst man ja einen Teil aus dieser „Familie", die*

> *die Oase ja darstellen soll, wieder raus.* ***Und zu einer Familie gehört auch das Sterben.“*** *(PD 30)*

In diesem Zitat wird die kritische Situation der Sterbebegleitung thematisiert. Leben in der Pflegeoase heißt Leben in der Gemeinschaft – wie hier dargestellt ähnlich wie in einer Familie. Die Überlegungen gehen dahin, dass zu einer Familie auch das Sterben gehört. Letztendlich findet sich der Verweis auf den Wunsch der Angehörigen; diese können entscheiden, ob sie in der Sterbephase möchten, dass ihr Familienmitglied im Rückzugszimmer begleitet wird. Das folgende Zitat führt den Gedanken weiter, wie die Trauer verarbeitet werden kann.

> *„Als Schwierigkeit sehe ich den* ***Sterbefall****.* ***Wie meistere ich diese Situation, wie gehe ich damit um; wie bewältige ich diese Trennung, Trauer.*** *... Wenn bei uns auf dem Wohnbereich A jemand stirbt, kann man die Zimmertüre zumachen und man geht in das nächste Zimmer hinein, dann ist eine gewisse Distanz da.“ (PD 30)*

Die überschaubaren Räumlichkeiten der Pflegeoase bieten wenig Distanzmöglichkeit, um sich der ständigen Präsenz zu entziehen. So werden die kurzen Wege auf der einen Seite als Vorteil gesehen, auf der anderen Seite bieten längere Wege auch die Möglichkeit zur Distanz, zur Verarbeitung.

Eine Mitarbeiterin hat die Pflegeoase bereits nach einigen Arbeitstagen verlassen, da sie die Anforderungen nicht bewältigen konnte. Die Gründe für die Entscheidung werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

Ausstieg aus der Pflegeoase

Nach kurzer Arbeitsphase von einigen Tagen hat sich eine Mitarbeiterin entschieden, die Pflegeoase zu verlassen und an ihren bisherigen Arbeitsplatz im Seniorenzentrum Holle zurückzukehren. Die Beweggründe für diese Entscheidung benennt die Mitarbeiterin darin, dass sie sich überfordert fühlte von den Anforderungen. Sie konkretisiert dies an den folgenden Punkten:

- Überforderungsgefühle – durch das „Alleine arbeiten“
- hoher Zeitdruck – durch Schwerstpflege von sechs Bewohnerinnen
- Beklemmungsgefühle – durch den kleinen Raum
- dichter Bewohnerkontakt

Die Pflegende hatte bereits seit geraumer Zeit im Seniorenzentrum Holle gearbeitet, zuletzt auf dem Bereich für mobile Menschen mit leichter Demenz. Neben ihren pflegerischen Erfahrungen verfügte sie über eine Physiotherapieausbildung. Diese verschiednen Kompetenzen schienen gut für den Einsatz in der Pflegeoase geeignet zu

sein. Um sich der Zielgruppe der Pflegeoase anzunähern, erfolgte eine Hospitation auf dem Wohnbereich in dem die späteren Pflegeoasenbewohner vor Inbetriebnahme lebten. Erste Anzeichen, dass diese Bewohnergruppe viele Herausforderungen für sie bedeuten würde, zeichneten sich bereits zu diesem Zeitpunkt ab. Da die Mitarbeiterin nicht so leicht aufgeben wollte und sich für die Pflegeoase entschieden hatte, hielt sie an ihrem Vorhaben fest.

> *„Dann **am dritten Tag fühlte ich mich bereits total überfordert**. Da waren alle sechs Bewohner da. … Ich hatte unwahrscheinlichen Druck, weil die Zeit sehr schnell verging … ich hatte das Gefühl ich schaffe das nicht. Ich merkte, dass **das Schwerstpflege** ist. Also es war auch **körperlich wesentlich schwerer** für mich als im anderen Wohnbereich.“ (PD 32)*

Dieses Zitat beschreibt, dass das Arbeiten in der Pflegeoase Schwerstpflege bedeutet, was für die Mitarbeiterin mit Zeitdruck und körperlichen Belastungen verbunden war. Es zeigte sich, dass sie sich nach drei Arbeitstagen überfordert fühlte. Sie hatte die Erwartung an sich, alleine arbeiten zu können und in der Praxis musste sie eine andere Erfahrung machen.

> *„Ich habe immer geglaubt, **ich könnte alleine arbeiten. Aber ich brauche das Team**. Ich brauche einen Kollegen **zum Sprechen**, das hat mir auch gefehlt. Ich fühlte mich so sehr alleine gelassen.“ (PD 32)*

Der Deutungs- und Erlebenshintergrund dieser Mitarbeiterin waren Arbeitserfahrungen auf einem Wohnbereich für Menschen mit leichter Demenz, der in Bezug auf Teamarbeit sowie von den Räumlichkeiten her andere Bedingungen bot.

> *„Wenn man jahrelang immer im großen, **weiten Feld arbeitet** und dann nur auf diesen einen Raum, ich hatte das Gefühl … **ich kriege keine Luft**. … **Diese Enge und diese Nähe** von den Bewohnern … dann dieser Druck: Du musst nun alles schaffen, das hat mir sehr zu schaffen gemacht. Da hatte ich echt Schwierigkeiten!“ (PD 32)*

Die Mitarbeiterin hat nach dem Ausstieg aus der Pflegeoase die Möglichkeit der Einzelsupervision in Anspruch genommen und konnte wie eingangs dargelegt an ihren bisherigen Arbeitsort im Seniorenzentrum Holle zurückkehren. Diese Option galt für alle Mitarbeiterinnen der Pflegeoase, falls sie feststellen sollten, dass diese Arbeit nicht ihren Vorstellungen entspricht beziehungsweise sie die Anforderungen nicht bewältigen können.

Nachdem die Vorannahmen aus Mitarbeiterperspektive und Beweggründe zum Ausstieg aus der Pflegeoase erörtert wurden, soll nun ein Abgleich stattfinden zwischen den Vorannahmen und den praktischen Erfahrungen in der Pflegeoase.

Abgleich von Vorannahmen und Praxiserfahrungen

Die Praxiserfahrungen in der Pflegeoase zeigen, dass sowohl die erwarteten Vorteile als auch die Befürchtungen eingetreten sind. Im Zentrum stehen dabei die Themen Präsenz und Kontaktgestaltung (Kommunizieren können). Darüber hinaus formulieren die Mitarbeiterinnen aus ihren praktischen Erfahrungen weitere Vor- und Nachteile der Pflegeoase sowie Bereiche, die der Weiterentwicklung bedürfen. Zur Übersicht sind die Vorannahmen und Praxiserfahrungen in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Vorannahmen: Erwartungen/Vorteile	**In Praxis eingetroffen + nicht eingetroffen -**	**Vorannahmen: Befürchtungen**
bessere Kontaktgestaltung – Bewohnerinnen im Blick haben	**+**	
individueller auf jeden eingehen können – kleine Gruppe	**+**	
Flexibilität in Arbeitsorganisation	**+**	
kürzere Wege	**+**	
alleine arbeiten wollen	**+**	allein sein – fehlender Kontakt zu Kolleginnen
	+	Unterstützung holen kostet Überwindung
	+	Präsenz: fehlende Distanzmöglichkeit durch einen Ortswechsel
	+	Präsenz: langfristige Betreuung derselben Bewohnerinnen – kein Tauschen mit Kolleginnen möglich
	+	Präsenz: Trauer und Tod bewältigen – fehlende Distanzmöglichkeit

39. Tabelle: Abgleich von Vorannahmen und Praxiserfahrungen

Das Team der Pflegeoase hat während der Arbeit in der Pflegeoase weitere Vor- und Nachteile erlebt. Vorteilhaft sind drei Bereiche: der abgesteckte Arbeitsrahmen, die Ruhe in der Pflegeoase und die gute Zusammenarbeit im Team. Der Teamzusammenarbeit kommt insofern eine besonders große Bedeutung zu, als sie entlastend in verschiedenen Belastungssituationen wirkt. Die geäußerten Nachteile der Pflegeoase beziehen sich auf die Dauer der Dienstintervalle, auf Auswirkungen der Präsenz, die die Mitarbeiterinnen erleben und darauf, in komplexen Pflegesituationen Handlungsunsicherheit zu erleben. In der folgenden Übersichtstabelle sind die weiteren Vor- und Nachteile, die in den Vorannahmen noch nicht genannt wurden, aufgeführt.

Erweiterung der Vorannahmen durch praktische Erfahrung: Vorteile	Erweiterung der Vorannahmen durch praktische Erfahrung: Nachteile
abgesteckter Arbeitsrahmen – Bedürfnisorientierung	Belastung durch Dauer der Dienstintervallen
Ruhe in der Oase	Gesprächsbedarf der Angehörigen kann zu Zeitdruck in der Arbeitsorganisation führen
gute Zusammenarbeit im Team	Präsenz und enge Bindung mit den Bewohnerinnen führt zu vermehrter Verlustangst
sich aufeinander verlassen können	individuelle Zugänge zu jeder Bewohnerin aufzubauen bedeutet hohe emotionale Beanspruchung
Arbeit wird reibungslos von Teammitgliedern weitergeführt	Handlungsunsicherheit in komplexen Pflegesituationen

40. Tabelle: Erweiterung der Vorannahmen durch praktische Erfahrung

Vorteile der Pflegeoase

Die folgenden Zitate illustrieren die auf Praxiserfahrung beruhenden Vorteile und positiv erlebten Elemente der Pflegeoase.

> *„Ein **überschaubares Klientel, einen abgesteckten Arbeitsrahmen** und vor allen Dingen: ich kenne die Leute. Wenn da was passiert, ich weiß ganz **genau, wie** ich auf **diesen Menschen eingehen muss**. … Das gefällt mir super gut auf der Oase.“*
> *(PD 47)*

In diesem Zitat wird der Aspekt der kleinen Gruppe thematisiert. Die Mitarbeiterinnen arbeiten in einem abgesteckten Arbeitsrahmen, durch die Präsenz und den dichten Kontakt kennen sie Bedürfnisse der Bewohnerinnen und haben für jede individuelle Wege entwickelt, um darauf einzugehen. Ein weiterer vorteilhafter Aspekt bezieht sich auf die Ruhe beziehungsweise innere Haltung gegenüber Stressminderung für die Bewohnerinnen.

> ***„Die Ruhe**, die in der Oase ist, das liegt daran, … dass wir den Stress, der da ist, der wird vorne vor gelassen. Ich glaube wir sind uns einig, wir belasten die 6 nicht zusätzlich. Das finde ich ganz wichtig. Die **Eigenverantwortlichkeit** finde ich wichtig. Sehr schön auch, dass man **ganz kleine Fortschritte** sieht, weil diese Menschen aus der Einsamkeit raus genommen worden sind.“ (PD 47)*

Das Team erläutert in diesem Zusammenhang, dass es die Ruhe in der Pflegeoase gegenüber dem hektischen Treiben auf anderen Bereichen vorzieht. Diese Ruhe ergibt sich jedoch nicht von allein. Die Haltung der Mitarbeiterinnen und die interne Vereinba-

rung, die Bewohnerinnen der Pflegeoase nicht mit weiterem Stress zu belasten, tragen zu dieser ruhigen Atmosphäre bei, die auch von den Angehörigen angesprochen und wertgeschätzt wird. Die Zusammenarbeit im Team wird von allen als wichtiges Element erlebt. Insbesondere weil die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch während der Arbeitszeiten sehr begrenzt ist, ist es hilfreich, wenn ein Hand-in-Hand-Arbeiten erfolgt und das Team sich darin bestärkt, das Erlebte zu bewältigen. Zusammengefasst wird die Teamarbeit folgendermaßen geschildert.

> *„Ich finde mich ganz **toll aufgehoben** hier und die Kollegen helfen auch. … Ich finde das wichtig, dass man miteinander auskommt … und **sich toleriert**. Und das finde ich hier richtig gut im Team. **Wir können uns aufeinander verlassen**." (PD 47)*

Nachteile der Pflegeoase - Belastungen

Die Dauer der Dienstintervalle hat sich in der Umsetzung als Belastungsfaktor herausgestellt.

> *„Man geht mit diesen gesammelten Werken nach Hause. … da brauch ich nach fünf Tagen schon einen Tag frei. … Da muss man einfach wieder in das Leben eintauchen." (PD 16)*

Die Mitarbeiterinnen haben wenig Austauschmöglichkeit mit den Kolleginnen. Die Verarbeitung und Bewältigung ist eine Reflexionsaufgabe, die jeder mich sich allein ausmachen muss. An anderer Stelle haben die Mitarbeiterinnen bereits auf den Bedarf nach Supervision hingewiesen. Hier geht es vorrangig um die Dauer der Dienste. Nach fünf Arbeitstagen ist ein Pensum erreicht, das nicht überschritten werden sollte, damit die Mitarbeiterinnen noch Kraft für das Privatleben und zur Bewältigung ihrer Eindrücke aufbringen können.

Mit der Arbeitsorganisation des „Allein arbeitens" ist verbunden, in komplexen Pflegesituationen allein zu handeln.

> *„Ich hatte Angst, dass wenn Frau Kramer **einen Anfall** (Asthmaanfall Anm. d. Vfs.) **kriegt, dass ich es nicht gleich merke.** … wenn man das 20 Sekunden zu spät merkt, weiß man nicht, was dann passiert, **das ist meine Angst**." (PD 47)*

Diese Angst, nicht richtig zu reagieren beziehungsweise zu spät zu reagieren, ist ein Anzeichen für Handlungsunsicherheit. Mit zunehmender Erfahrung in der Pflegeoase konnten die Mitarbeiterinnen diese Situationen besser einschätzen. Diese Aspekte wurden bereits in der Kategorie „Komplexe Pflegesituationen bewältigen" angesprochen, und es wurde darauf hingewiesen, dass diese Handlungsunsicherheit auch mit

Erfahrungshintergrund und Qualifikationsniveau zusammenhängt. Erfahrende Pflegefachkräfte äußerten in diesen Situationen weniger Sorgen.

Präsenz als Kernelement der Pflegeoase hat sowohl viele Vorteile als auch Nachteile.

> *„Wenn die **Angehörige kommt, das nimmt auch viel Zeit und Raum in Anspruch**. Die braucht so viel Zuspruch … diese Arbeit leisten wir ja auch. Und gleichzeitig aber noch alles andere …. **Ich finde das eine starke psychische Belastung**." (PD 36)*

Der Angehörigenkontakt wird von den Mitarbeiterinnen als förderlich und zugleich als belastend erlebt. Die Mitarbeiterinnen setzten sich engagiert für die Angehörigen ein, geben ihnen Zuspruch und Trost; das kostet Kraft und auch Zeit.

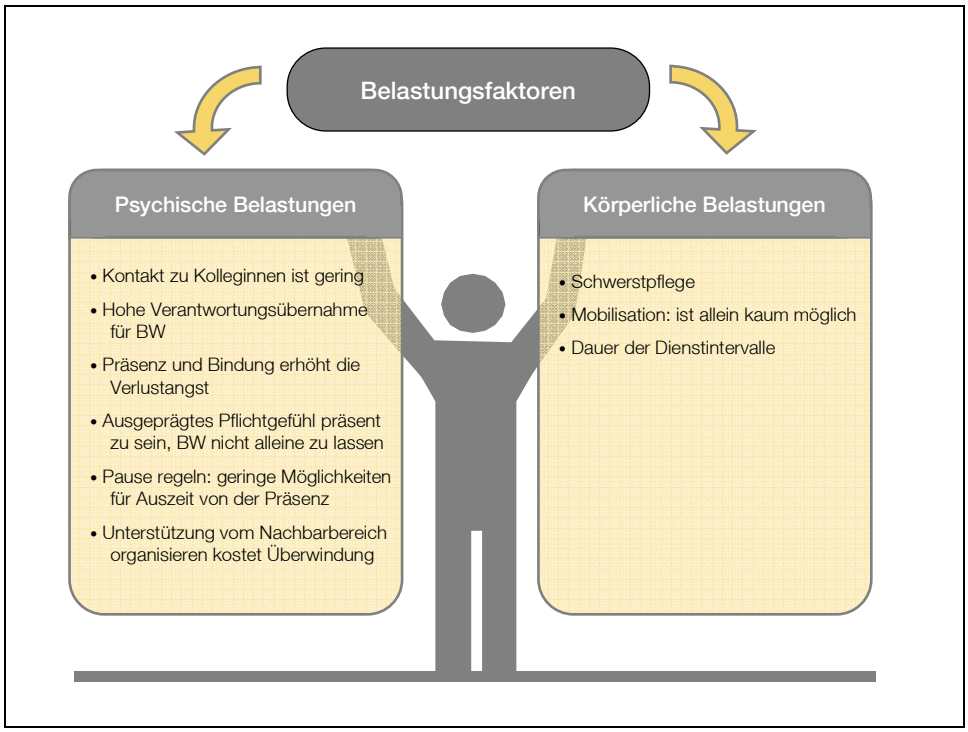
Die Präsenz in der Pflegeoase führt zu vertiefter Bindung mit den Bewohnerinnen. Das Team beschreibt wie dies ihre Angst vor Verlusten beeinflusst.

> *„Ja, die **Angst vor Verlust**, wir müssen einfach mit **diesem Gedanken weiterleben**. Wir müssen mit diesem Punkt leben, mit dieser Angst und denken, dass ist einfach so in unserem Leben, **dass die Menschen bei uns in der Pflegeoase sterben werden**." (PD 47)*

Sterbegleitung und Trauerbewältigung sind eine immanente Aufgabe in der Altenpflege. In der Pflegeoase ist das Team verdichtet mit Tod und Sterben konfrontiert, da die Bewohnergruppe sich in der Endphase des Lebens befindet. Verstärkt wird die Angst vor Verlusten durch die enge Bindung mit den Bewohnerinnen. Sich mit Tod und Sterben auseinanderzusetzen kostet viel Kraft. Daher bedarf es auch der professionellen Begleitung der Mitarbeiterinnen durch Supervision.

Im Spannungsfeld von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung

Das Arbeiten in der Pflegeoase erleben die Mitarbeiterinnen ambivalent in einem Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung. Die Arbeitsbelastungen äußern sich in körperlichen und psychischen Belastungen. Den Wert ihrer Tätigkeit sehen die Mitarbeiterinnen insbesondere darin, dass sie ihre Arbeit an den Bewohnerbedürfnissen orientieren können, darin, dass sie den Gestaltungsfreiraum haben, diese zu erfüllen indem sie frei entscheiden, wie sie den Arbeitsablauf organisieren. Letztendlich sagen die Mitarbeiterinnen aus, dass sie in der Arbeit Sinn finden und dieser Gesamtprozess die Arbeitszufriedenheit fördert. Die Herausforderung beziehungsweise das Spannungsfeld zeigt sich insbesondere im Bereich der Kommunikation. Zur detaillierten Darstellung sind die Belastungsfaktoren in der folgenden Grafik zusammengefasst.



26. Grafik: Belastungsfaktoren der Pflegenden

Die körperlichen Belastungen stehen im Zusammenhang mit der schweren Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen. Es zeichnen sich in den psychischen Belastungen verschiedene Aspekte ab, die schwerpunktmäßig mit dem Arbeitsrahmen des „Allein arbeitens“ und der kontinuierlichen Präsenz verbunden sind. Insbesondere der Mangel aber auch die Störungen in der Kommunikation werden als belastend empfunden. Dieses Spannungsfeld wird in der nächsten Tabelle skizziert.

Spannungsfeld „Kommunizieren können“		
	negative Bewertung **-**	**positive Bewertung** **+**
Bewohnerinnen	Geringe verbale Rückmeldung der Bewohnerinnen wird als Mangel im Pflegeprozess erlebt.	Nonverbale Äußerungen der Bewohnerinnen werden als Rückmeldung im Pflegeprozess wahrgenommen.
Mitarbeiterinnen	Geringe Austauschmöglichkeit mit den Kolleginnen wird als Mangel erlebt.	Alleine zu arbeiten bietet Raum für eigene Entscheidungen und Orientierung an Bewohnerbedürfnissen.
	Hohe Anforderung, in komplexen Pflegesituationen allein zu handeln.	Handlungskompetenz/Sicherheit erleben durch Fachwissen und Erfahrungen.
	Uneinheitliche Absprachen an Schnittstellen führen zu Unsicherheiten in der Arbeitsorganisation (Pausenregelung, Unterstützung in Pflegesituationen).	
Angehörige	Hohes Kommunikationsbedürfnis der Angehörigen kann zu Zeitdruck in der Arbeitsorganisation führen.	Angehörige werden als Partner im Pflegeprozess erlebt.

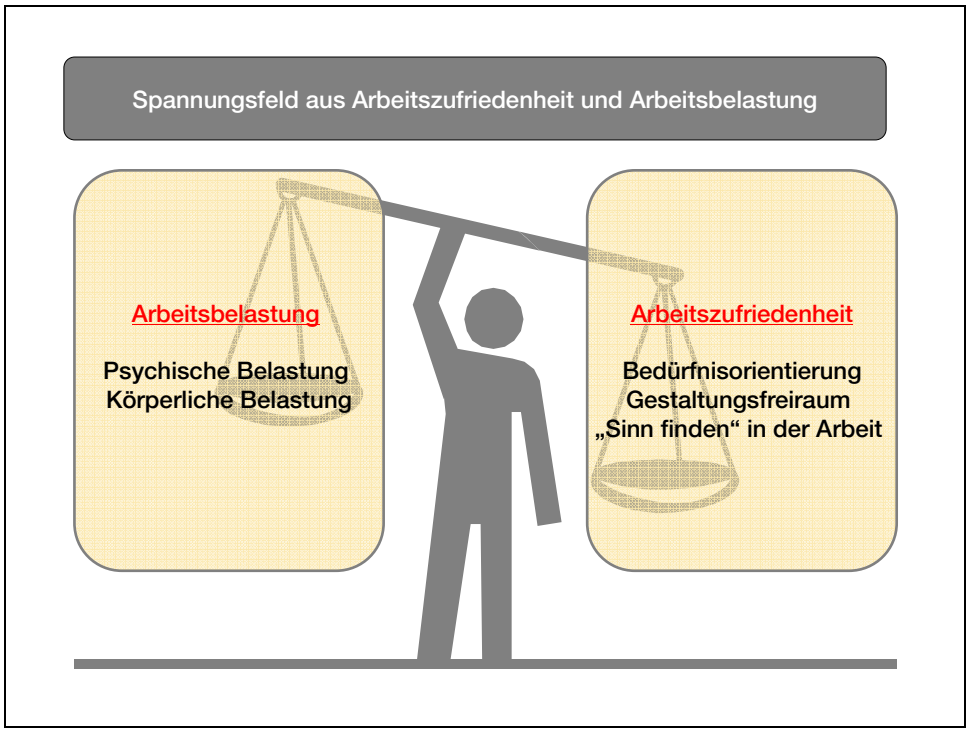
41. Tabelle: Spannungsfeld der Kategorie Kommunizieren können

Persönliche Vorlieben und Erwartungen beeinflussen den Kommunikationsbedarf. Kommunikation mit den Bewohnerinnen in der Pflegeoase bedeutet auf der einen Seite, dass die Mitarbeiterinnen die verbale Kommunikationsfähigkeit als Mangel erleben, da sie nur geringe verbale Rückmeldungen erhalten beziehungsweise nur bedingt die Möglichkeit haben, mit den Bewohnerinnen verbal in einen Dialog zu treten. Auf der anderen Seite werden nonverbale Äußerungen der Bewohnerinnen als Fähigkeiten verstanden und als positive Rückmeldung im Pflegeprozess wahrgenommen.

Als negative Kommunikationselemente werden die geringe Austauschmöglichkeit mit den Kolleginnen, die hohen Anforderungen in komplexen Pflegesituationen und die uneinheitlichen Absprachen an den Schnittstellen thematisiert. Diese Absprachendefizite führen zu Unsicherheiten in den Arbeitsabläufen. Dem gegenüber stehen positive Bewertungen: Das „Allein arbeitet“ bietet die Möglichkeit, den Tagesablauf individuell an Bewohnerbedürfnissen (und nicht an Arbeitsablaufprozessen) zu orientieren; es ist möglich, das eigene Tun autonom ohne ständige Rückkopplung mit einem Team zu gestalten. Auch das Bewältigen komplexer Pflegesituationen beziehungsweise das Handeln in diesen Situationen kann durch Fachkompetenz positiv erlebt und kompetent bewältigt werden.

Die Präsenz in der Pflegeoase bedeutet für die Mitarbeiterinnen auch Ansprechpartnerin für die Angehörigen zu sein. Bei umfassendem Gesprächs- und Begleitungsbedarf der Angehörigen kann dies Zeitdruck auslösen, der zu Engpässen in den Arbeitsabläufen führen kann. Dem gegenüber steht die positive Bewertung, dass der enge Kontakt zu den Angehörigen ein Vertrauensverhältnis fördert und dass die Angehörigen als unterstützende Partner im Pflegeprozess angesehen werden.

Zusammengefasst kann aus diesen Ausführungen abgeleitet werden, dass die Mitarbeiterinnen in einem Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung agieren. Dieses Spannungsfeld wird in der folgenden Grafik veranschaulicht.



27. Grafik: Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung

Die Mitarbeiterinnen sind Dreh- und Angelpunkt in diesem Bewertungsprozess. Mit ihrer Arbeit in der Pflegeoase stellen sie sich ständig der Herausforderung, die Balance zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung auszutarieren. Körperliche und psychische Belastungsfaktoren stehen den positiven Faktoren der Bedürfnisorientierung, der hohen Autonomie bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe und dem Gefühl, einer sinnvollen Arbeit nachzugehen, gegenüber. Förderliche Rahmenbedingungen wie die kontinuierliche Begleitung durch die Führungsebene, klare Absprachen und transparente Entscheidungswege können sie darin unterstützen. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist ein wichtiger Einflussfaktor, der sich auf die Pflegequalität in der Oase und auf die Zufriedenheit der Angehörigen auswirkt; darin gilt es die Pflegenden positiv zu unterstützen.

Anregungen für andere Pflegeoasen

Zum Abschluss der Studie resümierten die Mitarbeiterinnen in welchen Punkten sie Weiterentwicklungsbedarf für die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle sehen und formulierten Empfehlungen für andere Pflegeoasen. Die Hauptpunkte zur Weiterentwicklung sind:

Weiterentwicklungsbedarf Pflegeoase Holle
Konzeptentwicklung weiterführen: Absprachen Nachbarwohnbereich, Pausenregelung
Personalbesetzung prüfen: Wunsch zu zweit zu arbeiten
Rückzugszimmer für Gespräche mit Angehörigen
Sitzecke mit Sofa für Bewohnerinnen, Angehörige
aus den Erfahrungen der Pflegeoase lernen für den Nachbarwohnbereich: Konzept überprüfen

42. Tabelle: Weiterentwicklungsbedarf Pflegeoase Holle

Das Thema des „Allein arbeitens“ beschäftigt die Mitarbeiterinnen immer wieder, daher würden sie diesen Aspekt gerne weiterentwickeln und schlagen als Lösungsansatz vor, die Bewohnergruppe zu vergrößern.

> *„Dass wir am Tag für **2 bis 3 Stunden zu zweit sind**, dass man dann Arbeiten übernimmt wie Transfers oder Gehübungen, das wäre noch so ein Wunsch. …und ich hätte dann, wenn möglich, **lieber 2 Bewohnerinnen mehr und dafür mit jemandem arbeiten zu können.“** (PD 47)*

Ein weiterer Vorschlag richtet sich an die Ausstattung der Pflegeoase.

> *„Und ich hätte gar **gerne ein Sofa oder eine Sitzecke** … wo ich sie mit dem Rücken anlehnen kann, wo sie sich anbücken kann, einfach dieses Halten. Ich weiß bewusst diese Bewegung, wo sie sich sicher fühlt und einfach ihrem Körper sagen lassen kann, einfach mal ganz entspannen. Und das geht im Bett nicht.“ (PD 21)*

Aus diesen Erfahrungen leiten die Mitarbeiterinnen ihre Empfehlungen für andere Einrichtungen ab, die an einer Pflegeoase interessiert sind.

Anregungen für andere Pflegeoasen	
Baulich	großzügige Räumlichkeiten, Rückzugsraum für Angehörige und für Gespräche
Einzug	Mitarbeiterinnen sollten die Bewohnerinnen vor dem Einzug bereits kennen
Ausstattung	gute Ausstattung mit Hilfsmitteln (Platzbedarf berücksichtigen)
Mitarbeiterqualifikation	Mitarbeiterqualifikation: Fachkompetenzen: pflegerisch, medizinisch, administrativ, pharmazeutisch, gute verbale, nonverbale Kommunikationsfähigkeit
	Sozialkompetenz: gute Selbstkenntnis, Bereitschaft, sich mit Tod und Sterben auseinanderzusetzen, Teamfähigkeit, Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, Fähigkeit, sich organisieren zu können
Konzeptentwicklung	Angehörige früh einbinden
	Pflegeoase ist nicht für jedes Haus geeignet, dies hängt von Zielrichtung des Konzepts ab

43. Tabelle: Anregungen für andere Pflegeoasen

Das Team hat für diese Empfehlungen auch Lösungsideen entwickelt. Um die Bewohnerinnen vorher kennen zu lernen, schlagen sie den Einsatz einer Case-Managerin vor.

> *„Was ganz wichtig ist, dass die Mitarbeiter die Bewohner vorher kennen lernen und nicht erst in der Oase. … Dann würde ich so was machen* ***wie einen Case-Manager, der für die Oase da ist und die Oase kennt. Und der vorher diesen Beziehungsaufbau macht.****“ (PD 47)*

Die Mitarbeiterinnen haben selbst erlebt, welche Anforderungen die Arbeit in der Pflegeoase an sie richtet, daher haben sie hohe Erwartungen an die Fach- und Sozialkompetenzen der Mitarbeiterinnen.

> *„Eine* ***gute Selbstkenntnis****, finde ich ganz wichtig.* ***Ich kann so einen Job nicht machen, wenn ich nicht mit Sterben umgehen kann.****“ (PD 47)*

Abschließend wird resümiert, dass nicht jede Einrichtung für eine Pflegeoase geeignet ist, sondern dass zunächst die Zielrichtung des Konzepts geprüft werden muss.

> *„Aber die* ***Oase ist nur so, weil das Konzept so ist.*** *… Ist es ein Konzept, das eher wirtschaftlich ausgelegt ist, dann würde sich das ganz anderes auftun****. Deswegen würde ich jetzt nicht so pauschalisieren, man kann eine Oase überall*** *machen oder jede Einrichtung ist dafür geeignet. Nein,* ***es kommt auf das Konzept an****.“ (PD 47)*

4.6 Subjektives Erleben der Pflegeoase aus der Perspektive der Heim- und Pflegedienstleitung

Um die Erfahrungen und Bewertungen der Heim- und Pflegedienstleitung zum Prozessverlauf der Pflegeoase systematisch zu ermitteln, wurden 11 Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von 90 Minuten geführt (vgl. auch Kapitel „Methodisches Vorgehen“). Die Interviewfragen zielten im Schwerpunkt darauf, zu klären, wie der Umsetzungsprozess der Pflegeoase verlief, welche Anpassungen im Prozessverlauf notwendig waren, wie die einzelnen Prozessschritte bewertet und welche Anregungen für andere Pflegeoasen abgeleitet werden können. Anhand der Interviewanalyse verdichteten sich die folgenden Themenkomplexe:

- Veränderungen der Personalsituation
- Dienstplangestaltung
- Organisation der Arbeitsabläufe
- Begleitung der Mitarbeiterinnen
- Bewertung/Reflexion der Prozessschritte
- Weiterentwicklungsbedarf
- Empfehlungen für andere Pflegeoasen

Zum Abschluss dieses Kapitels werden eine zusammenfassende Bewertung des Prozessverlaufs und der Weiterentwicklungsbedarf der Pflegeoase dargestellt. In den Interviews wurden weitere Aspekte zur Konzeptentwicklung der Pflegeoase erörtert; diese Ausführungen sind im Kapitel „Konzepteckpunkte der Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle“ ausführlich beschrieben.

Um zunächst eine Übersicht zu den Anpassungsschritten zu vermitteln, sind diese Punkte in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

Pro-zess-	12/06	01/07	02/02	03/07	04/07	05/07	06/07	07/07	08/07	09d/07	10/07
Perso-nal-ent-schei-dungen	Ausstieg der geplanten WBL für Oase Ausstieg einer MA nach 1 Woche in Oase	Anpas-sung Stel-lenanteile anderer Team-mitglieder Einstel-lung einer PFK		Einstellung PFK mit Pal-liative Care Weiterbildung					PFK mit Pallia-tive Care Wei-terbil-dung über-nimmt Leitung der Pflege-oase		
Dienst-plan-Gestal-tung				Anpassung Dienstzeiten Überlap-pungszeit von 30 auf 60 Min. ausge-weitet			Dauer Einsatz-interval-le redu-ziert Verein-barung 5 Tage am Stück getroff-fen				
Arbeits-abläufe organi-sieren Schnitt-stellen	Unterstützung aus WB A organisieren via Notruf	Beliefe-rung in die Oase hinein Anliefe-rung zu-sammen-gefalteter Wäsche in die Oase		Unterstüt-zung aus WB A organisie-ren Via Telefon			Unter-stützung aus WB A orga-nisieren via mündli-che Absprachen vor Dienst-beginn			Fallbe-spre-chun-gen von A und Oase zur Trans-parenz der BW-Situati-on/Pfleg ebe-darfs	
Pflege-oase				Reduzierung der Mahlzei-tenhäufigkeit Anpassung der Nahrungs-bestandteile – hochkalori-sche Ernäh-rung	Porti-onsgrö ßen ver-kleiner n Nach-schlag ist durch Warm-halte-becken immer mög-lich	Verbes-serung der indiv. Ernäh-rungspl äne – ver-mehrtes Angebot von Ge-nussmit-teln					

PFK = Pflegefachkraft; WBL = Wohnbereichsleitung

44. Tabelle: Anpassungsschritte im Prozessverlauf der Pflegeoase

Veränderungen der Personalsituation

Im Prozessverlauf der Pflegeoase zeichneten sich verschiedene Änderungen in der Personalsituation ab. Es kam zum kurzfristigen Ausstieg der geplanten Führungskraft der Pflegeoase. Aufgrund dessen wurden die Stellenanteile der anderen Mitarbeiterinnen angepasst, eine neue Fachkraft mit Palliative Care Ausbildung wurde eingestellt, die später die Leitung der Pflegeoase übernahm. Eine Mitarbeiterin hat aufgrund von Überforderung nach wenigen Tagen die Pflegeoase verlassen (weitere Erläuterungen dazu im Kapitel „Mitarbeiterperspektive“).

Die Wohnbereichsleitung des Nachbarwohnbereichs war als leitende Fachkraft für die Pflegeoase vorgesehen. Sie sollte als Bindeglied zwischen den beiden Arbeitsbereichen fungieren, da sie ihren Stellenanteil zu 50% in der Pflegeoase und zu 50% auf dem Nachbarwohnbereich wahrnehmen sollte. Der Abschluss einer Fachweiterbildung und damit verbunden das Angebot in einer anderen Einrichtung als Pflegedienstleitung zu arbeiten, veranlasste sie dazu, das Seniorenzentrum Holle kurzfristig zu verlassen.

> *„Wir sind mit einer **Person in leitender Verantwortung gestartet**, die wusste, dass dieses Projekt startet, sie war in die Vorbereitung miteinbezogen. … ,die dann ganz **kurzfristig mitten in unserer Startphase**, wo wir ja in der Umsetzung waren, **sich verabschiedet hat** … Das hat zu Unsicherheit und Unmut geführt bei den anderen.“ (PD 6)*

Diese Veränderung der Personalsituation in der Startphase hat zu Unsicherheiten bei den anderen Mitarbeiterinnen geführt und ein Leitungsvakuum nach sich gezogen wie das folgende Zitat verdeutlicht.

> *„Aufgrund des Weggangs von der Wohnbereichsleitung, die die Aufbauphase der Oase gesteuert hat, ist natürlich so ein **Leitungsvakuum** entstanden. Dieses Vakuum sollte die stellvertretende Wohnbereichsleitung von A, in Ergänzung der stellvertretenden Pflegedienstleitung ausfüllen.“ (PD 6)*

Das Team der Pflegeoase ist demnach einige Zeit lang von verschiedenen Personen geleitet worden. In der praktischen Umsetzung gab es viele Fragen, die deutlich machten, dass es sinnvoller ist, eine zuständige Leitungsperson für die Pflegeoase einzusetzen, die auch in der Praxis dort arbeitet. Aus dem Team der Pflegeoase konnte sich zunächst keine Mitarbeiterin vorstellen, diese Position zu übernehmen. Daher wurde diese Aufgabe an eine neu eingestellte Fachkraft mit Palliative Care Zusatzqualifikation übertragen.

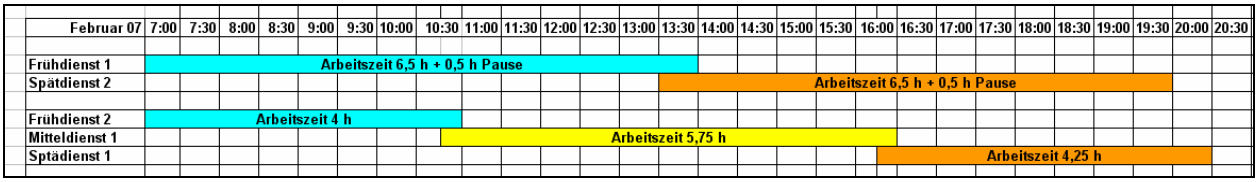
> *„Es kommt neu eine Fachkraft, die diese Funktion vom Stellenanteil einnehmen wird, nämlich mit einer halben Stelle aber auf dem Wohnbereich A und einer halben Stelle auf der Oase, **sozusagen das Bindeglied**. Er hat sich speziell auf die Oase beworben, er hat eine **Zusatzqualifikation in Palliative Care,** was für uns natürlich auch ganz bedeutsam ist eben für das Thema Oase.“ (PD 6)*

Die Einarbeitung der Fachkraft fand auf dem Nachbarwohnbereich und in der Pflegeoase statt. Der Einstellungszeitpunkt war März 2007 und im August 2007 wurde die Leitungsposition übernommen.

Anpassung der Dienstplangestaltung

Die Personal- und Dienstplanung sieht vor, dass die Mitarbeiterinnen überwiegend alleinverantwortlich (mit punktueller Unterstützung des Nachbarwohnbereichs) in einem Tagdienst arbeiten. Zur Verdeutlichung der Personalsituation sei ein kurzer Exkurs erlaubt. Die Pflegeoase ist mit 3,45 Vollzeitstellen besetzt. Diese Stellen sind mit Teilzeit- und Vollzeitstellenumfängen ausgefüllt. Die Anpassungen in der Dienstplangestaltung beziehen sich auf Veränderungen der Überlappungszeiten und auf die Dauer der Einsatzintervalle.

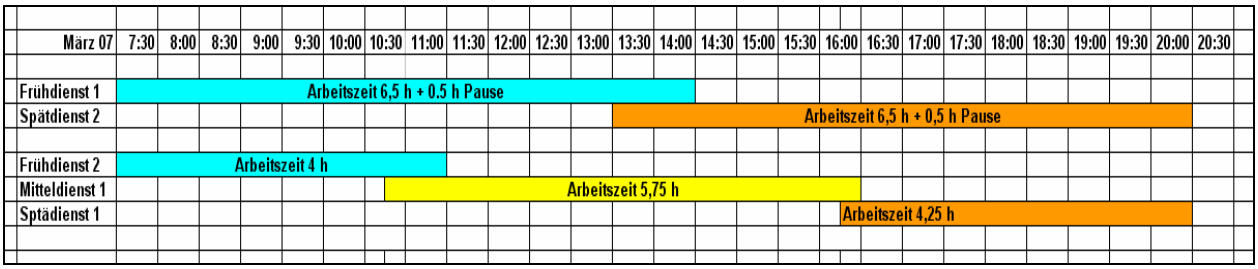
In der Ausgangssituation der Pflegeoase arbeiteten die Mitarbeiterinnen in zwei beziehungsweise drei Schichten mit einer Überlappungszeit von 30 Minuten.



Die Anpassungen der Dienstzeiten wurden im März 2007 umgesetzt und hatten die Erhöhung der Überlappungszeiten von 30 Minuten auf max. 60 Minuten zur Folge. Für diese Veränderungen sind im Wesentlichen zwei Gründe zu nennen:

1. Es zeigte sich, dass die Bewohnerinnen am Vormittag noch sehr schläfrig waren und die Mitarbeiterinnen die Bewohnerinnen für die Körperpflege nicht wecken wollen.
2. Eine Verlängerung der Überschneidungszeiten zwischen den einzelnen Schichten wurde von den Mitarbeiterinnen angestrebt, um sich bei bestimmten Pflegetätigkeiten unterstützen zu können (z.B. Duschen von Bewohnerinnen) und den Austausch untereinander zu verbessern.

Der Überschneidungszeitraum umfasst bei zwei Tagschichten 60 Minuten und bei drei Schichten im Übergang von Früh- zu Mitteldienst 45 Minuten.



Die Interviews veranschaulichen wie die Mitarbeitersituation von Heim- und Pflegedienstleitungsebene wahrgenommen und Handlungsbedarf erkannt wird.

> *„Das ist eigentlich ein **Dauerthema … diese Einsamkeit, dieses Alleine sein**. Und wie schön das ist, wenn jemand kommt und man kann dann die **Zeit zu zweit nutzen für Dinge, die man a) alleine nicht hinbekommt, b) man kann miteinander reden, man kann sich austauschen.** Das ist einfach wichtig.“ (PD 33)*

Die Führungsebene erkennt die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und nimmt Bezug darauf, dass das Thema des „Allein arbeitens“ keine kurzfristige Herausforderung darstellt. Vielmehr ist es ein dauerhafter Einflussfaktor für das Arbeiten in der Pflegeoase, der genau evaluiert werden muss: wo und wie kann dieser weiter angepasst werden, um die Belastungen für die Mitarbeiterinnen zu minimieren? In diesem Zusammenhang steht auch die Dauer der Dienstintervalle. In der Anfangsphase der Pflegeoase war kein Rahmen für die Länge der Dienstintervalle festgelegt worden. Erfahrungen zu einer Tätigkeit im Arbeitsrahmen einer Pflegeoase fehlten bis dato. In der Praxis zeigte sich:

> *„dass dann spätestens nach **fünf, sechs Tagen man einen Tag frei braucht**. Also das ist im Grunde schon das Maximum.“ (PD 33)*

Im Juni 2007 wurde daher die Vereinbarung getroffen, dass die Dienstintervalle von 5 bis 6 Tagen am Stück nicht überschritten werden sollen und anschließend ein freier Tag zur Erholung notwendig ist. Auch die Personalausstattung zur Betreuung der Bewohnerinnen wurde überprüft. Nach Aussagen der Leitungsebene ist das Maximum ausgeschöpft.

> *„In der Oase jetzt mit der bestehenden sind wir **am Limit dessen**, **was machbar ist vom Personal her** und der Nettoarbeitszeit etc pp. Mehr geht einfach nicht. Ich wüsste jetzt nicht, wie **permanent zwei Mitarbeiter** dort schaffen könnten. **Das geht nur durch mehr Bewohner**.“ (PD 33)*

Es wurden Überlegungen angestellt wie eine Präsenz von zwei Mitarbeiterinnen zu realisieren wäre. Als Lösungsmöglichkeit wird die Erhöhung der Bewohneranzahl vorgeschlagen. In den jetzigen Räumlichkeiten der Pflegeoase ist dies jedoch nicht umsetzbar.

Organisation der Arbeitsabläufe

Im Rahmen von Veränderungsprozessen in Betrieben werden meistens Anpassungen der Arbeitsabläufe notwendig. In der Pflegeoase lassen sich die Anpassungserfordernisse der Arbeitsabläufe in zwei Bereiche gliedern: Anpassungen wurden nötig an den Schnittstellen und intern in der Pflegeoase. Beim Schnittstellenmanagement beziehen sich die Veränderungen auf die Organisation des Unterstützungsbedarfs in der Pflegeoase, auf Belieferungswege der Pflegeoase, Verbesserung der Transparenz zwischen den Bereichen, und dort insbesondere zum Pflegebedarf der Bewohnerinnen. Die Anpassungsschritte innerhalb der Pflegeoase sind im Schwerpunkt dem Bereich Mahlzeitengestaltung zuzuordnen.

Schnittstellenmanagement

Die Regelung der Absprachen, um die Unterstützung in der Pflegeoase durch den Nachbarwohnbereich zu organisieren, nimmt im Prozessverlauf den größten Raum und Abstimmungsbedarf ein. Verschiedene Regelungen und Lösungswege wurden in der Praxis erprobt; sie reichen von der Nutzung des Piepers über telefonische Absprachen bis hin zu mündlichen Absprachen vor Dienstbeginn.

> *„Es gibt noch einen **Dissens zwischen Wohnbereich A und Pflegeoase in Bezug auf Abstimmung der pflegerischen Unterstützung** durch Wohnbereich A. Mitarbeiterinnen der Pflegeoase bedienen den Notruf und Kolleginnen vom Nachbarwohnbereich unterbrechen ihre Arbeit. Hier ist eine Abstimmung erforderlich, wenn es um planbare Pflegeleistungen geht. Hierzu wird ein Teamgespräch stattfinden.“ (PD 7)*

Das Zitat verdeutlicht den Besprechungsbedarf und die Brisanz, wenn zwei Arbeitsbereiche punktuell zusammenarbeiten. Jeder Bereich ist in seiner Arbeit verhaftet und hat unterschiedliche Arbeitsabläufe. Die einen sind allein in der Pflegeoase tätig und benötigen pflegerische Unterstützung, die anderen müssen dafür ihren Arbeitsablauf unterbrechen.

> *„Da gab es **ganz klare Regelungen**, die von den Mitarbeitern der Oase und den Mitarbeitern des Wohnbereiches A gemeinschaftlich erarbeitet worden sind. Unter anderem war da die Regelung, dass, wenn morgens die Fachkraft auf den Wohnbereich A kommt, sie sich erst orientiert: „Was habe ich so zu tun, wie geht es den Bewohnern, was ist hier der Status?“ Und dann in die Oase zu gehen, um mit dem Mitarbeiter der Oase abzusprechen: Wie sieht es heute aus? Welchen Bedarf habt ihr? Wo braucht ihr Hilfe beim Transfer? Wo braucht ihr Hilfe beim Baden? Wo braucht ihr Hilfe beim Toilettengang? … **diese kleine Regelung ist verlaufen**.“ (PD 39)*

In einem ersten Schritt werden Absprachen vorgenommen, um Regelungen zu treffen und Arbeitsabläufe zu klären. Im zweiten Schritt müssen diese Regelungen dann auch in der Praxis umgesetzt werden. Hinderungsgründe für eine solche Umsetzung und unterschiedliche Handhabungen werden unter anderem mit einem unterschiedlichem Verständnis und unterschiedlicher Akzeptanz der beiden Arbeitsbereiche begründet.

> *„Was dahinter liegt ist, dass die den Austausch zwischen drinnen und draußen eingestellt haben und damit die **Verständnis- und Akzeptanzebene** über die Versorgungssituation der einzelnen Bewohner auf diesem Bereich, sich minimiert hat. … Darum starten jetzt **gemeinsame Fallbesprechungen**. … Um eine bessere Abstimmung noch mal hinzubekommen. Wenn die Leute nämlich, vom Wohnbereich A in die Oase gehen.“ (PD 39)*

Um diese Situation zu lösen werden gemeinsame Fallbesprechungen geplant, um den Pflegebedarf der Bewohnerinnen für die Mitarbeiterinnen beider Bereiche transparent zu machen. Auf diese Weise lassen sich die Handlungen der jeweils anderen Mitarbeiterinnen besser nachvollziehen und deren individuelle Pflegesituation lässt sich besser einschätzen. Das nächste Zitat zeigt, dass anfangs andere Erwartungen an die Zusammenarbeit gerichtet wurden.

*„… das hatten wir uns sicherlich **einfacher vorgestellt, wenn man die Hilfe braucht**, sie sich vom Wohnbereich A holt, dass man da **auch länger mal einen Austausch hat**, … aber die bleiben eher so für sich und sind dann auch schnell wieder draußen. Das läuft sicherlich nicht so rund, wie wir uns das vorgestellt haben.“ (PD 33)*

In Bezug auf die Zusammenarbeit der Bereiche und das Organisieren des Austauschs wird noch Handlungs- und Verbesserungsbedarf erkannt. Es zeigt sich, dass beide Bereiche für sich bleiben; das wiederum verdeutlicht, dass sich das Teamverständnis noch auf den „eigenen“ Bereich bezieht.

Ein weiteres Thema im Management der Schnittstellen stellt die Optimierung der Belieferung der Pflegeoase dar. Um die Situation zu verdeutlichen sei angemerkt, dass die Arbeitsabläufe im Seniorenzentrum Holle so abgestimmt sind, dass die Belieferung der Pflegeoase durch die anderen Bereiche erfolgt.

*„Es gab dann ein paar Verwirrungen mit dem Inkontinenzmaterial. … Sie dachten, sie müssen die **Inkontinenzmaterialien holen** und die Getränke holen. … Also das sind **kommunikative Probleme** untereinander. Und diese ganzen Dinge haben wir glatt gezogen an diesem Tag. Das heißt, es bleibt ganz klar bei diesem **konzeptionellen Ansatz, alle Abläufe sind auf die Pflegeoase abgestellt**. Und zwar von draußen nach innen rein, dass hier die größte Zeit für die pflegerische Versorgung zur Verfügung steht.“ (PD 39)*

Zusammenarbeit ist ein kommunikativer Prozess, der immer wieder Abklärungen und Abstimmungen bedarf. Der grundlegende konzeptionelle Ansatz der Pflegeoase sieht die Präsenz der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase vor. Um deren Anwesenheit zu gewährleisten sind die Arbeitsabläufe daher auf diesen Kernaspekt abgestimmt. Die Organisation der Arbeitsabläufe innerhalb der Pflegeoase wird im nächsten Abschnitt erläutert.

Arbeitsabläufe in der Pflegeoase

Die Veränderungen der Arbeitsabläufe innerhalb der Pflegeoase beschreiben Anpassungen bei der Mahlzeitengestaltung. Bezieht man die Daten zu den pflegerischen Tätigkeiten mit ein (Kapitel 4.1) zeigt sich, dass das Essenanreichen ca. 50% der bewohnernahen Tätigkeiten ausmacht. Daher stehen Veränderungen in diesem Bereich im Mittelpunkt dieser Kategorie. Wie die Überblickstabelle zu diesem Kapitel darstellt ist die Anzahl der Mahlzeiten reduziert worden, die Art der Nahrungsbestandteile wurde auf hochkalorische Nahrung umgestellt, es wurden vermehrt individuelle Vorlieben einbezogen. Vor allem aber wurde der Prozess des Essenanreichens, das heißt die Art der Kontaktgestaltung verändert.

*„Wo jemand erfährt, ich muss **immer wieder den Mund aufmachen**, ich muss immer wieder kauen, schon wieder ein Löffel vor meinem Gesicht, das **deutlich zu minimieren**. ….. Das Frühstück, dass es nicht zwei gibt, Siebenkornbrei und zweites Frühstück.“ (PD 12)*

Ein Antrieb für diese Umstellung war es, die Mahlzeiten stärker an alltäglichen Abläufen zu orientieren. Es sollte nicht ständig gegessen werden, weil dies Appetitlosigkeit zusätzlich verstärken kann. Um den Bewohnerinnen wieder mehr Genuss beim Essen zu ermöglichen, sind folgende Überlegungen getroffen worden.

> *„Also wo das **Ziel ist** ... im Rahmen der Nahrungsaufnahme, viel mehr mit solchen Ergänzungsmitteln oder kalorienanreichernden Mitteln zu arbeiten, damit ich in einer deutlich eingeschränkten Zeit den Bewohnerinnen mehr an Nahrung zuführen kann. Und dass Aspekte **… wo es um den Genuss geht, die Geschmacksnerven zu stimulieren, mit Eis, mit Schokolade, so Kleinigkeiten, die wieder sozusagen einzuführen.**“ (PD 12)*

Die Vorliebe für süße Genussmittel kann in der Betreuung demenzerkrankter Menschen genutzt werden. Es gilt jedoch, immer wieder zu prüfen, ob dies tatsächlich dem Geschmack der Bewohnerinnen entspricht. Wie in den Interviews der Mitarbeiterinnen erläutert wird, ist das Team hier sehr kreativ und ideenreich; zum Beispiel streuen sie Zucker über den Kartoffelbrei, weil dieser ungesüßt nicht gegessen wird. Es zeigte sich nämlich, dass eine Bewohnerin ihren Kartoffelbrei besonders gern mit Zucker isst. Das Essen als Begegnung, als Kontaktzeit zu nutzen, darin liegt eine Hauptaufgabe der Mitarbeiterinnen. Dies beschreibt die folgende Aussage.

> *„… eine der **Hauptaufgaben der Mitarbeiterinnen besteht in Flüssigkeitszufuhr und Nahrungsaufnahme.** Das war auch schon am Anfang in der Oase immer wieder ein Thema, dass das **enorm viel Zeit in Anspruch nimmt**. … **aber das ist eigentlich auch positiv zu sehen. … Da es nämlich Kontaktzeit ist**, dass es beziehungsgestaltend ist, dass es quasi eine **1:1 Betreuung** ist.“ (PD 12)*

Das Essen anreichen ist ein wesentlicher Zeitfaktor in der Pflegeoase, der veränderte Mahlzeitenumfang als auch die veränderte Nahrungszusammenstellung haben positive Auswirkung wie die folgende Beschreibung darstellt.

> *„Und auch die Beobachtung, dass die Damen auch einfach jetzt **zum Teil besser auch schon den Mund aufmachen, weil sie jetzt anscheinend mehr Hunger haben, weil dann auch einfach mal 2, 3 Stunden Ruhe ist vom Essen**. Das war so in der Oase der Punkt. Dennoch, das äußerten die Pflegenden, dass insbesondere **im Mittagsbereich ein ordentliches Maß zu tun ist**, all diesen 6 Menschen das Essen anzureichen. Ja, ja, dass man da seine **2,5 Stunden** gut braucht und ja dann schon die Frage kam, was da an Hilfe noch kommen kann.“ (PD 15)*

Die Mahlzeiten und das Essenanreichen sind Zeitfaktor Nummer eins in der Pflegeoase. Wie die Mitarbeiterinnen vorgehen, wenn sie allen sechs Bewohnerinnen das Essen anreichen, ist vertieft bei den Interviews aus Mitarbeiterperspektive dargestellt. Das obige Zitat weist nochmals auf den Arbeitsaufwand beim Essen anreichen hin: dieser Aufwand verdichtet sich insbesondere in der Mittagszeit.

Begleitung der Mitarbeiterinnen

Die folgende Kategorie beschreibt, wie die Heim- und Pflegedienstleitung die Aufgaben der Mitarbeiterbegleitung wahrnimmt und wann Angebote zur Supervision angezeigt sind. Insbesondere bei der Einführung von Veränderungen (in diesem Fall eines neuen Versorgungskonzepts) übernimmt die Führungsebene eine wichtige Aufgabe, um das Einhalten von Absprachen zu prüfen, Ansprechpartner bei Fragen der Mitarbeiterinnen zu sein und um den Informationsfluss zu sichern. In einigen Situationen ist Hilfe von außen stehenden Personen angezeigt. Das Seniorenzentrum Holle bietet den Mitarbeiterinnen Supervision durch eine externe Stelle an. Das Team der Pflegeoase hat dies im letzten Drittel der Studienlaufzeit in Anspruch genommen. Der Bedarf an Begleitung durch die Führungsebene wird im folgenden Zitat skizziert.

> *„Also, es ist einfach **das Zwischenmenschliche, was da zurzeit nicht so rund läuft** (zwischen Pflegeoase und Wohnbereich A Anm. d. Vfs.). … **Kombiniert mit ablauforganisatorischen Dingen.** … Da gab es so ein bisschen Sand im Getriebe. ... Nur das hat uns noch mal gezeigt, dass **die Akteure vor Ort da nach wie vor noch ganz viel Begleitung brauchen** ... Das ist im Moment so der Punkt, wo wir merken, da müssen wir wieder für Stabilität sorgen. Dass sie auch merken, **da ist jemand und unterstützt sie.**“ (PD 37)*

Wenn in einer Einrichtung gleichzeitig mehrere Projekte laufen und es zusätzlich Veränderungen auf der Führungsebene gibt, führt dies nicht selten zu Unsicherheiten im Tagesgeschäft und der Begleitungsbedarf steigt. In der Pflegeoase haben die Mitarbeiterinnen beispielsweise die konzeptionell vorgesehene Präsenz annähernd als Anwesenheitspflicht verinnerlicht.

> *„Einige denken immer noch: **ich muss alle sechs Bewohnerinnen 24 Stunden minutiös im Auge behalten** und sobald ich mich umdrehe könnte sozusagen das Chaos passieren. … Ich kann also in Ruhe jemanden im Badezimmer beim Duschvorgang versorgen. Also zu begreifen, erstens nur weil ich mich umdrehe oder mal zurückziehen passiert kein Unfall. **… Das muss glaube ich noch klarer werden**.“*

Hier zeichnet sich ein Spannungsfeld im Bereich Präsenz bieten und Sicherheit schaffen ab. Aus Leitungsperspektive ist es wichtig, den Mitarbeiterinnen die Auswirkungen ihrer Handlungen aufzuzeigen, damit diese sie reflektieren können und so eventuell Entlastung erfahren. Mit der praktischen Erfahrung in der Pflegeoase nimmt auch die Handlungssicherheit zu. Dies verdeutlicht die folgende Einschätzung.

> *„Also es scheint ein **erhebliches Maß an Sicherheit** in der Oase eingehalten zu haben. In der **pflegerischen Versorgung** und auch in der Wahrnehmung, dass dort … die Leute deutlich sagen können, brauche ich Hilfe oder nicht.“ (PD 39)*

Nicht in allen Situationen ist die Begleitung durch die Führungsebene gefragt; auch eine außenstehende Person wie eine Supervisorin kann zur Bewältigung der Arbeit einen wichtigen

Beitrag leisten. Im Seniorenzentrum Holle besteht das Angebot von Einzel- und Gruppensupervision. Je nach Bedarf und Problem können die Mitarbeiterinnen über die Form der Supervision entscheiden. Aus Leitungsperspektive ist dies ein wichtiges Angebot zur Mitarbeiterbegleitung und Personalführung.

> *„Ich denke, wenn die Mitarbeiterinnen in der Oase den ganzen Tag mit diesen Personen zu tun haben, da können sie nicht mehr so gut kommunizieren.* ***Das sind schwierige Situationen, die das Nervenkostüm ankratzen.*** *… Ich denke,* ***das braucht einfach einen Kanal in der Supervision. Das ist überhaupt keine Frage****!" (PD 12)*

Auch seitens der Mitarbeiterinnen werden die Herausforderungen des „Allein arbeitens" und der geringen Austauschmöglichkeiten thematisiert. Die Supervision bietet den geschützten Rahmen zur Reflexion und Bewältigung, da die Führungsebene von den Inhalten ausgeschlossen bleibt. Zur Bewältigung ihres Ausstiegs aus der Pflegeoase hat eine Mitarbeiterin, Einzelsupervision in Anspruch genommen. Aus Perspektive der Führungsebene war dies erforderlich und hilfreich.

> *„Ich hatte den Eindruck, dass die Mitarbeiterin im Grunde an ihre Position (vorheriger Arbeitsort im Haus Anm. d. Vfs.) zurückgekehrt ist und im Team gleich wieder stabil war. Von daher denke ich* ***ist es auch gut, wenn sie das mit der Supervisorin aufgearbeitet hat,*** *dann soll man es auch ruhen lassen. Sie hat nur mir gegenüber auch gesagt, sie weiß es selber nicht, sie könne es nicht konkret fassen aber diese Menschen haben sie bis in den Traum verfolgt, diese geballte Wucht an Schwerstpflegebedürftigkeit, das hat sie einfach nicht gepackt." (PD 6)*

Bewertung der Prozessschritte

In einem abschließenden Interview der Studie wurden die Heim- und Pflegedienstleitung dazu befragt, wie sie rückwirkend die Prozessschritte bewerten und an welchen Stellen sie etwas anders machen würden. Insgesamt zeigte sich eine deutliche Zufriedenheit mit dem Vorgehen. Verbesserungsbedarf wird konstatiert: eine längere Vorbereitungszeit für die Konzeptentwicklung wäre hilfreich gewesen; umfangreicherer personeller Ausstattung wird als Wunsch formuliert. Die kontinuierliche Praxisbegleitung zur Vertiefung der Kompetenzen ist ein ebenfalls genannter Themenbereich.

> *„Vielleicht hätte man sich ein* ***bisschen mehr Luft in der Vorbereitung zur Einarbeitung der Mitarbeiter für die Oase leisten können****. Das ist vielleicht ein Moment, den man selbstkritisch anführen kann. Aber von der Grundstruktur war das absolut der richtige Weg." (PD 12)*

Die Frage beziehungsweise der Wunsch nach einer besseren Personalausstattung schließt sich an, dem gegenüber steht die Frage nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

> *„Was ich eher als einen Themenbereich aufgreifen würde, ist die* ***personelle Ausstattung****. … Wir hätten uns eine andere personelle Besetzung gewünscht. … Es ist immer die Frage, welche Ressourcen stehen zur Verfügung. (PD 33)*

Als voranzutreibende Aufgabe wird die Praxisbegleitung der Mitarbeiterinnen gesehen.

> *„Und es bedarf da halt permanenter Begleitung immer wieder bis es sitzt mit den kinästhetischen Transfers. … Und das ist eben auch das, wo ich momentan das strukturelle Differenziell sehe, das ist nicht so in der Form, wie es eigentlich laufen sollte.“ (PD 33)*

Die Schulungen im Seniorenzentrum Holle sind überwiegend als Inhouse-Schulungen organisiert, die durch eine Praxisbegleitung zur Vertiefung flankiert werden. Insgesamt wird der Prozess positiv bewertet.

Auch die frühe Einbindung der Angehörigen wird als wichtiger Schritt bewertet.

> *„Ich würde es nicht anders machen. Der Verlauf war OK, die Einbindung der Angehörigen wichtig.“ (PD 12)*

Im Zusammenhang mit der Angehörigenbegleitung und Konzeptentwicklung werden zwei weitere Aspekte thematisiert: Entscheidungsfindung bei Krankenhausbehandlung und Sterbebegleitung.

> *„Also, die Grundmaxime ist immer **bei Entscheidungen wie Krankenhausbehandlung**, **ohne die Angehörigen und die Betroffenen läuft gar nichts** und natürlich auch ohne den Arzt nicht. Das zweite ist die Frage, ob es irgendwelche Verfügungen vom Bewohner gibt, die hinterlegt sind. … Ich denke, es kommt auch auf die individuelle Situation an, die sich darstellt, die dann auch zu bewerten. … da haben wir noch einen **deutlichen Verbesserungsbedarf** … einen schriftlichen Standard zu diesem Aspekt zu schaffen, ist eigentlich unsere Hausaufgabe.“ (PD 12)*

Entscheidungsfindungsprozesse in schwierigen Situationen zu unterstützen sehen die Heim- und Pflegedienstleitung als entwicklungsnotwendigen Punkt. Die Diskussion um ethische Handlungsmaximen und rechtliche Notwendigkeiten ist damit verbunden, dass es keine Pauschallösungen gibt, sondern Entscheidungen immer einzelfallbezogen getroffen werden müssen. Zum Thema Sterbebegleitung wurde im Seniorenzentrum Holle bereits eine Empfehlung erarbeitet. So erfolgt das Abschiednehmen von verstorbenen Bewohnerinnen nicht anonym, sondern es wird ein Bild von jeder Person im Treppenhaus aufgehängt. Die Handlungsleitlinien zu Sterbegleitung und Trauerarbeit sind jedoch nicht abgeschlossen.

> *„Wir haben einen **Standard zur Begleitung sterbender Menschen**, angepasst hier aufs Haus. Letztendlich ist das aber ein Thema, wo wir noch lange nicht am Ende sind.“ (PD 2)*

Anregungen für andere Pflegeoasen

Aus den praktischen Erfahrungen mit der Pflegeoase werden Empfehlungen für andere interessierte Einrichtungen abgeleitet, die in der folgenden Tabelle zusammengefasst sind.

Anregungen für andere Pflegeoasen	
Angebotsspektrum der Einrichtung	Pflegeoase als Weiterführung des Angebots, Bedarf entwickelt sich aus Prozess heraus, Nischenangebot für spezifische Zielgruppe
Zielgruppe	Demenzerkrankte Bewohner mit hohem Pflegebedarf, Härtefall, mit eingeschränkter Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit
Baulich	Nutzungsoffenes Bauen
Belegung	Interne Belegung – nicht von außen, Bewohner sollten vorher bekannt sein
Mitarbeiterqualifikation	Auswahlkriterien: Pflege- und Lebenserfahrung, Fachwissen in den Konzepten Integrative Validation, Kinästhetik, Basale Stimulation, Bobath Ansatz
Konzeptentwicklung	Frühzeitige Einbindung der Angehörigen

45. Tabelle: Anregungen für andere Pflegeoasen

Zunächst gilt es zu klären, für welche Einrichtungen eine Pflegeoase ein geeignetes Versorgungsangebot darstellt. Die Pflegeoase wird als Nischenangebot für eine ganz spezifische Zielgruppe verstanden. Daher sollte eine Einrichtung prüfen, ob sie auch die geeignete Klientel für eine Pflegeoase im Haus betreut. Es wird empfohlen, der Bedarfsentwicklung seitens der Bewohnerinnen zu folgen und nicht eine Pflegeoase bereits bei Neubau mit zu planen. Vielmehr werden mehr Vorteile im nutzungsoffenen Bauen gesehen, das flexible Lösungen ermöglicht.

> *„Ich habe Anfragen gehabt, die **bauen jetzt ein Heim neu und wollen gleich mit die Oase bauen**. … **Ich glaube nicht, dass man … von Anfang eine Oase mit konzipieren kann**. Ich würde mal sagen von der **Architektur**, die sollen **wenig tragende Wände** haben, am Besten gar keine, auf Säulen bauen und sollen Doppel- oder Einzelzimmer machen … wenn sich der **Bedarf aus der Bewohnerstruktur heraus entwickelt** und man meint, das ist das richtige Angebot, dann kann man einfach diese Wände wegklappen und macht aus diesen Zimmern den Raum, den man dann entsprechend mit Trockenbauwänden akzentuiert zu einer Oase.“ (PD 15)*

Zur Zielgruppe der Pflegeoase wird eine klare Position vertreten.

> *„**Der Härtefall dokumentiert ja** … es sind Menschen in der letzten Lebensphase mit einem **deutlich höheren Pflegeaufwand** als er normal in der Pflegestufe 3 ist. Und **das ist für mich einfach die Richtung, für wen konzipieren wir das Angebot**.“ (PD 15)*

Die Eingruppierung als Härtefall belegt den hohen Pflegeaufwand und zeigt die eingeschränkten Fähigkeiten dieser Zielgruppe zur Selbstpflege. Für einige Einrichtungen stellt die

Einstufung als Härtefall eine Herausforderung und Hürde dar. Eine Besonderheit, die das Seniorenzentrum Holle im Rahmen einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) erwirkt hat, bezieht sich darauf, dass das tägliche zusätzliche Entgelt von 8,42 Euro nicht – wie in Niedersachsen sonst üblich – an die Angehörigen sondern an die Einrichtung ausgezahlt wird, die die Leistung erbringt. Ein weiterer nennenswerter Aspekt steht im Zusammenhang mit der Zielgruppe und Belegung.

> *„Wir sagen **Menschen, die wir ganz lange kennen** oder selbst wenn sie im Krankenhaus waren und wieder zurückkommen, da müssen wir erst mal schauen, wie hat sich der Mensch verändert. … weil ich denke, das ist schon auch eine Verpflichtung für einen als Institution die **Gruppenfähigkeit muss da sein**." (PD 15)*

Zu den Menschen, die in die Pflegeoase einziehen, sollte bereits eine Beziehung bestehen; die Einrichtung sollte mit der Lebensgeschichte vertraut sein, um persönliche Bedürfnisse einschätzen und die Gruppenfähigkeit bewerten zu können. Auch bei Veränderungen des Allgemeinzustandes – wie er nach einem Krankenhausaufenthalt der Fall sein kann – wird geprüft, wie die aktuelle Situation der Bewohnerin ist. Zusammenfassend steht hier der Aspekt Beziehungsaufbau im Mittelpunkt, damit Bedürfnisse entsprechend eingeordnet werden können.

Die Hintergründe zur Auswahl der Mitarbeiterinnen und welche Anforderungen an deren Qualifikation gestellt werden verdeutlichen die beiden nächsten Zitate.

> *„Zum einen ist **langjährige Pflegeerfahrung** für uns wichtig, … sie ist vertraut mit Krankheitsbildern, hat da **keine Berührungsängste** oder Vorbehalte. Unser Verständnis war, es arbeiten da zurzeit alles reife **Frauen im mittleren Alter**, die zum Teil auch **zu Hause gepflegt haben**, die eine **Empathiefähigkeit** haben, die einfach ein ganz warmer Mensch ist. Wie Mutter, an die kann man sich anlehnen." (PD 2)*

Diese Erläuterungen beschreiben die Anforderungen an die Sozialkompetenzen, in der folgenden Aussage vertiefen sich die Anforderungen an die Fachkompetenz.

> *„Das haben wir ganz klar gesagt, die müssen alle in die **Basale Stimulation,** alle in die **Integrative Validation** … um Aspekte der inneren Haltung zu schulen. Die sollen alle in der **Kinästhetik** geschult sein und zum **Bobath Konzept**. Das müssen die mitbringen beziehungsweise von uns geschult werden." (PD 12)*

Es wird nicht erwartet, dass die Pflegenden diese Fähigkeiten alle vorweisen, sondern mit Fortbildungsangeboten wird dafür gesorgt, dass die Mitarbeiterinnen, sich mit den entsprechenden Kompetenzen rüsten können. Als ein wichtiges Element in der Prozessentwicklung der Pflegeoase wird auch das frühzeitige Einbeziehen der Angehörigen benannt, damit kein Angebot geschaffen wird, das an den Bedürfnissen vorbeigeht und nicht akzeptiert wird.

5. Zusammenfassung und Diskussion der Studienergebnisse

Problemdarstellung

Die Pflegeoase ist ein neues Versorgungskonzept für die Betreuung einer spezifischen Zielgruppe: Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz und schwerster Pflegebedürftigkeit. Das Seniorenzentrum Holle ist eine Alteneinrichtung, die sich auf die Betreuung von Menschen mit Demenz spezialisiert hat. Der Antrieb zur Entwicklung der Holler Pflegeoase war die Unzufriedenheit mit der Versorgungssituation der Zielgruppe. Pflegebedürftigkeit bestimmte den Alltag der Bewohnerinnen: sie verbrachten viel Zeit im Bett, überwiegend allein in ihrem Zimmer. Kontakte fanden überwiegend tätigkeitsbezogen statt, das heißt Pflegende kamen zur Körperpflege, zum Essenanreichen, zum Lagerungswechsel usw. ins Zimmer. Die Bewohnerinnen hatten wenig Gelegenheit zur sozialen Teilhabe in der Gemeinschaft und drohten in ihren Zimmern zu vereinsamen. Diese Ausgangssituation hat das Seniorenzentrum Holle bewogen, neue Wege zu gehen. Ergebnis war die Konzeptentwicklung und Umsetzung der Pflegeoase.

Die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle hat zum Ziel, bis zu sechs Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung mit schwerer körperlicher Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe III+), stark eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit und starker Einschränkung der selbständigen Bewegungsfähigkeit zu betreuen. Dieser Personenkreis ist auf die vollständige Übernahme der ADLs durch Dritte angewiesen und in der Befriedigung sozialer, psychologischer und spiritueller Bedürfnisse sowie bei der Realisierung von Wohlbefinden von Dritten abhängig.

Als Versorgungsform unterscheidet sich die Pflegeoase von anderen Versorgungsformen im stationären Bereich in erster Linie durch ihr Raumprogramm. Die Lebenswelt für Menschen mit Demenz in dieser Lebensphase ist die unmittelbare Umgebung, die Nachbarschaft zum Mitbewohner sowie die Beziehung zum Pflegeteam. Es wird davon ausgegangen, dass das gemeinschaftliche Leben in einer Pflegeoase dem Bedürfnis nach Nähe, nach vertrauter übersichtlicher Gemeinschaft und Beziehung entgegenkommt und zu positiven Effekten bei den Bewohnerinnen führt.

Um eine empirische Datenbasis zu schaffen und die praktischen Erfahrungen in und mit einer Pflegeoase systematisch zu untersuchen, hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitfor-

schung mit einer einjährigen Laufzeit bei der Demenz Support Stuttgart gGmbH in Auftrag gegeben und finanziell gefördert. Zur Umsetzung dieser neuen Versorgungsform, wurde mit dem Ministerium eine Ausnahmeregelung im Rahmen des Heimgesetzes sowie die Anwendung einer Experimentierklausel von vier Jahren vereinbart. Die Pflegeoase hat damit den Status eines Modellprojekts.

Ziel der Studie

Das Ziel der Studie war es, die subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der Pflegeoase aus unterschiedlichen Perspektiven (Angehörige, Mitarbeiterinnen, Bewohnerinnen) zu evaluieren, um empirische Erkenntnisse zu dieser neuen Versorgungsform zu generieren. Darüber hinaus war das Erkenntnisinteresse darauf gerichtet, basierend auf den Forschungserkenntnissen Qualitätskriterien für das Versorgungskonzept Pflegeoase abzuleiten.

Die leitenden Forschungsfragen dieser Studie lauteten:

- Wie erleben und bewerten die unterschiedlichen Akteure die Pflegeoase?
- Welche Beobachtungen zur Bewohnersituation können beschrieben werden?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus dem Datenmaterial in Bezug auf Qualitätskriterien einer Pflegeoase ableiten?

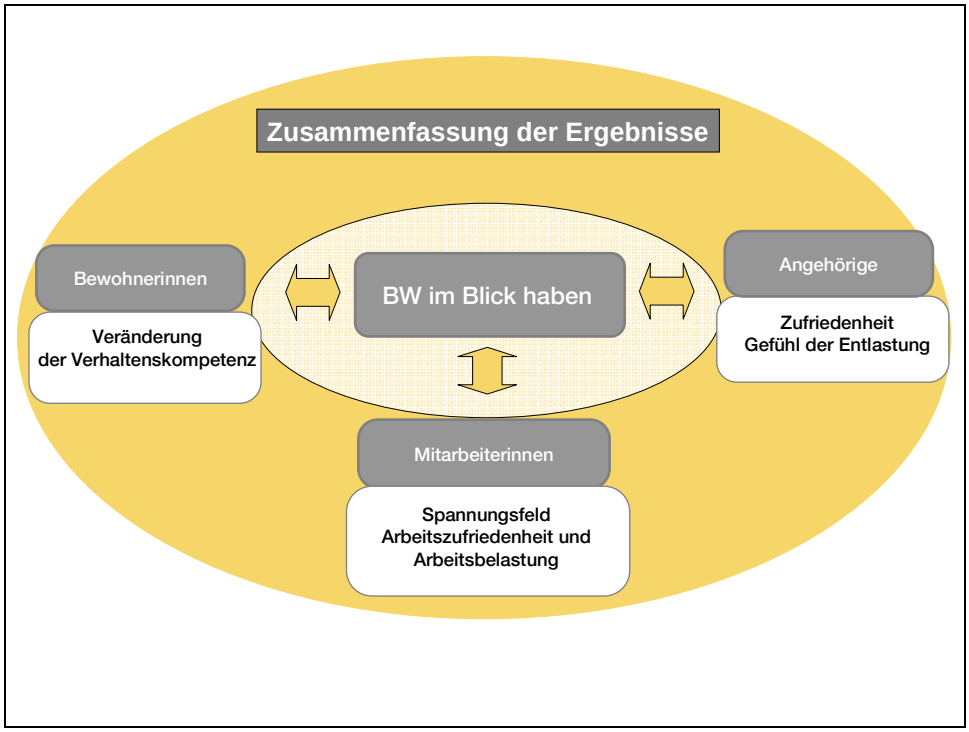
Forschungsdesign

Aufgrund des fehlenden wissenschaftlich basierten Kenntnisstandes zu dieser Versorgungsform, ist die Studie als Pilotstudie am Einzelfall der Pflegeoase Seniorenzentrum Holle konzipiert. Für die Evaluation wurde ein deskriptiver Forschungsansatz mit qualitativem und quantitativem Methodenrepertoire (teilstrukturierte Interviews, teilnehmende Beobachtungen, Erfassung von Umweltfaktoren, Dokumentenanalyse etc.) gewählt. Zur Analyse der Interviews wurde auf den Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zurückgegriffen. Beschreibende statistische Auswertungsverfahren dienten zur Analyse der Kontaktzeiten und Umweltfaktoren, der Wegstrecken, Temperatur- und Luftfeuchtigkeit sowie zur Verlaufsdarstellung des Body Maß Index.

Diese Methodenauswahl ermöglicht eine detaillierte Verlaufsbeschreibung der Einzelfälle beziehungsweise der Bewohnersituation und die Darstellung der verschiedenen Akteursperspektiven. Mit dem Design einer Evaluationsstudie (Pilotstudie) ohne randomisierte Vergleichsgruppe ist die Übertragbarkeit der Erkenntnisse sowie die Vergleichsmöglichkeit der Daten von vornherein eingeschränkt. Daher ist diese Studie als erster Schritt zum forschungsbasierten Erkenntnisgewinn zur neuen Versorgungsform Pflegeoase anzusehen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus dem umfassenden Datenmaterial konnte folgende Zusammenfassung der Ergebnisse abgleitet werden (siehe Grafik). Als wichtiger Einflussfaktor auf das Erleben und Bewerten einer Pflegeoase hat sich die Mitarbeiterpräsenz herausgestellt, die es ermöglicht, die Bewohnerinnen im Blick zu haben und unmittelbar auf ihre Bedürfnisse reagieren zu können. Diese Bewertung teilen sowohl Angehörige als auch Mitarbeiterinnen.



28. Grafik: Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei den Bewohnerinnen zeigen sich im Verlauf der Evaluation Veränderungen der Verhaltenskompetenz:

- gesteigertes Aufmerksamkeitsniveau: Zunahme der Dauer und Häufigkeit geöffneter Augen, vermehrter Blickkontakt, Bewohnerinnen folgen den Mitarbeiterinnen im Raum mit den Augen, Bewohnerinnen sprechen vermehrt, sie reagieren auf Ansprache, Fragen von anderen Personen im Raum
- verbesserte Ernährungssituation: Abnahme von Problemen bei der Nahrungsaufnahme, Zusammenpressen des Mundes weniger häufig, Entwicklung bis hin zum Öffnen des Mundes
- positive Entwicklung zeigt sich am Verlauf des BMI
- Abnahme der Muskelanspannung, des Muskeltonus

Im Bereich Mobilität kann konstatiert werden, dass sich die Bewegungsfähigkeit der Bewohnerinnen verringert hat. Die täglichen Mobilisierungen können nur mit Unterstützung von einer oder zwei weiteren Kolleginnen umgesetzt werden. Bei der Erfassung

der Unterstützungsleistungen durch Mitarbeiterinnen des Wohnbereichs A zeigt sich, dass bei einem täglichen Zeitaufwand von 17 Minuten in der Pflegeoase mehr die Transfers und weniger die Mobilisierung im Mittelpunkt stehen.

Aus Sicht der Angehörigen zeichnet sich im Erleben und Bewerten der Pflegeoase eine Entwicklung ab, die von äußerster Zufriedenheit geprägt ist und in ein Gefühl der Entlastung mündet. Als elementaren Qualitätsfaktor der Pflegeoase benennen Angehörige die Präsenz der Mitarbeiterinnen. Auf diese Weise sind ihre Familienmitglieder im Blick der Pflegenden, die so unmittelbar auf Bedürfnisse reagieren können. Diese kontinuierliche Präsenz bedeutet auch für die Angehörigen, dass sie begleitet werden. Sie haben immer eine Ansprechpartnerin vor Ort, sind in den Pflegeprozess eingebunden und werden in kritischen Lebenssituationen begleitet. Abschließend empfehlen die Angehörigen dieses Versorgungskonzept auch für andere Einrichtungen – unter der Voraussetzung dass entsprechende Qualitätskriterien eingehalten werden. Eine wichtige Basis für die Zufriedenheit der Angehörigen ist die notwendige Kontinuität in der Personalbesetzung und das hohe Engagement des Oasen-Teams.

Für das Team bedeutet die Arbeit in der Pflegeoase eine ständige Herausforderung, um die Balance zwischen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung auszutarieren. Körperliche und psychische Belastungsfaktoren stehen folgenden positiven Aspekten gegenüber: es besteht die Möglichkeit, bedürfnisorientiert zu arbeiten; es gibt Spielraum, die Arbeitsabläufe innerhalb der Pflegeoase autonom zu gestalten; Pflegende haben das Gefühl, einer sinnvollen Arbeit nachzugehen. Durch die Präsenz der Pflegenden bauen sich vertraute Beziehungen zu den Bewohnerinnen auf. Die Mitarbeiterinnen beschreiben, wie diese Bindung einerseits ihre Verlustangst verstärkt und sie andererseits positiv bestätigt, weil sie gelernt haben, wie sie bei jeder Bewohnerin individuell reagieren und agieren können. Förderliche Rahmenbedingungen wie eine kontinuierliche Begleitung durch die Führungsebene, klare Absprachen und transparente Entscheidungswege können das Pflegeteam zusätzlich unterstützen. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Pflegequalität in der Oase und auch auf die Zustimmung der Angehörigen.

Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluationsstudie tragen zur Verdichtung des Wissens und zu einem besseren Verständnis der Versorgungsform Pflegeoase bei. Die Untersuchung liefert umfassendes empirisches Datenmaterial zum Erleben und Bewerten einer Pflegeoase aus Perspektive der beteiligten Akteure.

Bewohnerinnen: Ressourcen entfalten können

Für die Bewohnerinnen lassen sich Veränderungen beschreiben und positive Entwicklungen konstatieren. Bestandteil dieser Veränderungen sind ein erhöhtes Aufmerksamkeitsniveau, das sich in nonverbalen und verbalen Reaktionen zeigt (Blickkontakt, verbale Äußerungen), ein entspannterer Muskeltonus und verändertes Essverhalten. Im Gewichtsverlauf lassen sich diese Entwicklungen nachvollziehen. Es ist möglich, dass diese Ressourcen auch zuvor vorhanden waren, aber nicht wahrgenommen wurden oder nicht zur Entfaltung kamen. Auch sei angemerkt, dass mit dieser Studie nicht nachgewiesen werden kann, ob diese Veränderungen ausschließlich mit der Betreuung in der Pflegeoase zusammenhängen. Im Bereich Mobilität kann ein zunehmender Funktionsverlust beschrieben werden. Die Betreuungssituation mit einer Mitarbeiterin in der Oase ermöglicht zwar vielfältige Kontakte; für die Mobilisierung der Bewohnerinnen sind jedoch Absprachen an den Schnittstellen notwendig, um Unterstützung anzufordern. Dies kann als Erklärungsversuch dafür angeführt werden, warum es zu dem Funktionsverlust kam. Auf Kontaktbedürfnisse wird in der Pflegeoase unmittelbar reagiert, was an der Häufigkeit deutlich wird (im Tagdienst 8 Kontakte in Wohnbereich A; 34 Kontakte in der Pflegeoase). Verschiedene Veröffentlichungen heben die Bedeutung von Bindung und Kontakt für diese Personengruppe hervor. Auer und Reisberg (2006) führen an, dass Menschen in fortgeschrittenen Stadien einer Demenzerkrankung Stress erleben, wenn sie längere Zeit allein, also ohne Begleitung sind.

Angehörige: sind mit der Pflegeoase zufrieden

Die Ergebnisse zeigen, dass die Angehörigen mit der Pflegeoase sehr zufrieden sind. Wesentlicher Qualitätsfaktor und Motivation zur Zustimmung für eine Betreuung in der Pflegeoase ist die Präsenz der Mitarbeiterinnen, die es ermöglicht, die Bewohnerinnen im Blick zu haben und ummittelbar auf ihre Bedürfnisse zu reagieren. Zum Teil wurde die Inbetriebnahme der Pflegeoase herbeigesehnt, weil die Angehörigen mit der vorangegangenen Betreuungssituation nicht zufrieden waren. Insbesondere die drohende Vereinsamung der Bewohnerinnen bereitete ihnen Sorgen. Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass sich die Gemeinschaft in der Pflegeoase auf die Angehörigen entlastend auswirkt. Dies wird zum einen darauf begründet, dass sie sich keine Sorgen darüber mehr machen müssen, ihre Familienmitglieder nach Beendigung des Besuchs allein zu lassen. Zum anderen entwickelten die Angehörigen Vertrauen zu den Pflegenden und nahmen die Art und Weise der Betreuung bei ihren Besuchen unmittelbar wahr. Dieser Prozess bewirkte, dass sie beim nach Hause gehen kein schlechtes Gewissen mehr hatten.

Allgemein entstehen für pflegende Angehörige zunächst neue Belastungen nach dem Umzug eines Familienmitgliedes in eine Pflegeeinrichtung: Die Entscheidung ist von Unsicherheit, Schuld- und Verantwortungsgefühlen begleitet. Zarit & Gaugler (2006) beschreiben, dass der Eintritt in ein Pflegeheim von Angehörigen individuell unterschiedlich empfunden wird. Während einige Entlastung und Befreiung empfinden, steigt für andere der emotionale Druck sogar deutlich an. Insbesondere herrscht bei Angehörigen oft große Verunsicherung darüber, welche Aufgaben und Pflichten sie in einer Pflegeeinrichtung übernehmen können oder sollen (Caron et al. 2005a). Lucero (2004) berichtet, dass Angehörige Besuche im Heim nicht selten mit Adjektiven wie „gefürchtet“, „zermürbend“ oder „zunehmend unerträglich“ umschreiben, was sie darauf zurückführt, dass Angehörige nicht wissen, mit welchen Tätigkeiten sie die Besuchszeiten sinnvoll füllen könnten oder dürfen. Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass die Angehörigen in der Pflegeoase ihren Wünschen entsprechend in den Pflegeprozess eingebunden sind: sie haben während ihrer Besuche eine Aufgabe. Die Präsenz der Pflegenden bedeutet auch für sie, dass sie kontinuierlich Ansprechpartner vor Ort haben, die sie begleiten und auf ihren Gesprächsbedarf eingehen.

Gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung sind wichtige Elemente im Kommunikationsprozess und bei der Vertrauensbildung zwischen Angehörigen und Mitarbeiterinnen. Der Aufbau einer lebendigen Kommunikation – so formuliert es der kanadische Ratgeber „Living Lessons“ (Canadian Hospice Palliative Care Association 2002) – ist unverzichtbar für die physische und emotionale Gesundheit pflegender Angehöriger und trägt dazu bei, Entscheidungsprozesse deutlich zu erleichtern. In einer kanadischen Studie beschreiben Caron et al. (2005a) vier Kriterien, die den Kontakt zwischen Angehörigen und dem Betreuungsteam maßgeblich bestimmen:

Beziehungsqualität: Familien fordern eine persönliche Beziehung zu Ärzten und Pflegenden und erwarten Interesse an ihrer individuellen Situation und großes Einfühlungsvermögen.

Kontaktfrequenz: Angehörige wünschen sich regelmäßige Gesprächstermine mit dem Pflegeteam, um sich über den Krankheitsverlauf ihres Angehörigen zu informieren und Fragen zu klären.

Übereinstimmende Werte: Wenn die moralischen Werte von Angehörigen und Pflegeteam übereinstimmen, erleichtert dies schwierige Entscheidungsprozesse, vor allem am Lebensende.

Vertrauen: Wenn Familien davon überzeugt sind, dass das Team im Pflegeheim ihrem Angehörigen die bestmögliche Betreuung zukommen lassen möchte, kann ein Klima

des Vertrauens entstehen. Dabei unterschieden Caron et al. (2005a) zwischen „bestehendem Vertrauen“, das Angehörige dem Betreuungsteam aufgrund seines medizinischen oder pflegerischen Fachwissens entgegenbringen und „erworbenem Vertrauen“, das Angehörige erst langsam durch Beobachtungen und Gespräche mit dem Team entwickeln (Müller 2007).

Die Auswertung der Sichtweisen der Angehörigen spiegelt drei der genannten Aspekte wider. Durch den engen Kontakt mit den Mitarbeiterinnen der Pflegeoase ist die Kontaktfrequenz gewährleistet und die Informationen zum Verhalten und zur Situation der gepflegten Person fließen ohne Terminvereinbarung einfach während der Besuchszeit. Angehörige geben aber auch Informationen aus dem Lebenszusammenhang an die Mitarbeiterinnen weiter und nutzen die Möglichkeit, ihre individuelle Situation zu beschreiben. Die Beziehungsqualität zwischen Angehörigen und Team ist von Vertrauen gekennzeichnet.

Die Angehörigen empfehlen das Versorgungskonzept auch für andere Einrichtungen – unter der Voraussetzung, dass entsprechende Qualitätskriterien eingehalten werden. Eine wichtige Basis für die Zufriedenheit der Angehörigen ist die notwendige Kontinuität in der Personalbesetzung und das hohe Engagement des Oasen-Teams. Diese beiden Einflussfaktoren bilden demnach die Stärken beziehungsweise Schwächen im System; sie gilt es bei der Umsetzung einer Pflegeoase insbesondere zu berücksichtigen.

Mitarbeiterinnen: Im Spannungsfeld von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung

Für die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase lässt sich ein Spannungsfeld beschreiben, das sich zwischen den Polen Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit aufbaut. Das Allein-Arbeiten ist für das Team ein prägendes Merkmal der Pflegeoase. Diese Situation bedeutete für sie zum einen, wenig Kontakt zu Kolleginnen zu haben, sich wenig austauschen zu können. Zum anderen sehen sie den Wert ihrer Tätigkeit insbesondere darin, dass sie ihre Arbeit an den Bewohnerbedürfnissen orientieren können und Spielraum haben, um frei über die Organisation des Arbeitsablaufs zu entscheiden (Entscheidungsautonomie). Insgesamt kommt das Team zu dem Ergebnis, in seiner Arbeit Sinn zu finden, was wiederum förderlich für die Arbeitszufriedenheit ist. Die besondere Herausforderung der Arbeit in der Pflegeoase verdichtet sich im Bereich der Kommunikation.

In der Literatur wird diese Anforderung von verschiedenen Autoren unterstrichen. Professionell Pflegende, die mit der Betreuung von Menschen mit Demenz betraut sind, erleben den täglichen Umgang und die Interaktion mit den Betroffenen meist als belastend. Sie sind in ihrer Tätigkeit darauf angewiesen, einen Kontakt zu den Personen herzustellen, um pflegerische Handlungen durchführen zu können, benötigen aber auch eine Rückmeldung, um den Erfolg ihrer Intervention einschätzen und bewerten zu können. Es entstehen vielfach Schwierigkeiten bei der Interpretation des kommunikativen Verhaltens von Menschen mit Demenz, was bei Pflegenden Stress, emotionalen Rückzug und ethische Konflikte zur Folge haben kann (Berg et al. 1998). Pflegende artikulieren häufig Gefühle der Frustration (Lee 1991) und Hilflosigkeit (Schröder 1999) oder können in ihrer Tätigkeit keinen Sinn mehr sehen (Ekman et al. 1991). Besonders der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen und dem Verlust kommunikativer Fähigkeiten macht die Pflege demenzerkrankter Menschen zu einer anspruchsvollen und extrem belastenden Aufgabe (Renneke 1995, Algase et al. 1996). Weidert (2007) beschreibt, dass Pflegende einen Kommunikationsmangel erleben und das Fehlen von verbalem Respons und verbaler Anerkennung das Gefühl des Ausgebranntseins und der fehlenden Wertschätzung verstärken kann.

Die Ergebnisse zur Sichtweise des Pflegeoasen-Teams bestätigen die soeben dargelegte Bedeutung der Kommunikation. Als belastend erleben die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase den Mangel an, aber auch Störungen in der Kommunikation. Sie erhalten von den Bewohnerinnen nur geringe verbale Rückmeldungen: Diese eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit erlebten sie zum einen als nachteilig, zum anderen wurden nonverbale Äußerungen der Bewohnerinnen jedoch als Fähigkeiten verstanden und als positive Rückmeldung im Pflegeprozess wahrgenommen. Als negative Elemente in der Kommunikation wurden darüber hinaus die geringe Austauschmöglichkeit mit den Kolleginnen, die uneinheitlichen Absprachen an den Schnittstellen sowie die hohen Anforderungen in komplexen Pflegesituationen thematisiert. Defizite in den Absprachen führten zu Unsicherheiten in den Arbeitsabläufen. Dieser Kritik stehen auch positive Bewertungen gegenüber: Das Allein-Arbeiten bietet die Möglichkeit, den Tagesablauf individuell an Bewohnerbedürfnissen (und nicht an Arbeitsablaufprozessen) zu orientieren; das eigene Tun autonom ohne ständige Rückkopplung mit einem Team zu gestalten. Auch die Konfrontation mit und das Handeln in komplexen Pflegesituationen wird zum Teil positiv erlebt und konnte durch Fachkompetenz bewältigt werden. Fachkenntnisse sind notwendig, um in einer Pflegeoase qualitätsvoll zu arbeiten und um zufrieden stellend für sich selbst handeln und agieren zu können. Dabei sind Kenntnisse im Bereich der Palliativpflege (Schmerzmanagement, Symptommanagement usw.) eben-

so gefragt Kenntnisse zur Basalen Stimulation, Kinästhetik, Ernährung bei Menschen mit Demenz oder Dekubitsprophylaxe und -behandlung.

Körperliche und psychische Belastungsfaktoren können zu einem Burnout-Syndrom führen. Insbesondere durch Überbelastung, mangelnde Einflussnahme auf die Arbeitsabläufe und fehlende Anerkennung wird die Entwicklung eines Burnout-Syndroms forciert (Pines et al. 1985, Jenuell 2008). Seiler (1998) beschreibt Studienergebnisse einer groß angelegten Studie im Gesundheitsbereich, in der als Hauptbelastung die mangelnde Autonomie und die mangelnde Klarheit der Erwartungshaltung festgestellt werden konnte. Herder (2007) untermauert dies mit der Aussage, dass auch Arbeitsbedingungen, die von hierarchischen Strukturen, institutionell vorgegebenen Handlungszwängen, Konkurrenz innerhalb des Teams und mangelnder persönlicher Einflussnahme geprägt sind, die Entstehen eines Burnout-Syndroms begünstigen. In einer aktuelle Studie von Jenull et al. (2008) wurden die Burnout- und Coping-Strategien österreichischer Altenpflegerinnen (n=137) in zwei verschiedenen Bundesländern Österreichs untersucht: Die Arbeitsbedingungen erwiesen sich als Hauptbelastungsfaktor. Konkret wurden der enorme Zeitdruck, Personalmangel, geringe Mitgestaltungsmöglichkeiten von allen Studienteilnehmerinnen als höchst belastend erlebt. Die dargelegten Belastungsfaktoren finden sich zum Teil in den Beschreibungen des Pflegeoasen-Teams wieder. Als Mehrwert und positives Element der Pflegeoase kann der Gestaltungsfreiraum des Teams, das heißt die Einflussnahme auf den jeweiligen Arbeitsablauf skizziert werden, der den Bewohnerbedürfnissen folgt. Diese Autonomie trägt zur Arbeitszufriedenheit bei.

Als abschließende Bewertung und kondensierte Zusammenfassung der Studienergebnisse lässt sich festhalten, dass die Gestaltung der sozialen Umwelt in der Pflegeoase als Qualitätsfaktor Nummer eins angesehen wird. Die Pflegenden sind präsent, können die Bewohnerinnen im Blick haben und unmittelbar auf ihre Bedürfnisse reagieren. Die bauliche Umwelt wird grundlegend positiv bewertet, insbesondere der Balkon sorgt für eine angenehme Atmosphäre. Kritik wird hingegen an dem beengten Platzangebot der Pflegeoase geäußert. Verbesserungsvorschläge zielen darauf ab, eine Sitzecke für Angehörige und Bewohnerinnen zu schaffen, auch das Einrichten eines Pflegebads erscheint sinnvoll. Im Kontext der organisatorischen Rahmenbedingungen ist Weiterentwicklungsbedarf zur Ablauforganisation zu erkennen. Schnittstellen bedürfen der weiteren Abstimmung aufeinander, die Regelung der Pausenzeiten und die Überlappungszeiten der Pflegenden sollten geprüft werden. Da die Personalkontinuität und das Engagement der Mitarbeiterinnen wichtige Einflussfaktoren zur Zufriedenheit der An-

gehörigen darstellen, gilt es, insbesondere diese sensiblen Aspekte bei der Umsetzung einer Pflegeoase zu berücksichtigen. Das heißt auch, der Begleitung des Teams durch die Führungsebene und in Form von externer Begleitung (Supervision) kommt eine wichtige Bedeutung zu. Um in einer Pflegeoase mit der untersuchten Zielgruppe arbeiten zu können, sind umfangreiche Fachkenntnisse (Schmerzmanagement, Palliative Pflege, Basale Stimulation, Kinästhetik, Bobath Konzept, Validation usw.) notwendig. Es ist Aufgabe der Einrichtungen, den Mitarbeiterinnen den Erwerb sowie das Erproben ihrer Erfahrungen in der Praxis zu gewährleisten.

5.1 Methodische Diskussion

Mit dieser Pilotstudie konnten erste forschungsbasierte Ergebnisse zur Versorgungsform Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle generiert werden. Diese Erkenntnisse weisen in der Tendenz auf positive Auswirkungen für die Bewohnerinnen hin. Auch die Einschätzungen der Angehörigen geben hohe Zufriedenheit wieder. Die Situation der Mitarbeiterinnen ist ambivalent, hier gilt es, in weiterführenden Studien die Langzeiteffekte auf das Belastungserleben der Pflegenden zu evaluieren.

Mit dem Design einer Evaluationsstudie (Pilotstudie) ohne randomisierte Vergleichsgruppe sind die Übertragbarkeit der Erkenntnisse sowie die Vergleichsmöglichkeit der Daten von vornherein eingeschränkt. Daher ist diese Studie als erster Schritt zum forschungsbasierten Erkenntnisgewinn zur neuen Versorgungsform Pflegeoase anzusehen. Weiterer Forschung ist notwendig, um die Aussagen der Studie zu bestätigen beziehungsweise zu hinterfragen. In zukünftigen Studien sind das Mitführen von Vergleichsgruppen beziehungsweise eine größere Stichprobe (zum Beispiel Vergleichsstudie zu verschiedenen Konzepten mit unterschiedlicher Ausrichtung auf die Zielgruppe Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz) zu empfehlen.

Die Erkenntnisse der Studie lassen die Aussage zu, dass eine Förderung weiterer Pflegeoasen für den beschriebenen Personenkreis unter Anwendung einer Modellprojektklausel (Ausnahmeregelung und wissenschaftlichen Begleitung) und eines gut ausgearbeiteten Betreuungskonzepts für die Pflegeoase zu empfehlen ist. Im Konzept müssen kritische Fragen zum Vorgehen bei der Belegung, zur Wirtschaftlichkeit und zur Begleitung der Pflegenden thematisiert werden, um die Beweggründe der Betreiber für die Einrichtung einer Pflegeoase offen legen und bewerten zu können (Leitfragen zur Konzeptentwicklung siehe Ende des Berichts).

Da die Erfahrungen mit dem Versorgungskonzept Pflegeoase derzeit noch sehr rudimentär sind, ist konkreter Forschungsbedarf zu konstatieren (Ausführung der offenen Forschungsfragen zum Ende der Diskussion). Daher ist es zu begrüßen, dass weitere Forschungsvorhaben auf diesem Gebiet gefördert werden, denn nur so können durch weitere wissenschaftliche Begleitstudien die Erkenntnisse zur Versorgungsform Pflegeoase beziehungsweise zu alternativen Konzepten fundiert werden, um auf informierter Basis sozialpolitische Entscheidungen treffen zu können.

5.2 Studienergebnisse im Kontext der aktuellen Debatte zum Thema Pflegeoase

In diesem Kapitel wird diskutiert, welche Erkenntnisse die Studienergebnisse zur aktuellen Debatte um die Versorgungsform Pflegeoase beitragen können. Es werden folgende Aspekte beleuchtet: das Recht auf Gemeinschaft und Rückzug; die Pflegeoase als Rückschritt zum Mehrbettzimmer; Spezialisierung versus Integration in der Betreuung von Menschen mit Demenz.

Das Recht auf Gemeinschaft und Rückzug

Argumente pro und kontra Pflegeoase beschreiben das Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Gemeinschaft und dem Recht auf Wahrung von Privatsphäre und abgegrenztes individuelles Territorium. Letzteres ist der wesentliche Kritikpunkt gegen die Versorgungsform Pflegeoase.

Das stärkste Kontra-Argument gegen die Versorgungsform Pflegeoase betont, dass in einer Pflegeoase das Grundrecht auf Privatsphäre nicht ausreichend gewahrt und das individuelle Territorium auf das eigene Bett begrenzt sei. Die Möglichkeit zum Rückzug ins Private sei nicht ausreichend gegeben (Jonas 2007; Messmer 2008). Was aber bedeutet Privatheit und wie kann der beschriebene Personenkreis sie wahrnehmen? Dazu ein kurzer Exkurs: Privatheit ist ein soziokulturelles Phänomen der Neuzeit. Im Mittelalter hätten die Menschen nicht erklären können, was „Respektierung der Privatsphäre“ bedeutet. In der heutigen Zeit ist Privatsphäre ein hohes Gut. Erklärungsansätze dafür liefert Flade (2008). Sie beschreibt, dass Privatheit in unserer individualisierten Welt, die Funktion hat, ein autonomes Lebens zu ermöglichen und unabhängig von anderen agieren zu können. Kerngedanke ist demnach die Kontrolle beziehungsweise Wahlfreiheit sozialer Beziehungen. Zur Privatheit existieren viele Definitionen,

eine der wohl umfassendsten bietet Altman (1975). Er beschreibt sie als „selektive Kontrolle des Zugangs zum Selbst oder zu einer Gruppe“ und hebt damit die Entscheidung des einzelnen hervor, Zugang zu gewähren oder zu verweigern. Altman (1975) betont, dass Privatheit von individuellen Bedürfnissen abhängt und zeigt das Spannungsverhältnis von Allein- und Zusammensein auf. Fehlende Zugangskontrolle kann bedeuten, dass keine Rückzugsmöglichkeit vorhanden ist; die Folge ist Sozialstress durch ein Zuviel an Zusammensein. Wenn sich dagegen keine Möglichkeit des Zusammenseins bietet, ist die Folge Einsamkeit, ein Zuviel an Alleinsein. Ob das Bedürfnis des einzelnen Menschen nach Allein- oder Zusammensein im Vordergrund steht, hängt Flade (2008) zufolge von der sozialen Vorgeschichte ab.

Vertieft man die Pro-Thesen, die das Recht auf Gemeinschaft betonen, liegt es nahe, in diesem Zusammenhang die Zielgruppe der Pflegeoase zu betrachten. Ausgangspunkt für die Initiierung der Pflegeoase in Holle war eine Unzufriedenheit mit der damaligen Betreuungssituation der Zielgruppe schwer pflegebedürftiger Bewohner mit Demenz, die durch geringe Kontakte und lange Phasen des Alleinseins im eigenen Zimmer geprägt war. Ziel der Pflegeoase war es, der Einsamkeit entgegenzuwirken und die Kontaktdichte durch die kontinuierliche Präsenz der Mitarbeiterinnen zu erhöhen. Mit dem Start der neuen Versorgungsform wurde somit das Recht auf Gemeinschaft für die Bewohnerinnen der Pflegeoase eingelöst. Personen der Zielgruppe einer Pflegeoase sind schwer pflegebedürftig, auf die vollständige Übernahme der AEDLs durch Dritte angewiesen und in ihren Kompetenzen so stark eingeschränkt, dass sie – völlig unabhängig davon, in welcher Wohnform sie leben – selten in der Lage sind, autonom zu wählen, zu welchem Zeitpunkt sie an der Gemeinschaft teilhaben möchten und wann nicht. Daher muss auch diese Entscheidung stellvertretend durch Dritte getroffen werden. Wahlfreiheit kann der beschriebene Personenkreis, wenn überhaupt, dann nur über das Verhalten, über kleine nonverbale oder auch verbale Reaktionen äußern. Und eben diese Reaktionen – so beispielsweise Verweigerungshaltungen, die sich an Gesten wie einem zusammengepressten Mund zeigen – können durch die ständige Personalpräsenz in der Pflegeoase sensibler wahrgenommen werden als in anderen Wohnformen.

Die Studienergebnisse zeigen die Bedeutung von Bindung und Gemeinschaft für die untersuchte Zielgruppe der Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung eindrücklich auf. Nach Einschätzungen der Angehörigen steht das Bedürfnis nach Gemeinschaft im Vordergrund. Die Bewohnerinnen der Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle erlebten vor dem Umzug vermehrte Phasen des Alleinseins, für

ihre Angehörigen war dies mit emotionalem Stress verbunden. Vor diesem Hintergrund bewerten sie die Möglichkeiten der Gemeinschaft in der Pflegeoase als durchweg positiv. Reisberg et al. (2001) und Stuhlmann (2004) bestätigen in ihren Ausführungen die Bedeutung von Bindung, von Kontakt zur nahen Umwelt dieser Personengruppe. Volicer (2006) verdichtet dies in der Aussage, dass diese Menschen möglichst wenig allein gelassen werden sollten, um Ängsten und Einsamkeit vorzubeugen.

Kritik äußern Angehörige eher an dem beengten Platzangebot der Pflegeoase. In Besuchszeiten wurde zum Teil ein Gefühl von Enge empfunden, was mit der Anzahl der Personen und dem zu kleinen Raumangebot der Pflegeoase begründet wird. In der Literatur wird dieses Gefühl als „Crowding“ bezeichnet. „Crowding“ ist ein psychologisches Konzept, das das Gefühl von Enge in überfüllten Räumen beschreibt (Altman 1975). Es ist eine persönlich subjektive Reaktion auf zwischenmenschliche Prozesse. Wenn dichterer sozialer Kontakt eintritt als gewollt, ist der persönliche Raum verletzt; dies wiederum führt zu physischem und psychischem Stress. In diesem Zusammenhang wird des Weiteren kritisiert, dass in einer Pflegeoase das private Territorium, das heißt der individuelle Wohnraum der dort lebenden Menschen auf das Bett, eventuell noch auf den Nahbereich (der mit persönlichen Dingen gestaltet sein kann) begrenzt ist. Diese Begrenzung des Territoriums birgt folgende Gefahr: ein Mensch wird unter Umständen nicht mehr als Individuum wahrgenommen, wenn ihm Merkmale von Individualität genommen werden (Sowinski 2007). Das Territorium wird als räumlicher Bereich beschrieben, der dauerhaft oder temporär von einer Person oder Gruppe in Besitz genommen wird (Altman 1975). Auch hier lässt sich eine Abstufung geringer Kontrolle in öffentlichen Bereichen (etwa an Bushaltestellen) bis hin zu großer Kontrolle in privaten Räumen aufzeigen. Allgemein wird mit dem Leben in einer Institution das Erleben eingeschränkter Autonomie verbunden, Arbeitsabläufe bestimmen nicht selten die Tagesabläufe.

Die Diskussion wirft unbeantwortete Fragen auf: Hat das Bedürfnis nach Gemeinschaft Vorrang vor Rückzugsbedürfnissen? Wie werden sowohl das Bedürfnis nach Gemeinschaft und Teilhabe als auch das Wahren der Privatsphäre in verschiedenen Versorgungssettings für die beschriebene Personengruppe realisiert? An dieser Stelle sei die provokante Frage aufgeworfen, wie der beschriebene Personenkreis Privatsphäre überhaupt nachkommen kann – unabhängig von der Betreuungsform. Eine weitere offene Frage richtet sich an den Platzbedarf. Wie viel Platz benötigt jede Person in der Oase? Wie wird mit diesen Bedürfnissen in anderen Konzepten umgegangen? Zugespitzt wird diese Diskussion in der Frage, welche Art von Alteneinrichtungen politisch

und gesellschaftlich gefordert wird. Sind Pflegeheime als Lebensraum ohne eigenes Territorium (individuellen Wohnraum) denkbar beziehungsweise erstrebenswert oder geht es vielmehr darum, Pflegeheime als Lebensraum mit individuellen Rückzugsmöglichkeiten, mit geschützter Privat- und Intimsphäre, mit wählbarer Intensität sozialer Nähe zu schaffen? Ist dies eine Wunschvorstellung oder kompatibel mit der vorherrschenden Wirklichkeit in der stationären Altenhilfe?

Rückschritt in die Ära der Mehrbettzimmer?

Welche Motive können Einrichtungen zur Inbetriebnahme einer Pflegeoase leiten? Vorrangig sind zwei Gründe zu nennen: die Verbesserung der Betreuungssituation für schwerstpflegebedürftige Menschen in weit fortgeschrittenen Stadien einer Demenz und wirtschaftliche Interessen.

Mit der Entwicklung und Umsetzung der Pflegeoase in Holle wurde das Ziel verfolgt, die Lebenswelt den aktuellen Bedürfnissen der Zielgruppe anzupassen, um der Einsamkeit entgegenzuwirken (Dürrmann 2007a). Daher ist es eine logische Schlussfolgerung, dass die Kernmerkmale der Versorgungsform Pflegeoase zum einen das gemeinschaftliche Leben in überschaubaren Räumlichkeiten und zum anderen die Präsenz der Mitarbeiterinnen sind. Insbesondere das Raumkonzept sorgt für Kritik. Es wird befürchtet, dass sich damit Anstaltselemente der ersten Pflegeheimgeneration wieder verbreiten. Viel Energie und Anstrengung wurde aufgebracht, um Einzelzimmerlösungen in der Altenpflege umzusetzen. Daher ist gerade in Bezug auf diesen Punkt die Sorge zu erkennen, dass über den Weg der Pflegeoasen, die großen Schlafsäle und Mehrbettzimmer wieder an Bedeutung gewinnen. Ein Rückschritt in die Ära der Mehrbettzimmer ist zu befürchten und als Folge daraus eine Minimierung von Mindeststandards (Großjohann 2007). Wenn Altenheimbetreiber die gesetzlichen Mindeststandards (Heimmindestbau- und Heimmindestpersonalverordnung) unterlaufen, verfolgen sie vorrangig wirtschaftliche Interessen, das heißt sie versprechen sich eine Kosteneinsparung.

Zur Wirtschaftlichkeit und zu Einsparpotenzialen in Verbindung mit Pflegeoasen wird zum Teil die Ansicht vertreten, dass mit dieser Versorgungs- und Organisationsform Arbeitsabläufe rationalisiert werden. Dies wird mit der Gruppenbetreuung von 6 bis 8 Personen in einem Raum begründet, weil damit Vorteile im Bau- und Betriebskonzept (Rationalisierung von Arbeitsabläufen) verbunden werden. Als Nachteil in diesem Zusammenhang wird kritisiert, dass sich dadurch der Charakter von Institutionalisierung verstärkt (Messmer 2008).

Es ist nicht auszuschließen, dass wirtschaftliche Motive Einrichtungen dazu verleiten, Pflegeoasen als Reaktion auf den Kostendruck oder zur Steigerung der Rendite zu schaffen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Pflegeoase insbesondere ein Angebot für große Einrichtungen oder für Spezialeinrichtungen zur Betreuung von Menschen mit Demenz sein sollte. Hintergrund dieses Gedankengangs ist die Annahme, dass Oasen ein Nischenangebot für eine spezifische Zielgruppe sind und demnach zu prüfen ist, wie viele Menschen des Personenkreises, der in einer Pflegeoase gut aufgehoben wäre, in einer Einrichtung leben. Infolge des Belegungsdrucks steigt die Gefahr, dass Oasen unabhängig davon belegt werden, ob sie im Einzelfall tatsächlich die angemessene Versorgungsalternative sind. An dieser Stelle ist zu konstatieren, dass diese Gefahr nicht spezifisch für eine Pflegeoase gilt, sondern allgemein für alle Betreuungsformen mit spezifischen Versorgungsaufträgen gilt (Messmer 2008).

Die Studienergebnisse zur Befragungen der Führungsebene verdeutlichen, dass diese die Einsparpotenziale einer Pflegeoase bei Umsetzung eines bedarfsgerechten Pflegekonzeptes als geringfügig einschätzen. Wenn Kosteneinsparungen in diesem Zusammenhang möglich sind, beziehen sie sich im investiven Bereich auf die niedrigere Anzahl benötigter Sanitärbereiche, da nur ein Bad von sechs Personen gemeinsam genutzt wird. Dieser Punkt lässt Einsparungen an Fläche und Ausstattungskosten vermuten. Demgegenüber stehen jedoch personelle, räumliche und technischen Aufwendungen für die adäquate Ausstattung einer Pflegeoase. Zur Qualifikation der Mitarbeiterinnen sind Fortbildungen in verschiednen Bereichen notwendig, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass jeder die geforderten Fachkompetenzen vorweisen kann. Auf technischer und räumlicher Seite sind ein gut geplantes Lichtkonzept und der direkte Zugang zu einem Freibereich zu nennen.

Zur Frage der Belegungspraxis liefert die Studie Aussagen, die zeigen, dass im Zeitraum der Evaluation zwei Bewohnerinnen verstorben sind und zeitweise ein Leerstand von einem Bett in der Pflegeoase zu konstatieren war. Im Seniorenzentrum Holle führte dies zur Anpassung des Personalkonzepts, Überstunden wurden abgebaut, Gespräche mit Angehörigen von potenziell geeigneten neuen Bewohnerinnen für die Oase geführt, bis es eine geeignete Person gefunden wurde. Es ist sicher nicht auszuschließen, dass Altenheimbetreiber auch andere Belegungspraxen umsetzen könnten, die eher dem wirtschaftlichen Druck folgen und auf eine Vollbelegung der Pflegeoase abzielen – unabhängig davon, ob die Oase die angemessene Betreuungsform für die jeweiligen Personen wäre. Allerdings ist anzufügen, dass dieses Problem nicht ausschließlich für

eine Pflegeoase gilt, sondern bei jeder Form von spezialisierten Betreuungsangeboten vorherrschen kann.

Als kritische Fragen, die einer weiteren Bearbeitung bedürfen, können zusammengefasst werden: Wie wird mit leer stehenden Plätzen in der Oase umgegangen? Wie wird sichergestellt, dass die Belegung nicht vorrangig nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten erfolgt? Wer trägt die Kosten nicht belegter Plätze? Wie kann sichergestellt werden, dass nur Personen aufgenommen werden, für die dieses Konzept geeignet ist?

Segregative versus integrative Betreuung von Menschen mit Demenz

In den letzten Jahrzehnten rückte die Thematik der angemessenen Betreuung von Menschen mit Demenz verstärkt in den Fokus der Versorgungsforschung. Zwei sich gegenüberstehende Grundansätze werden nach wie vor diskutiert:

- Versorgungsformen, in denen Menschen mit Demenz separiert von pflegebedürftigen Menschen ohne eine Demenzerkrankung versorgt werden (segregative Versorgung). Zu nennen sind hier zum Beispiel ambulant betreute Wohngruppen, Hausgemeinschaften, Wohnbereiche für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen.
- Versorgungsformen, in denen Menschen mit Demenz gemeinsam mit pflegebedürftigen Menschen ohne eine Demenzerkrankung versorgt werden (integrative Versorgung). Zu nennen sind hier zum Beispiel: Quartierskonzepte, integrative Wohngruppen.

Das Hauptargument für eine segregative und damit spezialisierte Versorgung von demenzerkrankten Menschen ist, dass die Bedürfnisse der betroffenen Personen sich mit den Phasen der Demenzerkrankung verändern. Dies erfordert eine Anpassung der Betreuung sowie eine Anpassung der Umgebungsfaktoren. Das Verhalten demenzerkrankter Menschen führt nicht selten zu Problemen mit anderen Bewohnern aber auch mit Angehörigen und sogar Mitarbeiterinnen selbst (Radzey et. al 2001; Sozialministerium Baden-Württemberg 2000).

Für die kognitiv gesunden Bewohner bedeutet das Zusammenleben mit demenzerkrankten Mitbewohnern eine hohe Belastung, die durch das Vermitteln von Verständnis für den Krankheitsprozess nur bedingt reduziert werden kann. Nicht für jeden alten

Menschen ist es einfach, Personen im engsten Umfeld zu erleben, die einem geistigen Verfall ausgesetzt sind.

Für Pflegende bringt die Betreuung von Menschen mit Demenz hohe Anforderungen an die Fachkenntnis mit sich. Die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen zu erfassen ist dabei eine unabdingbare Voraussetzung. Diese anspruchsvolle Aufgabe von allen Pflegenden einzufordern, führt – so die Befürworter einer segregativen Versorgung – häufig zu einer Überforderung. In einer segregativen Einrichtung kann das Personal aber nach fachlichen Kriterien hinsichtlich der Betreuung von Menschen mit Demenz ausgewählt werden.

Ein weiteres wesentliches Argument für segregative Versorgungskonzepte stellt die Gefahr der Vernachlässigung demenzerkrankter Bewohner dar. Diese sind meist nicht in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse eindeutig zu äußern. Die Gefahr, dass das Pflegepersonal sich mehr um die klar formulierten Wünsche der nicht demenziell erkrankten Bewohner kümmert, ist daher nicht von der Hand zu weisen. Dies trifft in besonderem Maße auf Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung zu.

Die Gegner einer segregativen Versorgung bemängeln, dass mit der Spezialisierung der Versorgung Brüche in der Kontinuität einhergehen. So sind in Einrichtungen, die sich auf die Betreuung von Menschen mit Demenz spezialisiert haben, die Bereiche zum Teil nach Schweregraden der Demenzerkrankung und damit nach Fähigkeiten der Bewohnerinnen eingeteilt. Daraus folgt, dass Umzüge innerhalb der Einrichtungen notwendig werden. In der Praxis treten an dieser Stelle hin und wieder Akzeptanzprobleme auf, insbesondere auf Seiten der Angehörigen, die sich nach einem Umzug wieder an anderes Pflegepersonal gewöhnen müssen. Auch seitens des Pflegepersonals wird moniert, dass Beziehungen, die zu den Bewohnerinnen aufgebaut wurden, mit einem Umzug abrupt enden würden. Ob den Bewohnerinnen selbst ein mehrmaliger Umzug zugemutet werden kann, ist ebenfalls umstritten. Diese müssen sich ja nicht nur an eine neue Umgebung sondern auch an andere Pflegende, an andere Mitbewohner und gegebenenfalls auch an andere Pflegeabläufe und sogar Pflegemethoden anpassen.

Eine Spezialisierung der Mitarbeiter und die Binnendifferenzierung in Form von speziellen Wohngruppen sind nur in größeren Einrichtungen umsetzbar. Der Erhalt beziehungsweise die Schaffung solcher Pflegeheime ist mit dem Ziel des Aufbaus möglichst wohnort- und alltagsnaher Versorgungsstrukturen nur bedingt vereinbar. In den letzten

Jahren steht insbesondere die Nähe zum Quartier und zur Gemeinde im Fokus der Konzeptentwicklung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz. So setzt sich beispielsweise die „Aktion Demenz e.V.“ (www.aktion-demenz.de) dafür ein, dass breite Bevölkerungsschichten umfassend über den Umgang mit Menschen mit Demenz informiert sind. Ziel ist es, Menschen mit Demenz in die Gesellschaft zu integrieren.

Schließlich führen die Gegner einer segregativen Versorgung ins Feld, dass eine eng gefasste Spezialisierung einer Einrichtung beziehungsweise eines Wohnbereichs wirtschaftliche Risiken ins sich bergen, die einen deutlichen Belegungsdruck nach sich ziehen. Infolge dieses Belegungsdruckes steigt die Gefahr, dass Bewohnerinnen in den spezialisierten Wohnbereichen aufgenommen werden, für die es weniger einschneidende Versorgungsalternativen geben würde (Sozialministerium Baden-Württemberg 2008). Es steht die Befürchtung im Raum, dass Bewohnerinnen in solchen Fällen durch den Einsatz sedierender Medikamente „passend gemacht“ werden könnten.

Zusammenfassend scheinen sowohl integrative als auch segregative Konzepte unter bestimmten Bedingungen Erfolg versprechend zu sein, nämlich wenn beide das Konzept der Lebensqualität für die Bewohnerinnen in den Mittelpunkt stellen (Slone & Mathew 1991). Folglich sollte die Vereinbarkeit mit Forderungen nach einer wohnortnahen Betreuung, die im Falle kleiner Einzugsgebiete eine ausschließliche Ausrichtung auf bestimmte Krankheitsbilder oder Verhaltenskategorien verbietet, im Einzelfall kritisch geprüft werden (Sozialmininsterium Baden-Württemberg 2000).

Die Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle kann als Weiterführung eines spezialisierten Angebots für Demenzerkrankte angesehen werden. Sie stellt in dieser Spezialeinrichtung eine nochmalige Fokussierung der Betreuung auf eine spezifische Zielgruppe dar. Im Kontext der Pflegeoase ist es möglich, durch kontinuierliche Präsenz der Mitarbeiterinnen, die Bedürfnisse der Bewohnerinnen wahrzunehmen und unmittelbar zu reagieren. Diese Situation ist aus Sicht der Angehörigen ein wichtiger Qualitätsfaktor der Pflegeoase, der bei ihnen Zufriedenheit bewirkt.

5.3 Leitfragen zur Entwicklung eines Pflegeoasenkonzepts und praxiserprobte Anregungen zur Umsetzung

Ein eindeutiges Votum, dass aus dieser Studie zur Versorgungsform Pflegeoasen abgeleitet wird lautet: die Umsetzung einer Pflegeoase ist nur unter der Bedingung der Ausnahmeregelung (Modellprojekt), einer wissenschaftlichen Begleitung und eines gut ausgearbeiteten Konzepts zu empfehlen. Vor diesem Hintergrund werden zehn Bausteine zur Konzeptentwicklung und inhaltlichen Konkretisierung empfohlen.

1. Analyse der Ausgangssituation
2. Ziele und Zielgruppe
3. Bauliche Anforderungen – Milieugestaltung
4. Personalausstattung
5. Arbeitsorganisation
6. Prozessgestaltung
7. Fachlichkeit
8. Zusammenarbeit mit Angehörigen, Bezugspersonen, Ehrenamtlichen, Ärzten, Hospiz
9. Qualitätssicherung
10. Finanzierung

Zur Vertiefung stehen Leitfragen zur Konzeptentwicklung zur Verfügung.

Bausteine und Leitfragen zur Entwicklung eines Pflegeoasenkonzepts
1. Analyse der Ausgangssituation
• Für welche Zielgruppe wird eine Pflegeoase geplant? Wie viele Personen dieser Zielgruppe leben in der Einrichtung? • Wie sieht die Betreuung der Zielgruppe in der Einrichtung aktuell aus? Welche Probleme treten auf? • Wie planen Sie die Belegung beziehungsweise Umzüge in die Pflegeoase? • Welche spezialisierten Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz gibt es in Ihrer Einrichtung bereits? • Wie werden Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Demenz betreut? Welche Probleme treten auf? • Wie viele Personen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz leben bei Ihnen? • Wie stellen Sie ein gutes Schmerzmanagement sicher? • Wie stellen Sie die fachärztliche Begleitung (Neurologe, Palliativmediziner) sicher? • Wie stellen Sie das notwendige Wissen bei den Mitarbeitern der Pflegeoase (Gerontopsychiatrie, Palliativpflege usw.) sicher? • Wie wollen Sie die Ernährung in der Pflegeoase organisieren? Wie stellen Sie sicher, dass individuelle Anpassungen/Vorlieben berücksichtigt werden? • Welches Organisationsprinzip planen Sie für die Pflegeoase? Wie stellen Sie die Zusammenarbeit an den Schnittstellen sicher? • Welche anderen Versorgungsformen sind für die Zielgruppe der Pflegeoase in Ihrer Einrichtung möglich? • Besteht die Möglichkeit für diesen Personenkreis eine kleine Gruppe zu bilden? Gibt es Räume in denen eine Tagesbetreuung umgesetzt werden kann? • Welches Wissen haben sich Führungskräfte oder Mitarbeiter zum Thema angeeignet? • Wie planen Sie die Einbeziehung der gesetzlichen Entscheidungsträger und der Angehörigen in die Konzeptentwicklung?
2. Ziele und Zielgruppe
• Welche Ziele verfolgen Sie mit einer Pflegeoase? • Welche Zielsetzungen vertreten Sie in den Punkten Ernährung, Verlegung ins Krankenhaus, Schmerzmanagement? • Welche Assessment-Instrumente werden eingesetzt, um eine Einschätzung des Demenzschweregrades, der Pflegebedürftigkeit, der Mobilität und der Verhaltensweisen einzuschätzen? • Ist eine Härtefalleinstufung erforderlich/gewünscht? • Wie groß soll die Bewohnergruppe sein? • Wie stellen Sie sich die Gruppenzusammensetzung (Geschlecht) vor? • Gibt es Ausschlusskriterien (z.B. ausgeprägte herausfordernde Verhaltensweisen wie rufen, klopfen, akustische Äußerungen)? • Wie können Sie biographisches Wissen für die Mitarbeiterinnen sichern?

3. Bauliche Anforderungen – Milieugestaltung
• Welche Raumgröße können Sie für eine Gruppe zur Verfügung stellen? • Besteht ein barrierefreier, bettengängiger Zugang in einen Freibereich? • Ist eine Verteilerküche vorgesehen? • Wie stellen Sie das Warmhalten der Nahrung in der Pflegeoase sicher? • Welches Raumprogramm beinhaltet die Pflegeoase (Pflegebad, Arbeitsplatz für Mitarbeiter - Dienstzimmer, Pflegearbeitsraum, Lagerraum, Toiletten für Mitarbeiter, Rückzugsraum für Bewohner und Angehörige)? • Welche Raumausstattung stellen Sie sich vor (Mobiliar, Liegesessel, Tische, Hilfsmittel usw.)? • Wie ist die Belüftung – Luftaustausch – Zirkulation – Geruchsverminderung organisiert? • Welches Licht- (modulierbar) und Farbkonzept haben Sie ausgearbeitet? • Benötigen Sie eine Anlage für musikalische Angebote? • Welche technische Ausstattung (digitale Dokumentation, Notrufsicherung, Schnittstelle Gesamteinrichtung) wird benötigt? • Wo werden Hilfsmittel verstaut? • Wie können Sie die Privatsphäre der BW/Angehörigen unterstützen? • Ist der Brandschutz bei der Konzeption eingebunden? • Welche Materialien werden für eine gute Raumakustik verwendet?
4. Personalausstattung
• Welche Personalausstattung ist für die Pflegeoase vorgesehen? • Welche Präsenzzeit planen Sie für die Pflegeoase? • Welche Überlappungszeiten sehen Sie für die Mitarbeiterinnen vor? • Welche Qualifikation erwarten Sie? (Grundausbildung, Fort- und Weiterbildung, Berufserfahrung, Palliative Care, Kinästhetik, Bobath, IVA, Basale Stimulation, Gerontopsychiatrisches Fachwissen)? • Wie entscheiden Sie bei der Personalauswahl (Freiwilligkeit, Persönlichkeitsmerkmale wie ruhig, gelassen, Bereitschaft zur alleinigen Verantwortungsübernahme im Dienst, kommunikationsstark, Humor)? • Wie sind die Dienstzeiten organisiert? • Wie kann eine Betreuung in der Nacht für die Pflegeoase aussehen? • Mit welcher Fachkraftquote wollen Sie die Pflegeoase besetzen? • Wie stellen Sie sicher, dass der Teambildungsprozess unterstützt wird?

5. Arbeitsorganisation
• Ist die Pflegeoase eine eigenständige Organisationseinheit oder in einen anderen Wohnbereich integriert (Leitung, Übergabe, Medikamente, Schnittstellenmanagement)? • Welches Dokumentationssystem haben Sie vorgesehen? • Wie ist der Informationstransfer/die Kommunikationsstruktur organisiert (Übergabe, Teambesprechung, Fallbesprechung)? • Wie sind Schnittstellen zur Küche, Wäsche, Reinigung, Verwaltung, Haustechnik organisiert? • Wie organisieren Sie eine ausgewogene Ernährung für die BW? Gibt es eine Zentralküche? Wenn ja, wie ist die Belieferung der Pflegeoase organisiert? • Wie gestalten Sie die Tagesstruktur in der Pflegeoase (Mahlzeiten, Gemeinschaft, Körperpflege, Besuche)? • Wie stellen Sie sicher, dass Ihre MA nicht überlastet sind? • Wie gehen Sie mit Belastung der MA in der Pflegeoase um? Was bieten Sie an (Supervision, Einzelgespräche, Sportangebote)?
6. Prozessgestaltung
• Wie wird das Konzept der Pflegeoase den Angehörigen, MA, BW, der Öffentlichkeit vermittelt (Exkursion, Informationsveranstaltungen, Pressemitteilungen)? • Wie wollen Sie das Interesse der Angehörigen für das Konzept wecken? • Welche Schwierigkeiten könnten Sie sich in Verhandlung mit Genehmigungsbehörden für diese neue Betreuungsform vorstellen? Mit welchen Argumenten wollen Sie darauf reagieren? • Haben Sie eine wissenschaftliche Begleitung für die Pflegeoase geplant? • Mit welchen Schritten wollen Sie das Konzept in Ihrer Einrichtung umsetzen (Projektgruppe, Projektleitung)? • Wie wollen Sie die Teamentwicklung des Pflegeoasenteams fördern? • Haben Sie für die Konzepterarbeitung eine Projektgruppe vorgesehen? • Wie stellen Sie sicher, dass das Konzept bei Bedarf weiterentwickelt wird? • Wie können Führungskräfte den Prozess begleiten?
7. Fachlichkeit
• Wie stellen Sie eine Zusammenarbeit mit kooperierenden Ärzten sicher? Haben Sie einen Facharzt für Ihre Einrichtung/für die Pflegeoase? • In welchem Rhythmus bzw. zu welchen Anlässen finden Fallbesprechungen statt? Welche Themen werden angesprochen? (Verlegungen ins KH, Ernährung, Schmerzmanagement)? Wer nimmt an den Fallbesprechungen teil? • Wie stellen Sie die Fort- und Weiterbildung der MA sicher? • Arbeiten Sie mit örtlichen Hospizdiensten zusammen? Wenn ja, wie ist diese Zusammenarbeit organisiert? • Welche Expertenstandards/Pflegestandards finden bei Ihnen Anwendung? Wie stellen Sie die fachlich korrekte Umsetzung sicher? • Wie sind die MA auf die Themen Schmerzmanagement, Umgang mit Tod und Sterben, hohe Kommunikationsanforderungen, hohes Maß an Verantwortungsübernahme vorbereitet?

8. Zusammenarbeit mit Angehörigen, Ehrenamtlichen, Ärzten
• Wie werden Angehörige in das Konzept eingebunden? • Welche Aufgaben können Angehörige bei Besuchen übernehmen? • Wie werden Ehrenamtliche in das Konzept eingebunden? • Welche Angebote zur Trauerbegleitung haben Sie geplant (für BW, Angehörige, MA)? • Welche Entscheidungen sind bei kritischen Ereignissen von Angehörigen, Mitarbeiterinnen und Arzt zu treffen? • Gibt es einen gerontopsychiatrischen Facharzt? • Wie stellen Sie den Informationstransfer/eine Transparenz zwischen den unterschiedlichen Akteuren sicher (Kommunikationsstruktur)?
9. Qualitätssicherung
• Mit welchen Instrumenten z.B. Pflegevisite sichern Sie die Ergebnisqualität? • Wie stellen Sie die Pflege-/Betreuungsqualität sicher? • Wie stellen Sie eine Unterstützung in kritischen Lebensfragen/Entscheidungen wie z.B. Ernährung, Verlegung ins Krankenhaus, Schmerzbehandlung sicher (Familienkonferenz, Fallbesprechung)?
10. Finanzierung
• Wie stellen Sie die Wirtschaftlichkeit der Pflegeoase sicher? • Welche Pflegesätze haben Sie für die Pflegeoase geplant? • Mit welchen Umbaukosten rechnen Sie? • Nach welchen Tarifen werden die Mitarbeiterinnen der Pflegeoase eingruppiert? • Mit welchen Betriebskosten für die Pflegeoase rechnen Sie? • Wie stellen Sie eine wissenschaftliche Begleitung der Pflegeoase sicher?

Im Konzept müssen kritische Fragen zum Vorgehen bei der Belegung, zur Wirtschaftlichkeit und zur Begleitung der Pflegenden thematisiert werden. Dies ist erforderlich, um die Beweggründe der Einrichtungen für das Betreiben einer Pflegeoase nachvollziehen und bewerten zu können und damit der Gefahr der Minimierung von Mindeststandards entgegenzuwirken. Da die Erfahrungen mit dem Versorgungskonzept Pflegeoase derzeit noch sehr rudimentär sind, ist es zu begrüßen, dass weitere Forschungsvorhaben auf diesem Gebiet gefördert werden.

Anregungen aus praktischen Erfahrungen

Zusammenfassend können aus den praktischen Erfahrungen der Heimleitung und des Teams mit der Pflegeoase folgende Anregungen für andere Pflegeoasen abgeleitet werden:

Anregungen für andere Pflegeoasen	
Angebotsspektrum der Einrichtung	• Pflegeoase ist ein Nischenangebot für eine spezifische Zielgruppe • Pflegeoase eignet sich als Weiterführung des Angebotsspektrums einer Einrichtung • der Bedarf für eine Pflegeoase entwickelt sich aus Prozess heraus

Zielgruppe	• demenzerkrankte Bewohner mit hohem Pflegebedarf (Härtefall), mit eingeschränkter Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit, auf vollständige Übernahme der AEDLs durch Dritte angewiesen
Bauliches	• nutzungsoffenes Bauen • großzügige Räumlichkeiten • Rückzugsraum für Angehörige (Gespräche, Sterbephase) vorhalten • Platzbedarf für Hilfsmittel berücksichtigen
Belegung	• interne Belegung, keine Belegung von außen • Bewohner sollten vorher bekannt sein, um Beziehungsaufbau zu ermöglichen
Mitarbeiterqualifikation	• Auswahlkriterien: Pflege- und Lebenserfahrung • Fachwissen in den Konzepten Integrative Validation, Kinästhetik, Basale Stimulation, Bobath Ansatz • Sozialkompetenz: gute Selbstkenntnis • Bereitschaft, sich mit Tod und Sterben auseinander zusetzen • Verantwortungsübernahme; Teamfähigkeit • Fähigkeit, sich organisieren zu können
Konzeptentwicklung	• frühzeitige Einbindung der gesetzlichen Entscheidungsträger (Heimaufsicht) • frühzeitige Einbindung der Angehörigen • Detaillierte Beschreibung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen

Zukünftiger Forschungsbedarf

Die Studie zeigt evidenten, zukünftigen Forschungsbedarf zur Versorgungsform Pflegeoase. Folgende Fragen sollten dabei berücksichtigt werden.

- Wie wirken sich Tagesoasen auf die Lebensqualität beziehungsweise auf das Verhalten der Bewohnerinnen mit weit fortgeschrittener Demenz und schwerster Pflegebedürftigkeit aus?
- Wie verhalten sich die Bewohner einer Pflegeoase nachts im Vergleich zu anderen Versorgungsformen wie einer Tagesoase oder Hausgemeinschaft?
- Wie wird die Betreuung der Zielgruppe in Hausgemeinschaften gestaltet?
- Wie erleben und bewerten Angehörige und Mitarbeiter verschiedene Versorgungskonzepte zur Betreuung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung? Wie zufrieden sind sie?
- Wie werden Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit in verschiedenen Versorgungsformen eingeschätzt?
- Wie groß darf die Personengruppe in der Betreuungsform Pflegeoase sein? Bis zu welcher Personenzahl ist die Betreuung in einer Pflegeoase sinnvoll?
- Bis zu welcher Personenzahl kann die Betreuung von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung und Schwerstpflegebedürftigkeit in kleinen Betreuungssettings (z.B. Hausgemeinschaft, Wohngruppe) gewährleistet werden?

Um die Notwendigkeit weiterer Forschungen zu bestärken, sei abschließend folgendes Zitat angeführt:

> *„Wir wissen nicht, ob Pflegeoasen für schwerstpflegebedürftige Menschen wirklich eine gute oder gar die beste Lösung sind. Andererseits haben wir aber auch keine gesicherten Kenntnisse darüber, dass andere Konzepte besser sind.“ Das Dilemma kann aufgelöst werden, indem: Konzepte praktisch erprobt, Erfahrungen systematisch auswertet und Ergebnisse offen diskutiert werden“ (Messmer 2008).*

Anhang

Literaturverzeichnis

Abbey, J. (2003): Ageing, dementia and palliative care. In: Aranda,S. & O'Connor, M. (Hrsg.), Palliative Care Nursing – A Guide to Practice, 2nd edn. Melbourne: Ausmed, 313-326.

Abbey, J. (2006): Palliative Care and Dementia. Alzheimer's Australia.

Algase, D. L.; Beck, C.; Kolanowski, A.; Whall, A.; Berent, S.; Richards, K.; Beattie, E. (1996): Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. In: American Journal of Alzheimer's Disease 11(6), 10-19.

Allen, R. S.; Kwak, J.; Lokken, K. L.; Haley, W. E. (2003): End-of-Life Issues in the Context of Alzheimer's Disease. In: Alzheimer's Care Quarterly 4(4), 312-330.

Altman, I. (1975): The Environment and Social Behavior: Privacy, personal space, territory and crowding. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.

Auer, S.; Reisberg, B. (2006): Retrogenesis and communication with persons in the severe stages of dementia. In: Les Cahiers de la Fondation Médéric Alzheimer(2), 126-135.

Australian Government Department of Health and Ageing (2006): Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care.2. überarbeitete Auflage. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, National Palliative Care Program.
http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/pc29.pdf

Bauer, I. (1996): Die Privatsphäre der Patienten. Bern: Verlag Hans Huber.

Bäuerle, K. (2007): Palliatives Milieu: Umgebungsgestaltung in der letzten Lebensphase, In: DeSS orientiert, 1/07, 17-21.

Berg, A./Hallberg, I. R./Norberg, A. (1998): Nurses' reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving. In: International Journal of Nursing Studies 35, 271-282.

Bickel, H. (2001): Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34(2), 108-115.

Bickel, H. (2005): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.-W.; Förstl, H.: Demenzen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1-15.

Bienstein, C.; Fröhlich, A. (1994): Bewusstlose – eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte, Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.

BMG (Hg) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin: Bundesminsterium für Gesundheit.

Boes, C.; Boes, F. (2007): Der Mensch lebt nicht vom Brot allein: Religiöse Bedürfnisse und Seelsorge. In: Dess orientiert(2/07), 45-50.

Canadian Hospice Palliative Care Association (2002): Living Lessons. About Quality of Life for the last Stages of Live. A Guide for Caregivers. http://www.living-lessons.org/resources/secured/CaregiversGuideEN.pdf

Caron, C. D.; Griffith, J.; Arcand, M. (2005): Decision Making at the End of Life in Dementia: How Family Caregivers Perceive Their Interactions With Health Care Providers in Long-Term-Care Settings. In: Journal of Applied Gerontology 24(3), 231-247.

Denzin, N. K. (1989): The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. 3. Auflage. London: Prentice-Hall.

Downs, M.; Small, N.; Froggatt, K. (2006a): Person-centred Care for People with Severe Dementia. In: Burns, A.; Winblad, B. (Hg): Severe Dementia. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 193-204.

Downs, M.; Clare, L.; Mackenzie, J. (2006b): Understandings of dementia: explanatory models and their implications for the person with dementia and therapeutic effort. In: Hughes, J. C.; Louw, S. J.; Sabat, S. R. (Hg): Dementia: mind, meaning, and the person. Oxford: Oxford Univ. Press, 235-258.

Dürrmann, P. (2001): Leistungsvergleich vollstationäre Versorgung Demenzkranker (LvVD). In: Dürrmann, P. (Hg): Besondere stationäre Dementenbetreuung : Praxisorientierte Arbeitshilfe der Poller Runden. Hannover: Vincentz Verlag, 152-167

Dürrmann, P. (2007a): Pflegeoase Holle: Konzept und Umsetzung. Gute Planung zahlt sich aus. In: Altenheim 46(8), 20-23.

Dürrmann, P. (2007b): Pflegeoase: Finanzierung und Qualitätssicherung. Härtefallrichtlinie konsequent ausnutzen. In: Altenheim 46(8), 24-26.

Ekman, S. L.; Norberg, A.; Viitanen, M.; Winblad, B. (1991): Care of demented patients with severe communication problems. In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 5(3), 163-170.

Ferrell, B. A.; Stein, W. M.; Beck, J. C. (2000): The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis. In: Journal of the American Geriatric Society 48(12), 1669-1673.

Flade, A. (2008): Architektur psychologisch betrachtet. Bern: Hans Huber.

Flick, U. (1999): Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften, 4. Auflage, Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Fox, P. L.; Raina, P.; Jadad, A. R. (1999): Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. In: Canadian Medical Association journal 160(3), 329-333.

Friedrichs, J. (1990): Methoden empirischer Sozialforschung, 14. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Großjohann, K.; Dettbarn-Reggentin, J. (2008): Pro & Contra: Pflegeoasen als Wohnkonzept für Demenzkranke. In: Altenheim 47(2), 29.

Großjohann, K. (2006): Statement des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln. Fachtag „Pflegeoase – Gegen die Stille und Einsamkeit im Einzelzimmer“, 15.11.2006 im Bischof-Moser-Haus Caritas Stuttgart http://www.caritas-stuttgart.de/31205.html [03.09.2008]

Hanson, L. C.; Reynolds, K. S.; Henderson, M.; Pickard, C. G. (2005): A quality improvement intervention to increase palliative care in nursing homes. In: Journal of Palliative Medicine 8(3), 576-584.

Hartmann, C. (2006): Fortbildung für haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Begleitung von demenzerkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Düsseldorf: Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V.

Hartmann, C. (2006). Die Begleitung von demenzerkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Evangelisches Erwachsenenbildungswerk Nordrhein e.V.

Heeg, S.; Radzey, B.; Kuhn, C.; Weyerer, S.; Schäufele, M.; Rockenbach, C.; Köhler, L. (2004): Abschlussbericht zum Projekt: Milieutherapie Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) - Stuttgart. Ein Projekt im Rahmen des Bundesmodellprogramms "Altenhilfestrukturen der Zukunft". Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend http://www.demenz-support.de/materialien/midemas_abschlussbericht.pdf

Herder, K. (2007): Die Bewältigung von Stresssymptomatiken: Was für ein Stress, ich bin völlig ausgebrannt. In: pflegen: Demenz (5), 17-19.

Holloway, I.; Wheeler, S. (1998): Qualitative Pflegeforschung - Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Hughes, J. C.; Robinson, L.; Volicer, L. (2005): Specialist palliative care in dementia. Specialised units with outreach and liaison are needed. In: British Medical Journal 330(7482), 57-58.

Jackson, B. S. (1996): Rechtliche und ethische Probleme. In: LoBiondo-Wood, G.; Haber, J. (Hg.): Pflegeforschung - Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby, 353-362.

Jenull, B. et al. (2008): Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. In: Pflege 21(1), 16-24.

Jonas, I. (2007): Wohnkonzepte für Menschen mit Demenz: An Pflegeoasen scheiden sich die Geister. In: ProAlter 39(4), 41-47.

Kiely, D. K.; Volicer, L.; Teno, J.; Jones, R. N.; Prigerson, H. G.; Mitchell, S. L. (2006): The validity and reliability of scales for the evaluation of end-of-life care in advanced dementia. In: Alzheimer Disease and Associated Disorders 20(3), 176-181.

Kojer, M. (2006): Demenz und Palliative Care. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hg.): Palliative Care – Handbuch für Pflege und Begleitung. Heidelberg: Springer Verlag, 205-208.

Kowal, S.; O´Connell, D.D. (2000): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung - Ein Handbuch. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuchverlag, 437-447.

Kunz, R. (2003): Palliative Care für Patienten mit fortgeschrittener Demenz: Values Based statt Evidence Based Practice. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36(5), 355-359.

Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung – Methoden und Techniken, Band 2, 3. korrigierte Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lawton, M.P., van Haitsma, K.; Klapper, J. (1996): Observed affect in nursing home residents with Alzheimer´s disease. In: Journal of Gerontology: Psychological Sciences 51B(1), 3-14.

Lee, V. (1991): Language Changes and Alzheimer's Disease: A Literature Review. In: Journal of Gerontological Nursing 17(1), 16-20.

Lo, R. S. K.; Woo, J. (2001): Palliative care in old age. In: Reviews in Clinical Gerontology 11(2), 149-157.

Lucero, M. (2004): Enhancing the Visits of Loved Ones of People in Late Stage Dementia. In: Alzheimer's Care Quarterly 5(2), 173-177.

Luddington, L.; Cox, S.; Higginson, I.; Livesley, B. (2001): The need for palliative care for patients with non-cancer diseases: a review of the evidence. In: International Journal of Palliative Nursing 7(5), 221-226.

Lüttig, A. (2003): Leser-Forum. In: ProAlter 36(1), 66-68.

Lüttig, A. (2005): Schwerpflegebedürftige: Die Pflegeoase vermeidet Isolation. In: Altenheim 44(11), 42-43.

Marshall, M. (2001): Responding to need not diagnosis - dementia.: Palliative care for all: Responding to need not diagnosis: Scottish Partnership for Palliative Care, 9-10.

Maslach, C.; Jackson, S.E. (1981): Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psycholgist Press.

Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 7. Auflage. Weinheim: Beltz.

Mayring, P. (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.

Messmer, P. (2008): Pflegeoasen – ein Lebensraum für Schwerstpflegebedürftige? unveröff. Vortrag im Rahmen des Fachtags Pflegeoase im Juli 2008, Demenz Support Stuttgart gGmbH, Stuttgart.

Morrison, R. S.; Siu, A. L. (2000): A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. In: Journal of Pain and Symptom Management 19(4), 240-248.

Morse, J. M.; Field, P. A. (1998): Qualitative Pflegeforschung – Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Moss, M. S.; Braunschweig, H.; Rubinstein, R. L. P. (2002): Terminal Care for Nursing Home Residents with Dementia. In: Alzheimer's Care Quarterly 3(3), 233-246.

Müller, K. (2007): Angehörige: Abschied nehmen – Entscheidungen treffen. In: Dess orientiert (2/06), 23-30.

Pearsall, M. (1965): Participant observation as role and method in behavioral research. In: Nursing Research 14(1), 37-42.

Pines, A.M.; Aronson, E.; Kafry D. (1985): Ausgebrannt. Stuttgart: Klett Cotta Verlag.

Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1999): Nursing Research – Principles & Methods, 6. Auflage. Philadelphia: Lippincott.

Radzey, Beate (2006): Überblick: Diskussionsstand zum Thema „Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase“. In: DeSS orientiert, 2/06, 6-11.

Reisberg, B. et al. (2002): Evidence and mechanism of retrogenesis ins Alzheimer´s and other dementias. In: Management and treatment import. In: American Journal of Alzheimer´s disease and other dementias 17(4), 202-212.

Reisberg, B. (1988): Functional Assessment Staging (FAST). In: Psychopharmacology Bulletin 24(4), 653-659.

Renneke, S. (2005): Verhaltens- und Kommunikationsformen dementer Menschen im Pflegeheimalltag, Dorsten: Verlag Ingrid Zimmermann.

Schmieder, M. (2000): Zwischen Realität und Visionen. Die Autonomie von Dementen als Herausforderung für Pflegeheime und ihre Mitarbeiter. In: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg (Hg): Lebensgestaltung und Unterstützungsbedarf älterer Menschen als Herausforderung für Soziale Dienstleister in Europa. Teil 2: Versorgungskonzepte für dementiell Erkrankte. Stuttgart: Wohlfahrswerk für Baden-Württemberg, 13-21.

Schmieder, M. (2007): Pflegeoase Haus Sonnweid - Eine Oase für Mitarbeiter und Bewohner. In: Altenheim 46(8), 16-18.

Schonwetter, R. S.; Han, B.; Small, B. J.; Martin, B.; Tope, K.; Haley, W. E. (2003): Predictors of six-month survival among patients with dementia: An evaluation of hospice Medicare guidelines. In: American Journal of Hospice & Palliative Care 20(2), 105-113.

Schröck, R. (1997): Des Kaisers neue Kleider? Bedeutung der Pflegetheorien für die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Dr. med. Mabuse 22(107), 39-45.

Schröder, B. (1999): Vom Umgang mit Erschöpfung in der Pflege Dementer. In: Pflege aktuell 53 (11), 588-590.

Seiler, M. (1990): Umweltpsychologischer Ansatz einer nutzerorientierten Bewertung der Krankenhausumwelt. Diplomarbeit. Universität Heidelberg: Psychologisches Institut.

Seiler, M. (1998): Der Arbeitsplatz von Altenpflegerinnen; Ein ökopsychologischer Ansatz zu einer Nutzer/innenorientierten Bewertung der Altenwohn- und Pflegeheimumwelt. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Shuster, J. L. (2000): Palliative care for advanced dementia. In: Clinics in Geriatric Medicine 16(2), 373-386.

Sloane, P. D.; Mathew, L. J. (1991): Dementia Units in Long-Term Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Sowinski, C. (2007): Mehrbettzimmer bieten keine Wahl zwischen Rückzug und Gemeinschaft. In: Pro Alter 39(4), 49-51.

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) (2000). Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzerkrankte in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Eine Untersuchung im Auftrag des Sozialministeriums Baden Württemberg. Sozialplanung in Baden-Württemberg e.V. // Arbeitsgruppe Psychogeriatrie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. Stuttgart.

Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardoff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung Ein Handbuch, Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 319-331.

Steudter, E. (2007): Belastungen des Pflegepersonals bei der Versorgung von Demenzerkrankten: Ganz schön belastend – und trotzdem bereichernd. In: pflegen: Demenz (5), 7-11.

Stuhlmann, W. (2004): Demenz – wie man Bindung und Biographie einsetzt. München: Ernst Reinhardt.

Volicer, L.; Hurley, A. (Hrsg.) (1998): Hospice Care for Patients with Advanced Progressive Dementia. New York: Springer.

Volicer, L.; Hurley, A. C.; Blasi, Z. V. (2001): Scales for evaluation of End-of-Life Care in Dementia. In: Alzheimer Disease and Associated Disorders 15(4), 194-200.

Volicer, L. (2006): Quality of life in end-of-life dementia. In: Les Cahiers de la Fondation Médéric Alzheimer(2), 88-97.

Weidert, S. (2007): Leiblichkeit in der Pflege von Menschen mit Demenz: Zum Umgang mit anspruchsvollen Pflegesituationen im Klinikalltag. Frankfurt am Main: Mabuse.

Westin, A. (1967): Privacy and freedom. New York: Atheneum.

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I.; Kofahl, C.; Sattel, H.; Jantzen, B.; Schumacher, P. (2004): Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg. Mannheim: Arbeitsgruppe Psychogeriatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit.

Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I.; Kofahl, C.; Sattel, H. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Wißmann, P. (2007): Nicht-medikamentöse Interventionen: Interaktion mit allen Sinnen. In: DeSS orientiert 1/07, 22-27.

Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen. Frankfurt, New York: Campus.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung 1(1). Internet: http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm [31.07.2008].

Wojnar, J. (1997): Umgebung für Demenzkranke. In: Radebold, H.; Hirsch, R. D.; Kipp, J.; Kortus, R.; Stoppe, G.; Struwe, B.; Wächtler, C.: Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopff, 259-263.

World Health Organisation (2002): WHO Definition of Palliative Care.
Internet: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html [10.10.2006]

Zarit, S. H.; Gaugler, J. E. (2006): Care by Families for Late Stage Dementia. In: Burns, A.; Winblad, B. (Hg): Severe Dementia. Chistester, West Sussex: John Wiley & Sons, 185-192.

Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Verlag Hans Huber.

Verzeichnis der Tabellen

1. Tabelle: Übersicht Mitarbeiterinnen der Pflegeoase ... 30
2. Tabelle: Überblick Datenerhebungsmethoden ... 31
3. Tabelle: Datenerhebung und Datenumfang ... 32
4. Tabelle: Kodierungsschema für Mitarbeiterinnen der Pflegeoase ... 34
5. Tabelle: Kodierungsschema für Mitarbeiterinnen der Demenz Support Stuttgart ... 35
6. Tabelle: Kodierung der Tätigkeiten und inhaltliche Beschreibung ... 35
7. Tabelle: Datenanalyseschritte 1 ... 43
8. Tabelle: Datenanalyseschritte 2 ... 43
9. Tabelle: Datenanalyseschritte 3 ... 43
10. Tabelle: Übersicht zu den erfassten Zeitdaten ... 47
11. Tabelle: Zeitaufwand MA der Pflegeoase für Organisation von Hilfe aus WB A ... 53
12. Tabelle: Zeitaufwand für MA aus WB A für Unterstützung in der Pflegeoase ... 53
13. Tabelle: Beleuchtungsstärke in der Pflegeoase ... 58
14. Tabelle: Bewohnerinnen der Pflegeoase – Übersicht zum Zeitpunkt des Einzugs ... 62
15. Tabelle: Frau Ganter – Ausgangssituation und Veränderungen ... 67
16. Tabelle: Frau Ganter - Medikation ... 68
17. Tabelle: Frau Ganter – Bedarfsmedikation ... 68
18. Tabelle: Frau Schmid – Ausgangssituation und Veränderungen ... 73
19. Tabelle: Frau Schmid - Medikation ... 75
20. Tabelle: Frau Schmid - Bedarfsmedikation ... 75
21. Tabelle: Frau Lutz – Ausgangssituation und Veränderungen ... 80
22. Tabelle: Frau Lutz – Medikation ... 82
23. Tabelle: Frau Lutz – Bedarfsmedikation ... 82
24. Tabelle: Frau Kramer – Ausgangssituation und Veränderungen ... 86
25. Tabelle: Frau Kramer - Medikation ... 87
26. Tabelle: Frau Kramer – Bedarfsmedikation ... 88
27. Tabelle: Frau Heine – Ausgangssituation und Veränderungen ... 92
28. Tabelle: Frau Heine – Medikation ... 93
29. Tabelle: Frau Heine – Bedarfsmedikation ... 93
30. Tabelle: Frau Otto – Ausgangssituation und Veränderungen ... 98
31. Tabelle: Frau Otto – Medikation ... 99
32. Tabelle: Frau Otto – Bedarfsmedikation ... 99
33. Tabelle: Medikation im Evaluationszeitraum Dezember 2006 bis Oktober 2007 ... 101
34. Tabelle: BMI aller Bewohnerinnen im Überblick ... 102
35. Tabelle: Verlaufsbeobachtungen zum Aufmerksamkeitsniveau ... 104
36. Tabelle: Verlaufsbeobachtungen zu Ernährung ... 107
37. Tabelle: Verlaufbeobachtungen zum Muskeltonus ... 108
38. Tabelle: Vorannahmen zur Pflegeoase ... 158
39. Tabelle: Abgleich von Vorannahmen und Praxiserfahrungen ... 162

40. Tabelle: Erweiterung der Vorannahmen durch praktische Erfahrung 163
41. Tabelle: Spannungsfeld der Kategorie Kommunizieren können 166
42. Tabelle: Weiterentwicklungsbedarf Pflegeoase Holle 169
43. Tabelle: Anregungen für andere Pflegeoasen 169
PFK = Pflegefachkraft; WBL = Wohnbereichsleitung 172
44. Tabelle: Anpassungsschritte im Prozessverlauf der Pflegeoase 172
45. Tabelle: Anregungen für andere Pflegeoasen 182

Verzeichnis der Grafiken

1. Grafik: Grundriss Wohnbereich A mit Grundfläche, die für den Umbau der Pflegeoase diente (mit Kreis gekennzeichnet). 20
2. Grafik: Grundriss Pflegeoase 22
3. Grafik: Zusammenfassung Datenerhebungsmethoden 41
4. Grafik: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring 2000) 42
5. Grafik: Vergleich der Kontaktzeiten – MA Pflegeoase und MA DeSS 48
6. Grafik: „Bewohnernahe Tätigkeiten“ verteilt auf konkrete Pflegehandlungen 49
7. Grafik: Verteilung pflegerischer Tätigkeiten in der Arbeitszeit 50
8. Grafik: Kontakthäufigkeit im Vergleich Pflegeoase und Wohnbereich A 50
9. Grafik: Bedürfnisorientierung und Ablauforientierung 51
10. Grafik: Verteilung der Kontakte auf die Tätigkeiten 52
11. Grafik: Vorher-Nachher-Verlauf: Body-Mass-Index von fünf Bewohnerinnen der Pflegeoase 52
12. Grafik: Wohnklima mit eingearbeiteten Messwerten der Pflegeoase (blaue Punkte) 59
13. Grafik: Frau Ganter - BMI 69
14. Grafik: Frau Schmid – BMI 76
15. Grafik: Frau Lutz - BMI 83
16. Grafik: Frau Kramer – BMI 89
17. Grafik: Frau Heine – BMI 94
18. Grafik: Frau Otto – BMI 99
19. Grafik: Erleben der Pflegeoase aus Angehörigenperspektive 110
20. Grafik: Zufriedenheit der Angehörigen mit der Betreuung 124
21. Grafik: Bewertung der Pflegeoase aus Angehörigenperspektive 125
22. Grafik: Erleben der Pflegeoase aus Mitarbeiterperspektive 128
23. Grafik: Rahmenbedingungen der Kategorie „Präsent sein“ 129
24. Grafik: Kategorie „Alleine arbeiten“ 141
25. Grafik: Darstellung der Kategorie Arbeitsabläufe anpassen 150
26. Grafik: Belastungsfaktoren der Pflegenden 166
27. Grafik: Spannungsfeld aus Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung 168
28. Grafik: Zusammenfassung der Ergebnisse 185

Verzeichnis der Bilder

1. Bild: Eingangssituation aus Wohnbereich A ... 22
2. Bild: Durchblick durch Fenster in der Pflegeoase ... 22
3. Bild: Verteilerküche ... 22
4. Bild: Warmhaltebecken für Speisen ... 22
5. Bild: Arbeitsplatz ... 22
6. Bild: Bettengängiger Balkon ... 22
7. Bild: Tischgruppe in der Gemeinschaftsmitte ... 23
8. Bild: Bewohnerbett mit bebildeter Biographie ... 23
9. Bild: Beleuchtung ... 23
10. Bild: Farbstimulation durch Licht ... 23
11. Bild: Schränke als Raumteiler ... 24
12. Bild: Stoffe als Raumteiler ... 24
13. Bild: Paravents zur Wahrung der Intimsphäre ... 24
14. Bild: Farbgestaltung ... 24
15. Bild: Dezember 2006 ... 57
16. Bild: April 2007 ... 57
17. Bild: Beleuchtungskörper mit farblichen Gestaltungsmöglichkeiten ... 57
18. Bild: Wandgestaltung Frau Lutz ... 60
19. Bild: Wandgestaltung Frau Kramer ... 60
20. Bild: Deckengestaltung Frau Kramer ... 60
21. Bild: Reaktion einer Bewohnerin ... 105
22. Bild: Reaktion einer Bewohnerin ... 106
23. Bild: Mitarbeiterin und Angehörige reichen Essen an ... 119
24. Bild: Interaktion zwischen Mitarbeiterinnen und Bewohnerinnen ... 132
25. Bild: Essen anreichen ... 155

Kontakt

Demenz Support Stuttgart gGmbH

Zentrum für Informationstransfer

Hölderlinstraße 4

70174 Stuttgart

Tel. 0711 - 99 787 10

Fax 0711 - 99 787 29

E-Mail: info@demenz-support.de

Internet: www.demenz-support.de

Autorinnen:

Dr. Anja Rutenkröger: a.rutenkroeger@demenz-support.de

Christina Kuhn: c.kuhn@demenz-support.de

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit

Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2

30159 Hannover

Tel. 0511 - 120 0

Seniorenzentrum Holle GmbH

Marktstraße 7

31188 Holle

Tel. 05062 - 9648 0

Fax 05062 - 9648 155

E-Mail: info@sz-holle.de