



Hermann Brandenburg | Renate Adam-Paffrath (Hrsg.)

Pflegeoasen in Deutschland

Forschungs- und handlungsrelevante Perspektiven
zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen
mit schwerer Demenz



schlütersche

Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis:

INHALT

Andreas Kruse	
Vorwort	11
Hermann Brandenburg, Renate Adam-Paffrath	
Einleitung	13
Hintergrund: Quality of Life bei Menschen mit schwerer Demenz als eine zentrale Herausforderung für die Langzeitpflege	13
Pflegeoasen	19
Anliegen und Inhalte des Bandes	20
Zu den Beiträgen	22
Literatur	27
Teil I Überblick über die gegenwärtigen Befunde	
1	Expertengruppe »Pflegeoasen« Übersichtstabelle zu den Pflege- und Tagesoasen
	32
2	Annette Riedel, Sabine Schneider Lebensqualität als Annäherung – Ergebnisse der qualitativen Konzeptevaluation einer Pflegeoase
	40
	2.1 Entstehung und Konzept der Pflegeoase
	42
	2.2 Design der qualitativen Konzeptevaluation
	45
	2.3 Zentrale, ausgewählte Ergebnisse der Evaluation
	48
	2.4 Zentrale Empfehlungen für die Konzept(weiter-)entwicklung
	63
	2.5 Abschließende Bemerkungen
	66
	2.6 Literatur
	67
3	Stefanie Becker Die Pflegeoase »Emmaus« im Altenhilfe Zentrum Karlsruhe-Nordost
	69
	3.1 Das besondere Angebot von »Emmaus«
	70
	3.2 Evaluationsziel, -methode und -instrumente
	74
	3.3 Evaluationsergebnisse
	80
	3.4 Gesamtzusammenfassung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung
	93
	3.5 Literatur
	94

Die Pflegeoase „Emmaus“ im Altenhilfe Zentrum Karlsruhe-Nordost

Stefanie Becker

Die Pflege und Versorgung immobiler alter Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung stellt eine große Herausforderung dar, die neben fachlicher Kompetenz auch ein hohes Maß an psychischen Ressourcen fordert, sowohl von in der Pflege der Betroffenen professionell Tätigen als auch von ihren Angehörigen. In den vergangenen Jahren wurde daher auch in der Versorgungsforschung der Fokus verstärkt auf die Lebenssituation von Menschen mit Demenz gerichtet (vgl. Dürrmann 2001, Heeg et al. 2004, Weyerer et al. 2004).

Um den Bedürfnissen dieser Zielgruppe in der stationären Pflege besser und adäquater gerecht werden zu können wurden dabei vor allem innovative Wohn- und Betreuungskonzepte für schwerstpflegebedürftige Demenzkranke entworfen. Die Gestaltung des Wohnbereichs sowie die Organisation der Pflege und Betreuung im Rahmen eines solchen Konzeptes richten sich dabei vollständig an den wahrgenommenen Bedürfnissen der demenzkranken Menschen aus, wie z.B. die Berücksichtigung ihrer eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten oder demenzbedingten nicht-kognitiven Verhaltensauffälligkeiten. Ziel ist es, den Bewohnerinnen¹ eines solchen Wohnbereichs das höchstmögliche Maß an Lebensqualität und sozialer Teilhabe am alltäglichen Leben zu gewährleisten.

Neben baulich-architektonischen Merkmalen, die den Rahmen für eine angemessene Gestaltung des räumlichen Milieus (z.B. Lichtkonzept, Musik, etc.) bieten, hat sich in einigen Einrichtungen der stationären Altenpflege das Betreuungskonzept der *gemeinsamen* Unterbringung von schwer demenzkranken Menschen als interessanter Ansatz entwickelt. Diese Form der segregativen Versorgung (im Gegensatz zu integrativen Versorgung, bei der Demenzkranke in allen Stadien der Erkrankung gemeinsam mit kognitiv nicht beeinträchtigten Pflegebedürftigen leben und versorgt werden) wird zurzeit vor allem aufgrund der positiven Erfahrungsberichte aus der Praxis immer häufiger umgesetzt. Am häufigsten finden sich Wohngruppen für demenzkranke Menschen, in denen Normalität des Tagesablaufes im Sinne eines nicht-institutionalisierten Lebensvollzugs gelebt wird. Aber auch in der Pflege und Betreuung schwerstpflegebedürftiger demenzkranker Menschen, finden sich zunehmend solche segregativen Betreuungskonzepte, die neben der Erfüllung aller Grundbedürfnisse einen zentralen Wert in der sozialen Teilhabe der immobilen Bewohnerinnen und Bewohner am Alltagsgeschehen sowie einer hohen Betreuungsintensität sehen, dem durch kleine Pflegeeinheiten (meist zwischen 6 und 10 Demenzkranke) Rechnung getragen wird. Eine standardisierte Grundlage zur Gestaltung solcher Konzepte, die auch einer vergleichenden

¹ Da es sich bei den von uns untersuchten Personen überwiegend Bewohnerinnen handelt und die meisten Pflegepersonen Frauen sind, haben wir uns für die weibliche Anredeform entschieden. Selbstverständlich sind damit auch die männlichen Personen mit angesprochen.

Qualitätsprüfung zugänglich wäre, gibt es aber bisher nicht. Dennoch konnten verschiedene Studien (z.B. Weyerer et al., 2006; Stellungnahme der „Expertengruppe Pflegeoase“ vom Februar 2010; Rutenkröger und Kuhn, 2008) zeigen, dass positive Effekte einer solchen segregativen Versorgung schwerstdemenzkranker Menschen vor allem im Hinblick auf die Verminderung nicht-kognitiver Symptomatik (d.h. Verhaltensauffälligkeiten) und somit die Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen bewirkt werden können.

Die Unzufriedenheit professionell Pflegender einerseits und wissenschaftliche Studienergebnisse andererseits 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 z.B. im Hinblick auf eine angemessene Schmerzregulation nach (Morrison und Siu 2000). Auf Seiten des Pflegepersonals ließe sich vermuten, dass die Belastung, die mit der Allgegenwart von Sterben und Tod, sowie den auch körperlich stark beanspruchenden Pflegetätigkeiten verbunden sind, sich negativ auf die psychische Befindlichkeit und die Arbeitsmotivation der professionell Pflegenden auswirken können. Andererseits zeigen bisherige Erfahrungsberichte, dass gerade die besondere Versorgungsform Raum und Zeit für psycho-soziale Betreuung und intensive Kontakthäufigkeit bietet, so dass die Pflege und Betreuung dieser schwerstpflegebedürftigen demenzkranken Menschen als besonders sinnstiftend und befriedigend von den Pflegenden erlebt wird (Schmieder, 2000, 2007). Diese Zielsetzung entspricht einem palliativen Pflege- und Behandlungsansatzes, welcher dem Betroffenen, aber auch den Angehörigen neben der körperlichen auch psychologische, soziale und spirituelle Pflege und Unterstützung zukommen zu lassen. Dabei steht die Lebensqualität des Erkrankten im Mittelpunkt, die gerade dann zu einem besonders auch unter ethischen Gesichtspunkten wesentlichen Kriterium personen-orientierter Pflegeleitbilder wird, wenn rein medizinisch-physische Behandlungsmöglichkeiten ihre Grenzen erreichen.

Diesen Schwerpunkt in der Versorgung schwer demenzkranker Menschen hat das Altenhilfezentrum Karlsruhe-Nordost (AHZ) mit der Einrichtung eines neuen Pflegebereichs nach dem Vorbild der Schweizer Pflegeoasen gewählt. Dabei wurden die Planungsempfehlungen von Rutenkröger et al. (2008) zur Grundlage gemacht. Auch wurde die Pflegeoase direkt von ihrer Eröffnung an über 12 Monate durch eine wissenschaftliche Begleitung evaluiert, die Effekte dieser Betreuungsförm sowohl seitens der Bewohnerinnen und Bewohner, der Angehörigen aber auch der Mitarbeitenden in den Blick nahm. Dieser Beitrag beschreibt eingangs die Merkmale des Wohnbereichs Emmaus. Im zweiten Teil werden ausgewählte Ergebnisse der Evaluation dargestellt und im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Versorgungsmöglichkeiten demenzkranker Menschen im letzten Stadium ihrer Erkrankung diskutiert.

2. Das besondere Angebot von „Emmaus“

Seit 1995 ist im Altenhilfezentrum Karlsruhe Nord-Ost (AHZ) der Schwerpunkt auf psychosoziale Begleitung gelegt. Bestehende Konzepte zur Betreuung und Pflege Demenzkranker sowie zur Hospiz- und Sterbebegleitung wurde in Kooperation mit allen Bereichen und MitarbeiterInnen des AHZ entwickelt.

Der neue Wohnbereich „Emmaus“ schließt eine Lücke in der im AHZ bisher angebotenen Versorgungsstruktur indem gerade den immobilen, demenzkranken Menschen in der letzten Lebensphase über die bisherige Pflegekonzeption der psycho-sozialen Pflege und Begleitung hinaus eine bedürfnisgerechte Lebens- und Sterbebegleitung geboten werden kann. Der neue Wohnbereich wurde in das Altenhilfezentrum als dritter Demenz-Lebensbereich für diese Zielgruppe integriert. Damit sind alle Phasen der Demenzerkrankung und die entsprechende Pflege und Begleitung mit spezifischen Angeboten abgedeckt: Für mobile, demenz-erkrankte, ältere Menschen eine Wohngemeinschaft und für Personen mit mehr Bedarf an Pflegebegleitung zwei beschützende Wohnbereiche. Mit dem Wohnbereich Emmaus werden immobile, ältere Menschen im letzten Stadium der Demenz mit lang andauernder Immobilität (d.h. vor allem Bettlägerigkeit) gemeinsam gepflegt, begleitet und mit Leben umgeben. Familie und Angehörige leben das Konzept von Anfang an mit. Kinästhetik, Basale Stimulation, Biographieorientierung, Integrative Validation, tiergestützte Therapiebegleitung und Palliativpflege gehören zu den Kernkonzepten in den Bemühungen um die Förderung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Eine menschliche, christliche Begleitung in der letzten Demenzphase ist eine vorrangige Aufgabe für das evangelische Pflegeheim und wird vom Badischen Landesverein für Innere Mission als Träger nachdrücklich unterstützt.

2.1 Ziele der Pflege und Betreuung im Wohnbereich Emmaus

Da der neue Wohnbereich ausschließlich für Bewohnerinnen mit einer bereits weit fortgeschrittenen Demenz konzipiert ist, liegt das Hauptziel der Pflege und Betreuung dieser besonderen Versorgungsform darin, die Bewohnerinnen zu integrieren und ihnen einerseits durch das direkte Zusammenleben mit anderen Bewohnerinnen aber auch durch die Möglichkeit die Geräusche und Gerüche des normalen Alltagsleben direkt zu erfahren, die Chance auf soziale Teilhabe zu geben. Gefühlen der Einsamkeit und Isolation, die in der sonst üblichen Versorgungsform in Einzelzimmern entstehen können, sollte so entgegen gewirkt werden und Sicherheit, Vertrautheit und Geborgenheit schaffen.

Das spezielle Betreuungskonzept zielt darauf, dass die Bewohnerinnen eine vertraute Beziehung zu Pflegenden aufzubauen. Durch deren Präsenz kann auf Bedürfnisse der Bewohnerinnen zeitnah reagiert werden, was ebenfalls für diese Menschen, die sich selbst nicht

mehr ausdrücken können und deren Wahrnehmungsfeld durch die Erkrankung stark eingeschränkt ist, zur Reduktion von Angst und Unsicherheit und damit zur Erhaltung ihrer Lebensqualität *trotz* der Schwere der Erkrankung beiträgt.

2.2 Raumkonzept

Emmaus ist als abgeschlossene Versorgungseinheit im AHZ konzipiert. Der gemeinsame Wohn- und Lebensraum bietet Platz für 8 Bewohnerinnen.



Grundriss: Wohnbereich Emmaus. Quelle: Altenhilfezentrum Karlsruhe-Nordost

Der Raum ist offen konzipiert und gestaltet, wobei die individuellen Bereiche der Bewohnerinnen durch Schränke und flexible Vorhangkonstruktionen voneinander getrennt sind. In der Mitte des Raumes ist Platz für gemeinsame Aktivitäten oder auch für Begegnungen mit Angehörigen. Zum Raumkonzept gehört auch die in den Wohnraum hin offene Küche, welche die Teilhabe der Bewohnerinnen an alltäglichen Geräuschen und Gerüchen ermöglicht. Ein spezielles Wohlfühlbad ist dem Wohnbereich ebenfalls zugeordnet. Bei der Gestaltung der Räume wurden warme Farben (gelb, orange) verwendet und durch Pflanzen, Lichtelemente eine alle Sinne anregende Umgebung geschaffen.

Bilder aus der Pflegeoase Emmaus:

1)



2)



3)



- 1) Sensorische Anregung durch Duft, Klang und Licht
- 2) Offenheit und Privatheit durch flexible Raumelemente
- 3) Wohlfühlbad

2.3 Organisationsprinzipien der Pflegeoase

Der Wohnbereich Emmaus befindet sich im Erdgeschoss, gleich im Eingangsbereich des AHZ und bildet einen in sich geschlossenen Wohnbereich. Organisatorisch bildet Emmaus mit einem weiteren Wohnbereich eine organisatorische Einheit, so dass neben der Gewährleistung der Fachkraftquote auch andere Unterstützungsdienste möglich sind.

Alle Betriebsabläufe, die Ver- und Entsorgungsabläufe (Speisenversorgung, und z.T. auch –zubereitung, Wäsche, Müll, Dokumentation, etc.) betreffen, sind so auf die besondere Organisationsform des Wohnbereichs abgestimmt, dass die jeweils diensthabenden Pflegenden den Wohnbereich nicht verlassen müssen.

Die Information der Pflegenden auf dem kooperierenden Wohnbereich erfolgt über eine Ruf-Kontakttaste, die von jedem Bewohnerinnenplatz ausgelöst werden kann. Der Ruf wird auch weitergeleitet auf den Rufempfang der Pflegenden des anderen Wohnbereichs, welche dann zur Unterstützung auf den Wohnbereich Emmaus kommen können. Weitere Informationen werden in gemeinsamen Übergaben und durch eine gemeinsame Wohnbereichsleitung, die beide kooperierende Wohnbereiche leitet, sichergestellt.

2.4 Personalausstattung und –qualifikation

Im Wohnbereich Emmaus wird eine an sieben Tagen in der Woche eine gleich bleibende Versorgung sichergestellt:

- durchschnittliche Dauerpräsenz 14 Stunden
- Personalschlüssel nach der jeweiligen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung, z. Zt. durchschnittlich nach Pflegestufen 1 : 1,78
- Die zusätzliche Unterstützung in der Betreuung erfolgt durch Ehrenamtliche, Angehörige und Menschen mit Mehraufwandentschädigung, was bei der Berechnung der Personal- und Fachkraftquote nach § 5 Abs.1 HeimPersV nicht berücksichtigt wird
- Bildung einer organisatorischen Einheit mit einem weiteren Wohnbereich

Die Leitung dieses speziellen Wohnbereiches verfügt über mehrfache Zusatzqualifikationen, u.a. Mentorin, Wohnbereichsleiterin, Gerontopsychiatrische Fachkraft, Palliativpflege, Basale Stimulation, integrative Validation und Kinästhetik.

2.4.1 Auswahlkriterien für Pflegendende

Besonderes Augenmerk wurde auf die Auswahl der Pflegenden für Emmaus gelegt. Die Pflegenden des Wohnbereichs wurden gemeinsam von der Heim- und Pflegedienstleitung des Hauses ausgewählt. Dabei waren neben ausgewiesener Pflegeerfahrung vor allem auch die Empathiefähigkeit der Mitarbeitenden sowie *ihr persönlicher Wunsch*, auf einem Wohnbereich mit ausschließlich schwerst pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern zu arbeiten, wesentliche Auswahlkriterien. Da im AHZ bereits seit Jahren die Pflege demenzkranker Menschen einen besonderen Schwerpunkt bildet, verfügen alle Pflegenden über fundierte Kenntnisse über das Krankheitsbild der Demenz sowie über den speziellen Umgang mit diesen Menschen. Weiterbildungen in Kinästhetik, Basale Stimulation oder Palliativpflege gehören ebenfalls zu den Kompetenzen der Pflegenden im AHZ auf die besonders für die Auswahl der Mitarbeitenden im Wohnbereich Emmaus Wert gelegt wurde.

2.5 Zielgruppe und Auswahlkriterien der Bewohnerinnen

Ein ganz wesentlicher Aspekt des Pflege- und Betreuungskonzeptes von Emmaus besteht darin, dass nur demenzkranke Menschen einziehen können, die den Pflegenden bereits durch eine längere Betreuungszeit auf anderen Wohnbereichen im Haus bekannt sind. Es sind Bewohnerinnen oder Bewohner bei denen eine fachärztlich diagnostizierte Demenzerkrankung in fortgeschrittenem Stadium vorliegt, deren verbale und z.T. auch nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten aufgrund ihrer Erkrankung stark eingeschränkt sind und die aufgrund von Mehrfacherkrankungen nicht mehr mobil und körperlich stark geschwächt sind. Eine Aufnahme bzw. ein Umzug in den Wohnbereich Emmaus kann nur dann erfolgen, wenn neben den Pflegenden bzw. der PDL und HL die Angehörigen bzw. die gesetzlichen Betreuer der Bewohnerinnen damit einverstanden sind und den Wohnbereich als die jeweils beste Versorgungsform beurteilen. Um dies zu gewährleisten, wurden bereits im Vorfeld der Eröffnung von Emmaus, bzw. während der Bauphase Informationsabende für Angehörige und Betreuer durchgeführt, an denen das besondere Versorgungskonzept vorgestellt wurde. In Einzelgesprächen mit den Angehörigen bzw. Betreuern wurde die letztendliche Entscheidung für einen Umzug auf Emmaus getroffen. Eine Aufnahme von demenzkranken Menschen von außerhalb des AHZ ist nicht vorgesehen.

3. Evaluationsziel, -methode und -instrumente

Da zum Zeitpunkt der Eröffnung des Wohnbereichs Emmaus noch keine Erfahrungen und kaum gesicherte empirische Erkenntnisse über eine solche Betreuungsform vorlagen, sollte eine wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation einerseits zur Qualitätssicherung ande-

rerseits zur Optimierung der Prozesse, Gestaltung und Abläufe im neuen Wohnbereich beitragen. Die wissenschaftliche Begleitung wurde im Herbst 2008 vom Träger der Einrichtung, dem Badischen Landesverein für Innere Mission in Karlsruhe in Auftrag geben.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung wurden zu insgesamt sechs Zeitpunkten Daten erhoben, die Aussagen über:

- a) das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner
- b) die Erfahrungen und Meinungen der Angehörigen sowie
- c) die Arbeitssituation der Pflegenden

ermöglichen sollten.

Im Folgenden werden die Ziele sowie das methodische Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung beschrieben. Daran schließt sich in Abschnitt 4 die Darstellung der wichtigsten Ergebnisse zu den oben genannten drei Fragebereichen an.

3.1 Zielsetzung der wissenschaftlichen Begleitung und methodisches Vorgehen

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es, die Effekte der neuen Versorgungsform im Wohnbereich „Emmaus“ sowohl auf Seiten der Bewohnerinnen und Bewohner als auch der Pflegenden und Angehörigen abbilden zu können. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse haben bereits im Rahmen der Pflege und Organisation des Wohnbereichs die weiteren Qualitätsbemühungen unterstützt.

Aus diesem Anspruch ließen sich die folgenden konkreteren Fragen ableiten:

1. Wie erleben und bewerten die unterschiedlichen Beteiligten (Pflegende, Angehörige) den neuen Wohnbereich Emmaus?
2. Welche Effekte im Hinblick auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen lassen sich finden?
3. Wie verändern sich die Perspektiven der Beteiligten und das Verhalten bzw. die Lebensqualität der Bewohnerinnen über den Erfassungszeitraum?
4. Lassen sich konkrete Unterschiede bezogen auf die erhobenen Kriterien im Vergleich der besonderen sowie einer „traditionellen“² Betreuungsform erkennen?
5. Welche Möglichkeiten zur Optimierung des besonderen Versorgungskonzeptes am AHZ lassen sich aus den gefundenen Ergebnissen ableiten?

Für die Beantwortung dieser Fragen wurde ein deskriptives Forschungsdesign mit sowohl qualitativen als auch quantitativen Methoden (teilstrukturierte Interviews, Beobachtungen, Dokumentenanalyse der pflegerischen und ärztlichen Unterlagen, Fragebogen) sowie einer Vergleichsgruppe gewählt. Diese ermöglichte einerseits einen Vergleich der Ergebnisse, die

² Der Begriff „traditionell“ ist hier bewusst in Anführungszeichen gesetzt worden, um diese Versorgungsform im Rahmen der Studie von der besonderen im Wohnbereiche Emmaus abzugrenzen.

für beide Bewohnergruppen gefunden wurden, als auch eine detaillierte Verlaufsbeschreibung der Einzelfälle sowie die Differenzierung der Perspektiven der unterschiedlichen Akteure.

3.2 Zielgruppen der wissenschaftlichen Begleitung

In die Erhebungen einbezogen wurden zunächst alle Bewohnerinnen und Bewohner sowie alle Pflegenden des Wohnbereich Emmaus. Dazu jeweils mindestens ein Angehöriger bzw. gesetzlicher Betreuer der Demenzkranken.

Mit dem Ziel, die Besonderheiten sowie die Effekte der spezifischen Versorgung des Wohnbereichs abbilden zu können wurde eine Vergleichsgruppe anderer, ebenfalls demenzkranker Bewohnerinnen, sowie ihre Angehörigen und Pflegepersonen von *anderen* Wohnbereichen aus dem AHZ in die Erhebungen mit einbezogen werden. Da eine genaue Parallelisierung der Vergleichsgruppe aufgrund der im AHZ lebenden Klientel nicht möglich war, wurde als Hauptkriterium der Vergleichsgruppe der Schweregrad der vorliegenden Demenz gewählt werden, da diese den zentralen Aspekt der speziellen Betreuung für Emmaus darstellt. Dabei wurden für beide Bewohnergruppen solche Personen gewählt, die sich aufgrund einer vorliegenden Demenzdiagnostik bereits in einem weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung befanden. Die Auswahl, sowie die Information der Angehörigen erfolgten durch die Pflegenden und die Entscheidung der Angehörigen vor Ort.

Für alle Erhebungen war es notwendig von den Angehörigen bzw. den gesetzlichen Betreuern eine schriftliche Einverständniserklärungen auch zur Weitergabe der – selbstverständlich immer anonymisierten Daten – zum Zwecke der Auswertung einzuholen. Diese Einverständniserklärung wurde durch die Mitarbeiterinnen des AHZ vor Ort eingeholt, ein entsprechender Vordruck wurde zur Verfügung gestellt.

Insgesamt konnten N=16 Bewohnerinnen und Bewohner in die Evaluation einbezogen werden. Davon lebten sechs ausschließlich im Wohnbereich Emmaus, fünf ausschließlich auf einem der anderen Wohnbereiche des AHZ und bei weiteren fünf fand während der Erhebungen ein Umzug nach Emmaus statt. In einem Fall zog eine Bewohnerin auch wieder von Emmaus zurück in ihren ursprünglichen Wohnbereich im AHZ.

3.3 Erhebungszeitpunkte

Es wurden insgesamt sechs verschiedene Erhebungszeitpunkte über ein Jahr hinweg realisiert. Der erste entspricht methodisch einem Prätest, da er vor Umzug der Bewohnerinnen und Bewohnern in Emmaus stattfand. Die zu t1 gesammelten Daten konnten somit als Aus-

gangssituation und Vergleichsbasis für mögliche Veränderungen über den Zeitraum der Erhebungen genutzt werden.

Die im folgenden Abschnitt beschriebenen Erhebungsinstrumente und –methoden kamen dabei zum Einsatz.

3.4 Erhebungsinstrumente

3.4.1 Angehörigeninterview: Entwicklung eines Fragebogens

Auf Seiten der Angehörigen wurden zu allen Befragungszeitpunkte ein telefonisches Interview mit einem speziell entwickelten Leitfaden geführt wird. Ein Telefoninterview bot sich an, um den Aufwand für die Angehörigen möglichst gering zu halten. Themen des Leitfadens waren:

- Entscheidungskriterien für bzw. gegen den Einzug der Betroffenen in den Wohnbereich Emmaus
- Wünsche , Erwartungen und Befürchtungen im Bezug auf die demenzkranken Menschen, sowie die eigene Situation und die der Pflegenden
- Zufriedenheit mit der bisherigen Pflegesituation
- Beobachtete Veränderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern

Alle Angehörigen und Betreuer waren bereit Auskunft zur Situation ihrer Betreuten zu geben. Die Interviews wurden zu jedem der sechs Erhebungszeitpunkte telefonisch nach individueller zeitlicher Absprache geführt. Leider konnten zu allen sechs Zeitpunkten immer alle Angehörigeninterviews durchgeführt werden, insbesondere zu den letzten beiden Erhebungszeitpunkten war es nur noch sehr schwer möglich Angehörige für ein Interview zu erreichen. Dies kann jedoch aufgrund der Erfahrungen in den geführten Gesprächen nicht als Desinteresse interpretiert werden, vielmehr waren zeitliche Engpässe (z.B. beruflich bedingte Abwesenheit, Urlaub etc.) seitens der Interviewpartner der Hauptgrund. Die Kontaktversuche waren methodisch so gestaltet, dass insgesamt drei telefonische Versuche im Abstand von vier Tagen unternommen wurden. Wurden die Angehörigen/Betreuer dann nicht erreicht, ist das Interview ausgefallen. Um die Parallelität aller Erhebungen (Angehörige, Bewohnerinnen, Pflegende) gewährleisten zu können, wurden alle jeweils im gleichen Intervall des jeweiligen Erhebungszeitraums (t1-t6) durchgeführt.

Insgesamt konnten 36 Interviews realisiert werden (siehe Tab.1).

Tabelle 1: Anzahl realisierter Angehörigeninterviews

Gruppe	Erhebungszeitpunkt						Gesamt
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	
Emmaus	4	4	4	2	0	3	17

Vergleich	7	2	2	3	1	4	19
Gesamt	11	6	6	5	1	7	36

3.4.2 Fragebogen für Pflegende

Bei der Befragung der Pflegenden wurden neben Aspekten ihrer Erwartungen und Befürchtungen für ihren Arbeitsplatz, Merkmale der erlebten Arbeitsbelastung und Arbeitsmotivation erfasst werden. Hier kam das „BHD-Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistern (Hacker et al., 1999), das sich für entsprechende Fragestellung im Bereich der Altenpflege als standardisiertes Instrument bewährt hat und auch von der Anwendung handhabbar erscheint, in etwas verkürzter Form (im Sinne der Praktikabilität) zum Einsatz. Der Fragebogen umfasste die folgenden Inhalte:

- 1) Arbeitsfeld und Qualitätsmanagement:
 - a. Mehrstunden/Monat
 - b. Subjektive Qualifikationsqualität
 - c. Arbeitsumfang
- 2) Erfahrungen mit dem Wohnbereich Emmaus:
 - a. Zusammenarbeit der Akteure
 - b. Arbeitsmotivation
 - c. Erlebte Schwierigkeiten
 - d. Fort- und Weiterbildungsbedarfe
 - e. Sicherheit bei der Einschätzung der Gefühlslage der Bewohnerinnen
 - f. Erwartungen

Insgesamt nahmen 33 Pflegenden des AHZ an der Evaluation teil, sechs davon als ständige Mitarbeiterinnen im WB Emmaus. Der Rücklauf der theoretisch möglichen 198 Interviewbögen beträgt 147. Die Hauptgründe für nicht ausgefüllte Mitarbeiterbögen waren im Wesentlichen krankheits-, urlaubs- oder dienstfreibedingte Gründe. Tabelle 2 gibt die Stichprobengröße der Pflegenden zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten wieder.

Tabelle 2: Anzahl Fragebögen der PflegemitarbeiterInnen

Gruppe	Erhebungszeitpunkt						Gesamt
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	
Emmaus	6	6	6	5	5	6	34
Vergleich	21	22	21	19	16	14	113
Gesamt	27	28	27	24	21	20	147

3.4.3 Beobachtung der Demenzkranken

Insgesamt nahmen 14 Bewohnerinnen und 2 Bewohner des AHZs an der Erfassung teil. Von ihnen wurden neben sozio-demographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht) auch Merkmale der Versorgungsstruktur (z.B. ärztliche Versorgung, Medikamente u.ä.) sowie ihrer erlebten Lebensqualität erfasst. Für die Erfassung der strukturellen Daten wurde auf die jeweilige Dokumentation der individuellen Unterlagen zurückgegriffen.

Die Erfassung der Lebensqualität erfolgt mit dem Instrument „H.I.L.DE.- Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker“ (Becker et al. 2006; Becker, Kaspar & Kruse, 2010). Diese Daten wurden von den (Bezugs-)Pflegerinnen der jeweils in die Evaluation einbezogenen Bewohnerinnen durchgeführt und beruhte auf Beobachtung sowie der Akten dokumentiert. Tabellen 3a-d geben den Überblick über die Stichprobe der beiden Vergleichsgruppen zu allen Erhebungszeitpunkten.

Von den erhobenen Datensätzen liegen insgesamt 10 vollständige, d.h. für alle sechs Erhebungszeitpunkte vor. Insgesamt sind 79 Erhebungen realisiert worden.

Tabelle 3a: Stichprobe Emmaus

Code: Emmaus	Erhebungszeitpunkt						Gesamt
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	
5	1	1	# ³	#	#	#	2
6	1	1	1	1	1	1	6
7	-	1	1	1	1	1	5
8	1	1	1	1	1	1	6
10	1	1	1	1	1	1	6
11	1	1	1	#	#	#	3
Gesamt	5	6	5	4	4	4	28

Tabelle 3b: Stichprobe Vergleichsgruppe –

Code Vergleich	Erhebungszeitpunkt						Gesamt
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	
1	1	1	#	#	#	#	2
2	1	1	1	1	1	1	6
4	1	1	1	#	#	#	3
9	1	1	1	1	1	1	6
14	1	1	1	1	1	1	6
Gesamt	5	5	4	3	3	3	23

Tabelle 3c: Stichprobe Gesamt

Gesamt	Erhebungszeitpunkt						Gesamt
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	
	15	16	14	12	11	11	

³ Aufgrund des körperlichen und geistigen Gesamtzustandes sind leider über den Erhebungszeitraum hinweg einige Bewohnerinnen verstorben. Auch ihnen und ihren Angehörigen sei ganz herzlich für ihre Unterstützung der Begleitforschung gedankt.

3.4.4 Interview der Heim- bzw. Pflegedienstleitung

Die Heim- und die Pflegedienstleitung stellen wichtige Gelenkstellen für ein Gelingen der erfolgreichen Implementierung eines solchen neuen Wohnbereichs in bereits bestehende Strukturen einer stationären Pflegeeinrichtung dar. Daher wurden von ihnen im Rahmen eines Interviews Erwartungen und Befürchtungen sowie Daten zu Kommunikations- und Informationsstrukturen in Interviewform zu Beginn (t1) zum Abschluss der Erhebungen (t6) erfasst.

4 Evaluationsergebnisse

Da die zentrale Fragestellung der Evaluation auf die Möglichkeiten der Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität der schwer demenzkranken Bewohnerinnen zielt, wird diese in der folgenden Ergebnisdarstellung als Leitfrage betrachtet. Hinsichtlich der zentralen Fragestellung der Studie bedeutete sowohl ein über den Untersuchungszeitraum konstantes (bei reduzierten Kompetenzen) als auch gesteigertes (bei konstanten Kompetenzen) Niveau von Lebensqualität ein Gewinn von Lebensqualität für die Zielgruppe der Bewohnerinnen von Emmaus.

Mit Blick auf die Aufnahmekriterien für Emmaus kann angenommen werden, dass der Gesamtzustand der Bewohnerinnen bei Einzug so zu beurteilen war, dass ein Umzug als förderlich für ihre erlebte Lebensqualität eingeschätzt wurde. Die im späteren Verlauf neu hinzukommenden Bewohnerinnen zeichneten sich durch eine deutliche Verschlechterung des Zustandsbildes im Vorfeld des Umzugs aus, welche einen Umzug nach Emmaus als sinnvoll gemäß den Aufnahmekriterien erscheinen ließ. Direkt vor/bei Einzug kann die Lebensqualität dieser Bewohnerinnen darum als besonders gefährdet angenommen und die spezielle Versorgung als Teil einer strukturellen Bewältigungsstrategie zur Wiedererlangung eines funktionell/emotionalen Gleichgewichtes verstanden werden. Der theoretische Verlauf der Lebensqualität könnte somit als u-förmig gedacht werden. Hinweise auf einen potentiellen „Auffangeffekt“ der besonderen Versorgungsform können insbesondere die Analyse der Lebensqualitäts-Verläufe von Neuaufnahmen geben.

In der Vergleichsgruppe mit „traditioneller“ Versorgung wird dagegen eine zumindest geringere Steigerung der Lebensqualität erwartet als in der Gruppe der Bewohnerinnen des WB Emmaus⁴.

⁴ Die Einführung der Vergleichsgruppe soll vor allem die Identifikation möglicher spezifischer Effekte der besonderen Versorgungsform ermöglichen. Dies ist aufgrund verschiedener anderer Einflussgrößen

Im Nachfolgenden in ausgewählten Ergebnissen zunächst die Unterschiede zwischen den in beiden Versorgungsformen dokumentierten Lebensumständen im Hinblick auf die Veränderungen gegliedert nach den inhaltlichen Dimensionen von HILDE und für ihren Verlauf über alle Erfassungszeitpunkte im Gruppenvergleich beschrieben. Im Anschluss finden sich die Darstellung der qualitativen Analysen der Angehörigeninterviews sowie die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 16 Bewohnerinnen in die Erhebungen einbezogen, davon waren für diese Klienten ein erwartungsgemäß geringe Anzahl Männer (N=2). Alle 16 litten an einer schweren Demenz, die einen Punktwert von <3 bzw. „nicht mehr bestimmbar“ im MMST (Mini Mental Status Test (Demenztest), nach Folstein et al., 1975,) ergab und waren immobil.

Die Entwicklung einer Bewohnerin stellt eine Besonderheit dar, als dass sich ihr Zustand nach dem Einzug in den WB Emmaus so deutlich verbesserte, dass sie im Bezug auf die definierten Einschlusskriterien nicht mehr zur Zielgruppe der besonderen Betreuung zu zählen war. Nach Absprache mit der Tochter zog diese Bewohnerin wieder auf ihren vorherigen WB zurück. Aufgrund dieser Entwicklung wurden die Daten dieser Bewohnerin aus methodischen Gründen nicht in die vergleichenden Analysen der beiden Gruppen mit einbezogen. Entsprechend finden sich in den Darstellungen jeweils die Daten von N=15 Personen.

1) Kompetenzgruppenzuordnung

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (Ausgangslage) wurde in der Vergleichsgruppe eine Bewohnerin hinsichtlich seiner verbliebenen Kompetenzgruppe der Gruppe der Schwer Demenzkranken mit dominanten nichtkognitiven Demenzsymptomen (SD-P), 2 der Mittelgradig Demenzkranken (MD) und 5 der Kompetenzgruppe der Schwer Demenzkranken mit dominanten somatischen Symptomen (SD-S) gemäß der HILDE-Erhebung zugeordnet. Für die übrigen 3 Bewohnerinnen konnte keine Zuordnung vorgenommen werden.

Tabelle 4.1.a: Kompetenzgruppenverteilung für Vergleichsgruppe (t1-t6)

Vergleichsgruppe (VG)		Erhebungszeitpunkt (N)					
		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Kompetenzgruppe	LD	-	-	-	-	-	-

sen, die nicht kontrolliert wurden bzw. werden können jedoch nur eingeschränkt möglich. Entsprechend sind die vergleichenden Ergebnisse zu interpretieren.

	MD	2	-	1	-	-	-
	SD-S	5	4	5	3	2	3
	SD-P	1	1	1	-	1	1

Note: LD=Leichte Demenz, MD=Mittelschwere Demenz, SD-S=Schwere Demenz mit somatischen Einschränkungen, SD-P=Schwere Demenz mit psychopathologischen Auffälligkeiten (nach HILDE, vgl. Becker et al. 2010).

Entsprechend den Aufnahmekriterien für Emmaus wurden 3 der Bewohnerinnen hinsichtlich ihrer verbliebenen Kompetenzen am ehesten den beiden HILDE-Kompetenzgruppen der Schwer Demenzkranken (SD-S bzw. SD-P) zugeordnet. Auch hier konnten für 3 andere keine Zuordnung vorgenommen werden.

Tabelle 4.1.b: Kompetenzgruppenverteilung für Emmaus (t1-t6)

Emmaus (E)		Erhebungszeitpunkt (N)					
		T1	T2	T3	T4	T5	T6
Kompetenzgruppe	LD	-	-	-	-	-	-
	MD	-	2	-	-	-	-
	SD-S	2	5	7	6	6	6
	SD-P	1	1	-	2	-	1

Note: LD=Leichte Demenz, MD=Mittelschwere Demenz, SD-S=Schwere Demenz mit somatischen Einschränkungen, SD-P=Schwere Demenz mit psychopathologischen Auffälligkeiten (nach HILDE, vgl. Becker et al. 2010).

Wie die Tabellen 4.1.a und 4.1.b zeigen, ist erwartungsgemäß über den Erhebungszeitraum eine Verschlechterung der Demenzsymptomatik (Kognition, alltagspraktische Fähigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten) in beiden Gruppen zu verzeichnen. Während zu t1, t2 und auch t3 noch Bewohnerinnen der Kompetenzgruppe MD zugeordnet wurden, weisen zu den späteren Erfassungszeitpunkten alle Bewohnerinnen Charakteristika der beiden schwer demenzkranken Kompetenzgruppen auf. Diese Entwicklung ist vor dem Hintergrund der Progredienz einer dementiellen Erkrankung durchaus erwartungsgemäß.

. Die Untersuchungsgruppen können hinsichtlich ihres Musters erhaltener Kompetenzen trotz der in allen Fällen weit fortgeschrittenen kognitiven Beeinträchtigungen als relativ vergleichbar gelten, da alle mehrheitlich der Gruppe SD-S zugeordnet wurden. Die Referenzwerte, die HILDE für die vier verschiedenen Kompetenzmuster spezifische Referenzwerte im Sinne eines Vergleichsmaßstabes bereitstellt, werden neben dem Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen als zusätzlicher Beurteilungsrahmen der Lebensqualität für beide Untersuchungsgruppen herangezogen.

4.2 Ergebnisse zu Lebensqualität der demenzkranken Menschen

4.2.1 Anzahl Medikamente und Schmerzerleben

Psychopharmaka

Vor dem Hintergrund der Multimorbidität der Bewohnerinnen stellt eine angemessene Medikation eine wichtige Bedingung für Lebensqualität dar. Häufig findet sich bei schwer demenzkranken Menschen insbesondere bei solchen mit ausgeprägten psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten eine erhöhte Gabe von Psychopharmaka. Für diese Evaluation wurde – wohlwissend, dass es eine mindestens ebenso bedeutsame Voraussetzung für Lebensqualität darstellt – nicht die Art oder Wirkstoffgruppe der verordneten Medikamente, sondern lediglich die Anzahl bzw. die Veränderung der Medikation (Dosis/Art des Medikaments) erfasst.

Der Vergleich der Anzahl verschiedener Psychopharmaka zeigt statistisch zu keinem der Erhebungszeitpunkte signifikante Unterschiede. Dennoch ist auf deskriptiver Basis (vgl. Tabelle 4.2.1a) zu erkennen, dass zu t1 die Bewohnerinnen des WB Emmaus durchschnittlich fast doppelt so viele Psychopharmaka erhielten als die Bewohnerinnen der Vergleichsgruppe.

Tabelle 4.2.1a: Durchschnittliche Anzahl der Psychopharmaka im Gruppenvergleich (t1-t6)

Untersuchungsgruppe	Erhebungszeitpunkt					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
VG	1.2	1.3	0.8	0.7	1.0	1.3
Emmaus	2.3	1.7	1.7	1.4	1.5	1.3

Der Verlauf über alle Erhebungszeitpunkte hinweg zeigt jedoch eine *deutliche Reduktion* dieser Medikamente bei den Bewohnerinnen des WB Emmaus, der vor allem auch zu den drei letzten Zeitpunkten stabil bleibt. Auch für die Vergleichsgruppe zeigt sich bis t3 zunächst eine geringe Anzahl Psychopharmaka, allerdings steigt die Anzahl bis zum letzten Erhebungszeitraum wieder auf die zu t1.

Tabelle 4.2.1b: Dosisveränderung Psychopharmaka im Gruppenvergleich (t1-t6)

Dosisveränderung Psychopharmaka (N)	T1-T2		T2-T3		T3-T4		T4-T5		T5-T6	
	VG	E	VG	E	VG	E	VG	E	VG	E
keine	4	5	3	3	3	5	3	5	2	5
Reduktion	-	-	1	3	-	2	1	1	-	2
Erhöhung	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-

Tabelle 4.2.1b zeigt zusätzlich, dass insgesamt 8 Mal eine Reduktion der Dosis bei Bewohnerinnen des WB Emmaus, dagegen lediglich 2 Mal bei denjenigen der Vergleichsgruppe vorgenommen wurde. Diese Reduktion lässt eine Veränderung der Verhaltensauffälligkeiten bei den Bewohnerinnen des WB Emmaus schließen, die eine Anpassung der Medikation möglich bzw. notwendig machte.

Schmerzerleben und analgetische Versorgung

Schmerzen sind, unabhängig von ihrer Ursache und Intensität, stets als eine Beeinträchtigung der Lebensqualität zu betrachten. Im Pflegekontext geben Schmerzäußerungen häufig Anlass zur Prüfung der Gesundheitssituation des Demenzkranken (inkl. Medikation). Die Schmerzerfassung bei der HILDE-Einschätzung berücksichtigt jede Art des vom Demenzkranken *aktuell* empfundenen Schmerzes, unabhängig davon, ob diese Schmerzen kurzfristig oder anhaltend bzw. wiederkehrend (*chronische* Schmerzzustände) sind.

Als Hilfestellung zur Fremdeinschätzung vorliegender Schmerzen gibt HILDE *beobachtbare Verhaltensweisen* an, die bei verschiedenen intensiven Schmerzzuständen erwartet werden können. Als Referenzmaßstab zur Beurteilung des Schmerzniveaus generell wurde auf der Basis Ergebnisse der HILDE-Studie das Niveau des Schmerzerlebens der Bewohnerinnen der Kompetenzgruppe SD-S herangezogen, da sie bezüglich der Einschlusskriterien für den WB Emmaus am ehesten vergleichbar ist.

Neben dem höheren Ausgangsniveau fällt auf, dass die Bewohnerinnen des WB Emmaus ab dem 2. Erfassungszeitpunkt ein geringeres Schmerzerleben aufwiesen als diejenigen in der Vergleichsgruppe (vgl. Tabelle 4.2.1c). Auch ist das Schmerzniveau der Vergleichsgruppe über den Erhebungszeitraum mit dem Referenzwert der Kompetenzgruppe SD-S vergleichbar, während die Bewohnerinnen des WB Emmaus deutlich darunter liegen, d.h. ein deutlich geringeres als für die Kompetenzgruppe SD-S zu erwartendes Schmerzerleben aufweisen. Möglicherweise hat hier der kontinuierlichen Kontaktes der Pflegenden mit den Bewohnerinnen besondere Bedeutung, da Verhaltensänderungen früher und leichter bemerkt werden und so zeitnah angemessene Interventionen geplant werden können. In den offenen Beschreibungen wurden vor allem Bewegungsschmerzen und diese bei allen körpernahen

(Pflege-) Verrichtungen angegeben. Dabei ließen sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen feststellen.

Tabelle 4.2.1c: Schmerzerleben Gruppenvergleich (t1-t6)

Schmerzerleben (Intensität)	Erhebungszeitpunkt Untersuchungsgruppe											
	T1		T2		T3		T4		T5		T6	
	E	VG	E	VG	E	VG	E	VG	E	VG	E	VG
Kein	-	3	5	2	4	2	4	1	4	1	4	2
Leicht	3	7	1	5	3	5	4	3	2	4	3	2
Mäßig	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Stark	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Die Unterschiede im Schmerzerleben zu t1 sind auf dem 7% Niveau signifikant ($\chi^2=5,5$, $p\leq.07$), somit müssen die Bewohner des WB Emmaus zu t1 insgesamt als schmerzbelasteter gelten. Dieser Unterschied lässt sich zu keinem anderen Zeitpunkt mehr nachweisen. Deutliche, und auch als statistisch signifikant relevante Unterschiede zeigen sich dagegen in der Multilokalität der Schmerzen zu t1 ($\chi^2=5,0$, $p\leq.02$) sowie im Verlauf über den Erhebungszeitraum für beide Gruppen. Während die Anzahl der schmerzenden Körperstellen bei den Bewohnerinnen des WB Emmaus zu t1 deutlich höher war als in der Vergleichsgruppe und auch der HILDE-Referenzgruppe SD-S (durchschnittlich 3,8 vs. 1,4 bzw. 1,3 Körperstellen), nahmen sie bereits zu t2 deutlich ab und blieben auch bis zum letzten Erhebungszeitraum wenig verändert. Zwar war die Ausgangslage für die Vergleichsgruppe zunächst deutlich günstiger, so änderte sich diese Verhältnis schon zu t2, wobei der Unterschied zwischen den Gruppen noch zu t3 ($\chi^2=3,1$ $p\leq.07$) und zu t5 ($\chi^2=3,7$ $p\leq.05$) als zumindest mit starker Tendenz bedeutsam beurteilt werden kann. Auch in Bezug auf die Multilokalität liegt die Anzahl schmerzender Körperstellen bei der Vergleichsgruppe im Bereich der Erwartungen bezogen auf den Referenzmaßstab, während die Bewohnerinnen des WB Emmaus ab t2 deutlich darunter liegen, d.h. deutlich weniger schmerzende Körperstellen aufweisen.

Die identifizierten Gruppenunterschiede haben sich auch in einer unterschiedlichen Gabe von Schmerzmitteln niedergeschlagen. Es lässt sich zeigen, dass im Verlauf des Erhebungszeitraums die Gabe von Analgetika in der Vergleichsgruppe zum Teil stark verändert und zu t4 und t5 ganz abgesetzt wurde, während die Bewohnerinnen des WB Emmaus über den gesamten Erhebungszeitraum eine kontinuierliche Versorgung mit Schmerzmitteln erhielten. Dies kann als Ursache für die höhere Anzahl von Bewohnerinnen ohne Schmerzen in dieser Gruppe interpretiert werden. Die Erhöhung der analgetischen Medikation zum letzten Erhebungszeitraum lässt sich vor dem Hintergrund der Verschlechterung der allgemeinen Gesundheitssituation der Bewohnerinnen verstehen.

4.2.2 Maximal möglicher Bewegungsradius

Der Bewegungsradius einer Person liefert wichtige Informationen darüber, über welchen „*Erlebensraum*“ sie verfügt. Je mehr es der Betroffenen möglich ist verschiedene Orte z.B. auch außerhalb der stationären Einrichtung aufzusuchen, desto vielfältigere Möglichkeiten zur Erfahrung (positiver) Erlebnisse bzw. Erlebens werden damit verbunden sein. Für derartige Erfahrungen ist es nicht entscheidend, ob die Bewohnerin diese Orte selbstständig oder nur in Begleitung bzw. mit Hilfe von Anderen aufsuchen kann. Wichtiger ist vielmehr, dass die anregenden oder entspannenden Merkmale dieser Umweltbereiche regelmäßig, d.h. mindestens einmal in der Woche, erfahren werden können.

Bezogen auf den individuellen Bewegungsradius lässt sich feststellen, dass die Bewohnerinnen der Vergleichsgruppe signifikant häufiger auch den Außenbereich sowie Orte außerhalb der Einrichtung aufsuchten, wie z.B. ein Besuch des Gartens oder der Terrasse mit einem Pflegerollstuhl. Die Unterschiede zwischen den Gruppen werden vor allem zu den letzten drei Erfassungszeitpunkten besonders deutlich (t4: $\text{Chi}^2=9,0$ $p\leq.03$; t5: $\text{Chi}^2=8,9$, $p\leq.01$; t6: $\text{Chi}^2=11,0$, $p\leq.003$). Dies lässt sich wohl am ehesten mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Emmaus Bewohnerinnen erklären. Besonders auffällig ist jedoch, dass keine der Emmaus Bewohnerinnen während des gesamten Erhebungszeitraums nach Angaben der Pflegenden regelmäßig den Außenbereich der Einrichtung erlebten (obwohl die Lage und Nähe zur auch mit Bett zugänglichen Terrasse im Erdgeschoss gegeben waren).

Dieses Ergebnis wurde von der Einrichtungsleitung und den Pflegenden als wichtiger Hinweis für die zukünftige Verbesserung der Lebensqualität der Bewohnerinnen von Emmaus aufgenommen und in der weiteren Pflegeplanung berücksichtigt.

4.2.3 Emotionalität in Alltagssituationen

Die Einschätzung des Gesamteindrucks während der erfassten Pflegesituation unterscheidet sich zwischen den Untersuchungsgruppen zunächst durch die Anzahl der als emotional indifferent erlebten Situationen. Dieser Anteil wächst in beiden Untersuchungsgruppen über den Erfassungszeitraum. Während jedoch eine durch die Pflegenden nicht interpretierbare emotionale Lage in der Bewohnerinnen des WB Emmaus lediglich zu den letzten beiden Erfassungszeitpunkten auftritt, kann in der Vergleichsgruppe zu allen ein gewisser Anteil der beobachteten Emotionen nicht näher bestimmt werden. Dies Ergebnis scheint darauf hin zu deuten, dass es aufgrund der fortschreitenden Erkrankung der Bewohnerinnen generell deutlich schwerer wird emotionale Regungen zu erkennen bzw. diese angemessen zu interpretieren.

Dabei scheinen die Pflegenden im WB Emmaus jedoch insgesamt mit größerer Sicherheit die emotionale Befindlichkeit der Bewohnerinnen interpretieren zu können.

Andererseits wird im Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen deutlich, dass in der Vergleichsgruppe deutlich häufiger ein emotional negativer Gesamteindruck im Sinne von Angst, Trauer oder Ärger berichtet wurde. Deutlich erscheint zudem erneut der Unterschied der emotionalen Reaktionen der Bewohnerinnen des WB Emmaus zwischen t1 und t2. Im Vergleich zur Ausgangssituation vor Einzug in den WB, ist zum ersten Erfassungszeitpunkt nach Einzug (t2) deutlich häufiger ein positiver emotionaler Gesamteindruck und Wohlbefinden bei den Bewohnerinnen dokumentiert worden, der sich in dieser Deutlichkeit nicht in der Vergleichsgruppe findet.

4.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Lebensqualität

Die dargestellten Ergebnisse zur Lebensqualität machen deutlich, dass die Bewohnerinnen des WB Emmaus im Vergleich zu denjenigen in der „traditionellen“ Versorgung in vielen Bereichen durchaus von dieser besonderen Wohnform zu profitieren scheinen. Das zur Erfassung der Lebensqualität eingesetzte HILDE-Instrument erwies sich grundsätzlich als geeignet für diesen Anwendungsbereich der Evaluation einer Pflegeoase. Allerdings muss aufgrund des Gültigkeitsbereichs von HILDE für Demenzkranke in *allen* Stadien ihrer Erkrankung einschränkend darauf hingewiesen werden, dass es in seiner Spezifität für die Zielgruppegruppe der schwerdemenzkranken Menschen der hier dargestellten Studie in manchen Lebensbereichen (z.B. hauseigene Aktivitäten) nur eingeschränkt einsetzbar war. Die Unterschiede der besonderen Betreuungsform im WB Emmaus im Vergleich zur „traditionellen“ Betreuung in der Vergleichsgruppe sind vor allem im Bereich der medizinischen Versorgung und des Erlebens weniger negativer Emotionen zu finden.

Im Hinblick auf die gesundheitliche Situation findet sich erwartungsgemäß eine Verschlechterung der Demenzsymptomatik für beide Gruppen über den gesamten Erfassungszeitraum. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Bewohnerinnen der besonderen Versorgungsform in Emmaus über den gesamten Erhebungszeitraum eine kontinuierliche haus- und fachärztliche Betreuung erfahren, die sich besonders in der gerontopsychiatrischen Betreuung deutlich von derjenigen der Bewohnerinnen der traditionellen Versorgungsform in der Vergleichsgruppe abhebt. Entsprechend lassen sich Unterschiede im körperlichen Gesamtzustand der beiden Gruppen erkennen. Auch in Bezug auf die Medikamenten und Schmerzversorgung scheint die Situation der Bewohnerinnen von Emmaus günstiger zu sein als für diejenigen in der traditionellen Versorgung.

Die im Konzept dieser besonderen Betreuungsform angestrebte kontinuierliche Betreuung findet auch in einer kontinuierlicheren Lebensgestaltung und damit kontinuierlicherem posi-

dem emotionalen Erleben in Alltagssituationen der Bewohnerinnen seinen Ausdruck. Ebenso scheint die deutliche Reduktion der negativen Alltagssituationen nach der Eingewöhnungsphase darauf hinzudeuten, dass diese Betreuungsform geeignet erscheint, negatives Alltagserleben bei besonders vulnerablen demenzkranken Personen zu reduzieren und so zu deren Lebensqualität beizutragen. Hinzu kommt, dass den Pflegenden des WB Emmaus im Vergleich durchschnittlich mehr hilfreiche Interventionen in schwierigen Situationen bekannt waren. Ob es sich dabei jedoch bei den beschriebenen Unterschieden der beiden Untersuchungsgruppen um direkte Effekte der Betreuungsform oder vielmehr um indirekte Effekte z.B. der Auswahl entsprechend besonders geeigneten Personals handelt, kann aufgrund der Datenlage nicht eindeutig geklärt werden.

4.3 Ergebnisse aus den Angehörigeninterviews

Die Angehörigen wurden per Telefoninterview zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten gemäß der unter Abschnitt 1 dargelegten Kontaktstrategie befragt. Entsprechend konnten insgesamt 36 Telefoninterviews mit Angehörigen, bzw. gesetzlichen Vertretern der demenzkranken Bewohnerinnen realisiert werden (vgl. Tabelle 1).

Für das Angehörigeninterview wurde ein strukturierter Leitfaden entwickelt, der sowohl Erwartungen als auch Befürchtungen und ab dem zweiten Erfassungszeitpunkt auch beobachtete Veränderungen sowie Verbesserungsvorschläge für den WB Emmaus bzw. für die traditionellen WBs der Vergleichsgruppe umfasste.

Die Inhalte der Interviews wurden schriftlich festgehalten und inhaltsanalytisch ausgewertet. Diese werden im Folgenden zu den einzelnen Aspekten ausführlich dargestellt. Dabei werden alle Angaben, die im Rahmen des Interviews gemacht wurden, anonymisiert wiedergegeben und alle Informationen, die zur Identifizierung einzelner Personen oder Bewohnerinnen führen könnten, durch zusammenfassende Darstellung neutralisiert.

4.3.1 Allgemeine Erwartungen

Ganz klar kann festgestellt werden, dass ein zentraler Aspekt für alle Angehörigen der Emmaus-Bewohnerinnen, die Hoffnung war, dass die Mitarbeiterinnen ihre Familienmitglieder stets im Blick haben und unmittelbar auf deren Bedürfnisse reagieren können, dies besonders auch in der Nacht. Insbesondere für diejenigen, deren Familienmitglieder vor dem Einzug in Emmaus in Einzelzimmern untergebracht waren, stand dieser Aspekt in besonderem Maße im Vordergrund. Auch die Möglichkeit für die Bewohnerinnen mehr Umweltgeräusche wahrnehmen und dadurch direkter an einem lebendigen Alltag teilhaben zu können, gehörten zu den am häufigsten genannten Erwartungen der Angehörigen.

„...ich erwarte mir mehr direkte Betreuung und dass wenn meine Mutter Hilfe braucht auch eine Schwester gleich reagieren kann..“ (E1, 3).

„... wenn sie dann mehr liegen muss bekommt sie trotzdem mehr Eindrücke mit, weil außen herum etwas los ist.“.. (E1, 6).

„... jemand hört, wenn sie sich nicht wohlfühlt und kann gleich hingehen..“ (E1, 4).

„... ich hoffe, er bekommt mit, dass man sich mehr um ihn kümmert, dass gefühlsmäßig etwas bei ihm an kommt.. auch wenn er es nicht mitbekommt, dass er mehr im Leben ist, Bewegung und Leben im Raum...“ (E1,1).

Auch der im letzten Zitat angesprochene Effekt der *eigenen* Beruhigung hat einen hohen Stellenwert in den Erwartungen der Angehörigen. Viele setzen sich immer wieder mit ihrem schlechten Gewissen, den Vater/Ehemann oder die Mutter/Ehefrau in eine Pflegeeinrichtung gegeben zu haben, auseinander und äußern sich sehr dankbar darüber, dass diese Betreuungsform für sie selbst auch als Entlastung fungieren kann.

„... ich kann ja nur selten kommen, weil ich so weit weg wohne.. aber ich bin jetzt froh, dass sie so gut betreut ist ... da kann ja nichts passieren..“ (E2, 6).

„... für die Pflege bleibt mehr Zeit, das gibt mir ein gutes Gefühl...“ (E2,5).

Die kontinuierliche Anwesenheit der Pflegenden hat aber über die Erwartung der Verbesserung der Betreuung der Demenzkranken hinaus auch den Aspekt, dass die Angehörigen selbst erwarten, besser begleitet zu werden und die Pflegenden bei Fragen und Problemen selbst einfacher ansprechen zu können. Sie haben stets eine Ansprechpartnerin vor Ort, sind in den Pflegeprozess eingebunden und werden in kritischen Lebenssituationen nicht allein gelassen.

„... auch wenn es dann mal soweit ist, bin ich froh, dass ich nicht alleine bin..“ (E1,2).

„... wegen Arbeit kann ich nur unregelmäßig kommen, da seh ich meist niemand..“ (E1,5).

Ein zusätzlicher Aspekt für einige Angehörige war die Möglichkeit eine individuellere Betreuung zu gewährleisten, oder auch die für weniger günstig empfundene bisherige Wohnsituation im AHZ zu verbessern:

„... bisschen ruhiger wird's wohl schon, da die bisherige Mitbewohnerin sehr laut war, das hat sie immer erschreckt...“ (E1, 4).

Einige der Befragten äußerten auch eine abwartende Haltung im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte durch den Umzug.

„... guter Ansatz, ob es etwas bringt bei meiner Mutter, muss man abwarten...“ (E1,2).

„...ob alles so umgesetzt werden kann, bleibt abzuwarten...“ (E1,4)

„... ich möchte das Ganze mal beobachten [...]. wenn etwas Negatives passiert, dann zurück auf die Station, kann ich mir auch vorstellen...“ (E1,2).

4.3.2 Von den Angehörigen beobachtete Veränderungen bei den Bewohnerinnen

In den meisten Fällen wurde von den Angehörigen bzw. Betreuern der Bewohnerinnen von Emmaus eine auffällige Verbesserung vor allem der *Aufmerksamkeit* und *Wachsamkeit* sowie eines ruhigeren Gesamtzustandes beobachtet:

„... es geht ihr schon viel besser, sie ist viel ruhiger..“ (E2, 4).

„...sie wirkt viel wacher....“ (E2, 2).

„... sie ist aufmerksamer und folgt mit den Augen...“ (E3,4).

„... sie lächelt mehr und wird jetzt im Liegestuhl zum Essen gefahren...“ (E3,2).

„... sie ist viel weniger aggressiv....früher hat sie sich gegen Fremdes gewehrt, jetzt verkrampft sie sich weniger....“ (E3,2).

„... sie ist viel ruhiger, benötigt kein Bettgitter mehr und die Medikamente benötigt sie nur noch bei Bedarf...“ (E3,6).

„... lacht und reagiert auf ihre Umgebung...“ (E4,4).

„... sie ist weniger schläfrig...“ (E2,4).

Insgesamt wird aus den Aussagen der Angehörigen deutlich, dass ihrer Meinung nach die besondere Betreuung, die auf dem Wohnbereich Emmaus möglich wird, zu deutlichen Verbesserungen der Befindlichkeit, der Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit der auch schwer demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner beiträgt. Selbst Angehörige, die nicht regelmäßig zu Besuch kommen oder gesetzliche Betreuer, die ihre Betreuten meist nicht vor der Erkrankung kannten, war es möglich die oben geschilderten Verbesserungen zu bemerken. Dennoch müssen diese Befunde mit Vorsicht interpretiert werden, da sie auch im Sinne einer Dissonanzreduktion⁵ für die eigene psychische Befindlichkeit der Angehörigen im Zusammenhang mit einer solchen Entscheidung für ein nahestehendes Familienmitglied fungieren können. Diese Effekte können jedoch aufgrund der vorliegenden Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden.

Solche Veränderungen konnten bei keinem der Bewohnerinnen bzw. Bewohnern der Vergleichsgruppe in der „traditionellen“ Betreuungsform jedoch nachgewiesen werden.

⁵ Nach Festinger (1957) streben Menschen ein Gleichgewicht in ihrem kognitiven System an. Haben Angehörige z.B. ein schlechtes Gewissen, weil sie entschieden haben, dass die Mutter/Ehefrau in ein Pflegeheim einzieht, so werden (meist unbewusst) Hinweise, die darauf schliessen lassen, dass dies die richtige Entscheidung war und es der Betroffenen dort gut geht, gesucht. Dies führt in der Folge zu einer erleichterten Akzeptanz der Entscheidung sowie einem verbesserten subjektiven Wohlbefinden der Angehörigen selbst.

4.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse der Angehörigenbefragung

Die am AHZ praktizierte Angehörigenarbeit kann als wesentlicher Faktor dafür beurteilt werden, dass Angehörige sich ernst genommen fühlen und auch als Partner in der Pflege ihrer demenzkranken Angehörigen einbezogen werden wollen und können. In den wenigen Fällen, in denen die Angehörigen sich nicht ausreichend über die besondere Betreuungsform im WB Emmaus aufgeklärt fühlten waren die Äußerungen – zumindest zu Beginn - wesentlich skeptischer und weniger offen.

Die Präsenz der Pflegenden im WB Emmaus wurde trotz anfänglich kritischer Meinungen als sehr unterstützend beurteilt. Dabei wurden die Entscheidungen für einen Einzug meist in Absprache mit anderen Familienangehörigen und nach Besichtigung des neuen WBs getroffen und mit dem Wunsch nach mehr Teilhabe und Zuwendung begründet.

Die von den Angehörigen beobachtete positive Veränderungen im Verhalten (z.B. ruhiger, aufmerksamer) und des Wohlbefindens (z.B. lächeln) der Bewohnerinnen im WB Emmaus unterstützen die obigen Befunden zur Lebensqualität, sollten in weiterführenden Studien aber die subjektive Bedeutung dieser Effekte für die Angehörigen selbst noch stärker in den Blick nehmen. Als sicherlich von großer Bedeutung für eine gelungene Einführung eines solchen besonderen Pflege- und Betreuungskonzeptes in bereits bestehenden Strukturen muss detailliertes Konzept zur Angehörigenarbeit beurteilt werden.

4.4 Ergebnisse Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiter des Wohnbereichs Emmaus sowie der anderen WBs des AHZ mit „traditioneller“ Betreuung wurden in Form von Fragebögen, die im Haus verteilt wurden und innerhalb des jeweiligen Erhebungsintervalls zurückgegeben werden sollten, befragt (vgl. Tabelle 2). Insgesamt wurden N=147 Interviews realisiert (Emmaus=34).

Dabei standen die folgenden Schwerpunkte „Arbeitsfeld und Qualitätsmanagement“ sowie „Erfahrungen mit dem Wohnbereich Emmaus“ im Mittelpunkt (s. Abschnitt 3.4.2).

Insbesondere die Ergebnisse zur Arbeitsmotivation sowie zum Belastungserleben scheinen von großer Bedeutung zu sein. Hier fallen zwischen den beiden Betreuungsformen signifikante Unterschiede ins Auge. Diese werden daher in der folgenden Darstellung besonders hervorgehoben. Insgesamt arbeiteten 6 der befragten Mitarbeitenden im Wohnbereich Emmaus.

4.4.1 Monatliche Mehrstunden und Arbeitsbelastungen

Eine Mehrbelastung durch Überstunden gaben in der Vergleichsgruppe 46% der Mitarbeiterinnen an, während es in Emmaus immerhin 66,7% waren. Diese Unterschiede blieben auch über den gesamten Erhebungszeitraum erhalten bzw. wurden sogar eher noch deutlicher.

Die Mehrstundenentwicklung in den ersten Monaten nach der Entstehung des neuen Wohnbereiches konnte jedoch durch Veränderungen in der Personalzusammensetzung abgebaut werden.

Entsprechend hat dies auch Auswirkungen auf die Arbeitsmotivation bzw. das Gefühl der Belastung bzw. des Ausgebrannt sein. Die Arbeitsmotivation der Mitarbeiterinnen beider Gruppen war sehr unterschiedlich. Während nur wenige der Mitarbeiterinnen der „traditionell“ betreuten Wohnbereiche angaben, ihre Arbeitsmotivation sei hoch, so scheint dies bei denjenigen des WB Emmaus über den gesamten Erhebungszeitraum sogar mit steigender Tendenz der Fall zu sein. Möglicherweise kann eine günstige Entwicklung bzw. Beeinflussung der Befindlichkeit der schwer demenzkranken Bewohnerinnen trotz der fortschreitenden Prognose dieser Erkrankung im Rahmen der besonderen Betreuung im WB Emmaus, einen schützenden Faktor für die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden darzustellen, indem sie ihr Handeln als befriedigend und motivierend erleben (vgl. Schwerdt, 2005). Die Arbeitsmotivation der Mitarbeitenden beider Versorgungsformen weisen zu allen Zeitpunkten über den gesamten Erhebungszeitraum einen signifikanten Unterschied ($t=2.76$; $p<.04$) auf. Dieser Eindruck verstärkt sich noch weiter, wenn man die Einschätzung der Mitarbeiterinnen auf die Frage nach der Kraft, die sie aus ihrer Arbeit ziehen, berücksichtigt. Fast noch prägnanter sind die hier zu findenden Unterschiede ($t=4.5$, $p<.02$). Die Pflegenden gaben vor allem Erfolg in der Pflegeplanung, die Selbständigkeit bei pflegerelevanten Entscheidungen sowie die bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohnerinnen für ihre Arbeit auf dem WB Emmaus als wesentlich an. Von Mitarbeitenden der Vergleichsgruppe waren diese Aspekte deutlich seltener angegeben worden ($t=-2,8$, $p<.05$).

Die Interpretation, dass die erlebten Pflegeerfolge im WB Emmaus motivierend für die Pflegenden sind liegt hier zwar nahe, jedoch muss auch gesagt werden, dass die Pflegenden selbst sich für (bzw. auch gegen) die Arbeit auf Emmaus entscheiden konnten, so dass eine grundsätzlich hohe Arbeitsmotivation auf vorhanden sein sollte. Gleiches gilt für die Erwartungen der insgesamt verbesserten Arbeitsatmosphäre sowie den Einbezug und das damit verbesserte Verhältnis zu den Angehörigen, die von den Mitarbeitenden des WB Emmaus häufiger benannt und im Verlauf des Erhebungszeitraums auch bestätigt wurde ($t=1,9$, $p<.07$).

Der Blick auf die Frage nach dem Grad der empfundenen Belastung der Mitarbeitenden in beiden Betreuungsformen macht aber deutlich, dass neben der Arbeitsmotivation und der als zufriedenstellend beurteilten pflegerischen Tätigkeit, noch andere Faktoren für die Arbeitssituation eine Rolle spielen. Diesen gilt es besondere Beachtung zu schenken, als dass zu vermuten ist, dass die Mitarbeitenden gerade aufgrund ihrer hohen Arbeitsmotivation dazu neigen, mehr Stunden zu arbeiten bzw. sich emotional auch stärker zu involvieren, als es mit Blick auf ihre psychische Gesundheit gut ist. Die Identifikation mit der Aufgabe, eine persön-

liche Beziehung zu den Bewohnerinnen ist zwar einerseits eine wünschenswerte Arbeitseinstellung. Andererseits bedarf es wohl insbesondere für die Pflegeberufe, die schon vom Grund her sozial eingestellt sind und häufig Schwierigkeiten in der Trennung zwischen Beruf und Privatleben haben, Hilfen und Unterstützung auch von Arbeitgeberseite, um einer gesundheitlichen Überbelastung rechtzeitig vorzubeugen.

4.4.2 Barrieren für die Umsetzung und Fort- und Weiterbildungsbedarfe

Als mögliche Barrieren für den Erfolg der besonderen Versorgungsform im WB Emmaus wurden von den dort arbeitenden Pflegenden der schlechte Gesundheitszustand der Bewohnerinnen, die möglicherweise zu hohen Erwartungen der Leitung sowie eine möglicherweise mangelnde Kooperationsbereitschaft der anderen WBs zum ersten Erfassungszeitpunkt benannt. Im Vergleich hierzu wurden von den Mitarbeitenden der Vergleichsgruppe auch die möglicherweise mangelnde Nachfrage, sowie die Qualifikation der Pflegenden und knappe Ressourcen benannt. Diese Barrieren wurden über den Erfassungszeitraum von den Mitarbeiterinnen des WB Emmaus immer weniger angegeben, während sich in den Einschätzung derjenigen der „traditionellen“ Versorgungsform keine Veränderung ihrer Einschätzungen bzgl. der Barrieren ergab.

Im Hinblick auf Fort- und Weiterbildungsbedarfe kann festgestellt werden, dass insgesamt nur wenig Aussagen hierzu gemacht wurden. Allerdings lassen sich unterschiedliche Bedarfe für die beiden Mitarbeitergruppen identifizieren: Während Mitarbeiterinnen der „traditionellen“ Betreuungsform ihre Bedarfe vor allem im Bereich der Kinästhetik und der gerontopsychiatrischen Informationen sahen, scheinen Mitarbeitenden des WB Emmaus vor allem zur Palliativpflege und Sterbebegleitung (Hospiz) einen Fort- bzw. Weiterbildungsbedarf zu sehen.

Die Erfüllung dieser Bedarfe durch entsprechende Angebote kann im Hinblick auf die Entlastung der Pflegenden einen wesentlichen günstigen Einfluss auf die Arbeitsmotivation bzw. die empfundene Arbeitsbelastung haben.

4.4.3 Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Mitarbeiterinnenbefragung ergeben deutliche Unterschiede in der Arbeitsmotivation sowie –belastung der beiden Gruppen. Insgesamt fühlen sich die Mitarbeiterinnen im WB Emmaus über den Zeitraum der Erfassung besser in der Lage, die besonderen Bedürfnisse der Bewohnerinnen zu erkennen und diesen zu begegnen. So kann die persönliche Identifikation mit den schwer Pflegebedürftigen und des Pflegekonzeptes im WB Emmaus, sowie die damit verbundene Chance zur Erfüllung der ursprünglichen Motive der Berufswahl führt bei der Gruppe der dort Pflegenden zu hoher Arbeitsmotivation und –zufriedenheit beitragen. Aber auch weitere Aspekte unabhängig von der Betreuungsform

können diese mitbestimmen (z.B. Freiwilligkeit), deren Einfluss jedoch nicht eindeutig mit den erhobenen Daten bestimmt werden kann. Die (grundsätzliche) Gefahr für die psychische Gesundheit Pflegender, durch hohe Motivation ihre Selbstpflege zu vernachlässigen und sich über ein gesundes Maß hinaus für ihren Beruf und ihre Aufgabe zu engagieren, muss insbesondere bei der Einführung neuer Konzepte wie auch im WB Emmaus besonders bedacht werden. Es wäre dabei besondere Aufmerksamkeit auf die Selbstpflegekompetenz, ein erfolgreiches Stressmanagement sowie eine angemessene Work-Life Balance möglicherweise schon im Rahmen des Personalkonzeptes zu achten.

Durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote kann Kompetenz im Umgang mit sterbenden Menschen erlangt werden, die neben den pflegfachlichen Kompetenzen wesentlich zu einem professionellen Handeln befähigen und Belastungen durch das Sterben und den Tod im Pflegealltag mindern helfen. Entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote wurden vor Errichtung des Wohnbereich Emmaus für alle Mitarbeitenden und seit Eröffnung des Wohnbereich Emmaus auch weiter fortlaufend im AHZ integriert

Eine Berücksichtigung der oben genannten Aspekte muss jedoch in der Gesamtschau der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung als wesentlicher Erfolgsfaktor für eine langfristige Umsetzung der Konzeption beurteilt werden.

5. Gesamtzusammenfassung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zur Einführung der besonderen Betreuung und Pflege schwer demenzkranker und immobiler Bewohnerinnen im AHZ Karlsruhe Nord-Ost haben deutlich gemacht, dass die ursprünglichen Erwartungen im Hinblick auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Betroffenen sich in vielen Aspekten erfüllt haben. Die Gesamtbilanz zeigt eine Reihe von positiven Effekten für die Erhaltung und Förderung der schwer demenzkranken und immobilen Bewohnerinnen des WB Emmaus im Vergleich zu Bewohnerinnen in Wohnbereichen mit einem „traditionellen“ Betreuungskonzept. Diese werden nicht nur durch ein standardisiertes Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker (HILDE) nachgewiesen, sondern in ihrer Bedeutung auch durch die Wahrnehmung der pflegenden Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern deutlich wahrgenommen.

Als besonders auffälliges Ergebnis im Sinne der Förderung und Erhaltung der Lebensqualität der Betroffenen können die Veränderungen bezogen auf die medikamentöse Versorgung gelten. Sowohl im Bereich der Psychopharmaka (Reduktion) als auch ganz wesentlich bezüglich der Schmerzmedikation (adäquate Therapie) sind deutliche positive Effekte bei den Bewohnerinnen des WB Emmaus im Vergleich zu denjenigen der anderen WBs zu bemerken.

Das Risiko medikamentenbedingter Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten konnte für die

Bewohnerinnen im WB Emmaus verringert und damit die Lebensqualität der Betroffenen gerade auch im Stadium einer weit fortgeschrittenen Demenz erhalten werden!

Die Gesamtschau der Ergebnisse weist jedoch auch einige spezifische Bereiche mit Verbesserungspotential aus (z.B. Bewegungsradius, Pflegesituation, unbeliebte Plätze).

Kritisch muss in jedem Fall die Entwicklung der Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden im WB Emmaus gesehen werden. Um einer langfristigen gesundheitlichen Belastung und in der Folge krankheitsbedingten Ausfällen - und damit einer lebensqualitätswirksamen Verschlechterung der Betreuungssituation für die Betroffenen - vorzubeugen, ist für die Einrichtung solcher Versorgungseinheiten allgemein dringendes Augenmerk darauf zu richten. Dies kann durch entsprechende (verpflichtende) Angebote im Rahmen des Personalkonzepts geschehen, beispielsweise in Form von (präventiven) Stressmanagement-Seminaren oder auch der von den Mitarbeitenden gewünschten Fort- und Weiterbildungswünschen genannten Themen (z.B. Hospiz, bzw. Sterbebegleitung).

Die Interpretation aller gefundenen und dargestellten Unterschiede der beiden Untersuchungsgruppen allein auf die Unterschiede in der Betreuungsform muss jedoch insgesamt mit der gebotenen Zurückhaltung erfolgen (u.a. aufgrund der kleinen Fallzahlen). Weiterführende Studien, die auch die anderen oben diskutierten Ursachen berücksichtigen, sind notwendig, um schlussendlich die ausschließlich auf die Betreuungsform zurückgehenden Effekte eindeutig identifizieren zu können.

Literaturverzeichnis

- Becker, S, Kaspar, R & Kruse, A (2006) Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (5): 350-357.
- Becker, S, Kaspar, R & Kruse, A (2010) H.I.L.DE. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Bern: Huber Verlag.
- Dürmann, P (2001) Besondere stationäre Dementenbetreuung. Vincentz Verlag: Hannover.
- Folstein, MF, Folstein, SE & McHugh, PR (1975) Mini-Mental State (a practical method for grading the state of patients for the clinician). *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189–198.
- Hacker, W & Reinhold, S (1999) Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen: BHD-System. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services GmbH.
- Heeg, S, Radzey, B, Kuhn, C, Weyerer, S, Schäufele, M, Rockenbach, C & Köhler, L(2004) Abschlussbericht zum Projekt: Milieuthérapie – Einführung milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) – Stuttgart. Ein Projekt im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Morrison, RS, Siu, A (2000). A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(4):240-248.
- Perrig-Chiello, P (1997) Wohlbefinden im Alter, Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen. Juventa Verlag, Weinheim.
- 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: Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, 13-21.
- Schmieder, M (2007). Pflegeoase Haus Sonnweid - Eine Oase für Mitarbeiter und Bewohner. *Altenheim* 46(8): 16-18.
- Schwerdt, R. (2005). Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 59-76.
- Rutenkröger, A & Kuhn, C (2008) „Im Blick haben“. Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und 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.