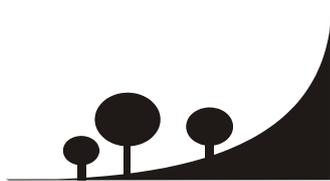




Wissenschaftliche Evaluation der Pflegeoase Vis-à-Vis im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen

Abschlussbericht

Nürnberg, März 2012



Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen



Bayerische
Staatsregierung



Theo-Wormland-Stiftung

Vis-à-Vis-Studie

Wissenschaftliche Evaluation der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und dem Erleben der Mitarbeiter in einer Pflegeoase im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen.

Projektleitung

Prof. Dr. Barbara Städtler-Mach

Vizepräsidentin der Evangelischen Hochschule Nürnberg

Leiterin des Instituts für Gerontologie und Ethik

Wissenschaftliche Mitarbeit und Projektmanagement

Iberé Worofka BA Pflegemanagement

Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Gerontologie und Ethik

Förderung

Diese Studie wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gefördert.

Aktenzeichen

III 3/6574-1/26

Projektlaufzeit

November 2010 – Februar 2012

Kooperationspartner

Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen GmbH

Mühlenweg 5

91235 Rupprechtstegen

info@pflegezentrum-rupprechtstegen.de

Kontakt

Institut für Gerontologie und Ethik

Bärenschanzstraße 4

90429 Nürnberg

info@i-ge.de

www.i-ge.de

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 2 | Theorieteil | 4 |
| 2.1 | Begriffliche Abgrenzung von Lebensqualität bei Demenz..... | 4 |
| 2.2 | Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz | 6 |
| 2.2.1 | Selbst- und Fremdeinschätzung der Lebensqualität | 6 |
| 2.2.2 | Assessmentinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität | 8 |
| 2.3 | Ethische Überlegungen bei der Forschung mit dementen Menschen | 11 |
| 2.4 | Felder der Lebensqualitätsforschung bei Menschen mit Demenz..... | 11 |
| 2.4.1 | Nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren und Interventionen | 12 |
| 2.4.2 | Wohn- und Versorgungskonzepte..... | 13 |
| 2.5 | Probleme der Lebensqualitätsforschung bei Menschen mit Demenz | 15 |
| 2.6 | Vorstellung der Wohn- und Versorgungsform Pflegeoase..... | 16 |
| 2.6.1 | Entwicklungsgeschichte und Konzept | 17 |
| 2.6.2 | Studien in Pflegeoasen und aktueller Forschungsstand | 18 |
| 3 | Methodik | 21 |
| 3.1 | Beschreibung der Forschungssettings | 21 |
| 3.1.1 | Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen..... | 21 |
| 3.1.2 | Entscheidungsgründe für eine Pflegeoase | 22 |
| 3.1.3 | Pflegeoase „Vis-à-Vis“ im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen | 23 |
| 3.2 | Forschungsfragen..... | 25 |
| 3.3 | Forschungsdesign..... | 26 |
| 3.4 | Messinstrumente | 26 |
| 3.4.1 | H.I.L.D.E. | 27 |
| 3.4.2 | Problemzentriertes Interview | 29 |
| 3.4.3 | Standardisierter Fragebogen..... | 29 |
| 3.4.4 | Daten- und Dokumentationsanalyse..... | 31 |
| 3.5 | Auswahl der Studienteilnehmer und Mitarbeiter der Pflegeoase | 32 |
| 3.6 | Stichproben..... | 33 |
| 3.6.1 | Bewohnerstichprobe | 33 |
| 3.6.2 | Mitarbeiterstichprobe | 35 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.7 | Planung und Durchführung der Datenerhebung..... | 36 |
| 3.7.1 | Anpassung des Forschungsdesigns..... | 36 |
| 3.7.2 | Verlauf der Datenerhebungen und Messzeitpunkte..... | 37 |
| 3.7.3 | H.I.L.D.E.-Schulung und Pretest..... | 38 |
| 3.8 | Datenauswertung | 40 |
| 3.8.1 | Auswertung der H.I.L.D.E.-Daten | 40 |
| 3.8.2 | Auswertung der qualitativen Einzelinterview der Mitarbeiter | 41 |
| 3.8.3 | Auswertung der Fragebögen zur psychischen Belastung und Beanspruchung | 43 |
| 3.9 | Ethische Aspekte..... | 44 |
| 4 | Ergebnisse | 46 |
| 4.1 | Daten- und Dokumentationsanalyse | 46 |
| 4.1.1 | Beschreibung der Bewohnerstichprobe..... | 46 |
| 4.1.2 | Beschreibung der Mitarbeiterstichprobe..... | 47 |
| 4.1.3 | Dokumentationsanalyse..... | 48 |
| 4.2 | Lebensqualität der Bewohner nach H.I.L.D.E. | 48 |
| 4.2.1 | Schmerzerleben..... | 48 |
| 4.2.2 | Räumliche Umwelt | 49 |
| 4.2.3 | Aktivitäten | 52 |
| 4.2.4 | Soziales Bezugssystem..... | 58 |
| 4.2.5 | Emotionales Erleben..... | 59 |
| 4.2.6 | Zusammenfassung der Ergebnisse zur Lebensqualität | 68 |
| 4.3 | Mitarbeitererleben in der Pflegeoase | 71 |
| 4.3.1 | Arbeitsplatz Pflegeoase | 71 |
| 4.3.2 | Pflegeverständnis und Pflegebeziehung | 77 |
| 4.3.3 | Belastungserleben | 78 |
| 4.3.4 | Personenbezogene Veränderungen..... | 83 |
| 4.3.5 | Wahrnehmungen und Beobachtungen zum Bewohnerwohlbefinden | 83 |
| 4.3.6 | Erwartungen und Befürchtungen..... | 84 |
| 4.3.7 | Besondere Erlebnisse | 84 |
| 4.4 | Psychische Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter..... | 86 |
| 4.4.1 | Psychische Belastung der einzelnen Mitarbeiter | 86 |
| 4.4.2 | Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Pflegeoase | 86 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.4.3 | Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Wohnbereiche | 87 |
| 4.4.4 | Durchschnittliche Beanspruchung der einzelnen Mitarbeiter | 88 |
| 5 | Zusammenfassung und Diskussion | 90 |
| 5.1 | Beantwortung der Forschungsfragen | 90 |
| 5.2 | Diskussion zur Lebensqualität in der Pflegeoase..... | 92 |
| 5.3 | Diskussion zum subjektiven Erleben der Mitarbeiter in der Pflegeoase..... | 98 |
| 5.4 | Diskussion zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen | 101 |
| 5.5 | Limitationen | 102 |
| 6 | Empfehlungen und Ausblick..... | 105 |
| 7 | Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | 107 |
| 8 | Literaturverzeichnis | 109 |
| 9 | Anhang | 116 |

Ein herzlicher Dank gilt allen an der Studie beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, für deren Engagement, Geduld und kollegiale Zusammenarbeit.

1 Einleitung

Nach der aktuellen Pflegestatistik leben in Deutschland rund 2,3 Millionen pflegebedürftige Menschen. Über 700.000 dieser betroffenen Personen leben in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Paff, 2011, S.4). Aufgrund rückläufiger Geburtenraten und zunehmender Lebenserwartung altert die Bevölkerung Deutschlands von zwei Seiten. Bis zum Jahre 2030 werden Berechnungen zufolge mehr als 33% der Bevölkerung über 65 Jahre sein (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011, S.8) und im Jahre 2050 dürfte jeder siebte Bürger zur Gruppe der 80jährigen gezählt werden (Sütterlin et al., 2011, S.4). Als Folge einer erhöhten Lebenserwartung und einer steigenden Langlebigkeit der Bevölkerung, nimmt auch der Anteil von Menschen mit Demenz weiter zu. Aktuellen Schätzungen zufolge leben in Deutschland heute rund 1,3 Millionen von Demenz betroffene Personen, deren Anzahl weiter stark zunimmt (Sütterlin et al., 2011, S.14). Die stationäre Altenhilfe ist von diesen Entwicklungen in besonderem Maß betroffen.

Die Versorgung von Menschen mit Demenz stellt, gerade im fortgeschrittenen Stadium, eine Herausforderung an bestehende Versorgungs- und Betreuungsstrukturen dar. Durch die stetig steigende Zahl an schwer- und schwerstpflegebedürftigen dementen Bewohnern, eröffnen sich pflegerisch-konzeptionelle, ethische und architektonische Fragestellungen, die geklärt werden müssen (Jonas, 2007). Als eine mögliche Antwort auf diese Fragen entstanden in den späten 1980iger Jahren die ersten Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Mit dieser neuen Art der stationären Versorgung konnten bereits positive Entwicklungen im Verhalten und Wohlergehen der dort lebenden Bewohner festgestellt werden (Radzey et al., 2001, S.43; Reggentin, Dettbarn-Reggentin 2006, S. 66-77). Ein weiterer Ansatz entwickelt sich seit 1998 mit Gründung der ersten Pflegeoase im Krankenhaus Sonnweid, im schweizerischen Wetzikon. Der konzeptionelle Grundgedanke ist eine gemeinschaftliche Versorgung und Pflege von Bewohnern mit fortgeschrittener Demenz und hoher Pflegebedürftigkeit in homogenen Kleingruppen von sechs bis sieben Personen. „Der Mensch scheint, wenn die kognitiven Fähigkeiten schwinden, sich in einer Gemeinschaft aufgehoben und sicherer zu fühlen.“ (Schmieder, 2007, S.16). Diese wiederkehrende Beobachtung der Einrichtung Sonnweid, war handlungsleitend für die Implementierung der Pflegeoase, da die herkömmliche Versorgung im Einzelzimmer den Bedürfnissen dieser Bewohner nicht mehr gerecht werden konnte (Schmieder, 2007). Das

Kuratorium Deutscher Altenhilfe (KDA) sprach sich seinerzeit entschieden gegen diese Versorgungsform innerhalb der stationären Altenhilfe aus. Die Wahrung der Individualität und Würde des Bewohners könne nur in einem Einzelzimmer gesichert sein (Jonas, 2007). Erst einige Jahre später, nachdem sich bereits zahlreiche Einrichtungen für eine Pflegeoase entschieden hatten, lenkte das KDA ein und entwickelte das Konzept der qualitätsgeleiteten Pflegeoase. Bei dieser Form der Pflegeoase werden die Einzelzimmer der Bewohner erhalten, allerdings mit der baulichen Besonderheit, dass sich alle Einzelzimmer in einen großen Gemeinschaftsraum hin öffnen (Jonas, 2009).

Mit Entstehung der Pflegeoase Holle im Landkreis Hildesheim, die in Begleitung des Demenz Support Stuttgart gegründet wurde, ergaben sich erstmals auch wissenschaftliche Einschätzungen zu dieser Versorgungsform. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es in Deutschland keine wissenschaftlichen Studien zur Umsetzung oder zur Wirkungsweise der Versorgungsform Pflegeoase auf die dort lebenden Bewohner (Rutenkröger, Kuhn, 2008a, 2008b). Neben den Empfehlungen des KDA definierte auch das Bayerische Sozialministerium eine Reihe von Kriterien, die für einen Umzug in eine Pflegeoase gegeben sein müssen. Dazu gehören Merkmale wie weit fortgeschrittene Demenz, Immobilität, stark eingeschränkte verbale Kommunikation und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand (Müller, 2011). Seit der wissenschaftlichen Begleitung in Holle entstehen zahlreiche Studien zur Evaluation von Pflegeoasen in ganz Deutschland, die unter anderem der Frage nach Lebensqualität und Wohlergehen der dort lebenden Menschen nachgehen (Rutenkröger, Kuhn, 2008a; Dettbarn-Reggentin, Reggentin, 2010; Brandenburg et al., 2011; Schuhmacher et al., 2011; Hotze et al., 2011). Die an diesen Studien beteiligten Institutionen gründeten Ende 2010 die Expertengruppe Pflegeoase (Brandenburg et al., 2011, S.9). Die Weiterentwicklung und Erforschung von speziellen Versorgungsangeboten für Menschen mit Demenz erweist sich, wegen den enormen Anforderungen an Pflege und Betreuung dieser Bewohner, als unbedingt notwendig (Dettbarn-Reggentin, 2008). Allerdings gestaltet sich das methodologische Vorgehen bei Evaluationsstudien im Setting schwierig, was bereits bei der Festlegung von Effektivvariablen, wie der Lebensqualität des Bewohners, deutlich wird (Radzey et al., 2011, S. 32). Außerdem stoßen die bevorzugten Studiendesigns der evidenzbasierten Forschungspraxis zur Entwicklung operationalisierbarer Ergebnisse, in einem psychosozialen Forschungsfeld wie der Pflegeoase an ihre Grenzen (Woods, 1999;

Bartholomeyczik, 2011, S.35). Des Weiteren bestehen in der Fachwelt unterschiedliche Ansichten darüber, ob sich die Lebensqualität bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz durch Fremd- oder Selbsteinschätzung überhaupt erfassen lässt (Roick et al., 2007; Riepe, 2010).

Ausgehend von den beschriebenen Entwicklungen von Versorgungskonzepten der stationären Altenhilfe und dem wissenschaftlichen Bestreben diese hinsichtlich der Lebensqualität und des Wohlergehens der dort lebenden Bewohner zu erforschen, ergeben sich für diese Abhandlung folgende Ziele. Neben einer vertiefenden theoretischen Auseinandersetzung mit den Hintergründen, Forschungsfeldern und Problematiken der Lebensqualitätsforschung bei Menschen mit Demenz, erfolgt die Darstellung und Analyse der Lebensqualität von Menschen mit fortgeschrittener Demenz anhand der Ergebnisse einer Forschungsstudie in der „Pflegeoase Vis-à-Vis“.

Die Vis-à-Vis-Studie entstand im Rahmen des gleichnamigen Modellprojekts im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen. Die wissenschaftliche Begleitung des Instituts für Gerontologie und Ethik an der Evangelischen Hochschule Nürnberg, wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen gefördert. Einer Umsetzung des Modellprojekts wurde von der zuständigen Heimaufsicht, auf Grundlage der Erprobungsklausel Art. 17 des Pflege- und Wohnqualitätsgesetz 2008, zugestimmt. Infolge einrichtungsinterner Überlegungen, nennt sich die Pflegeoase seit Beginn 2012 „Pflegerufugium Vis-à-Vis“. Die Bezeichnung wird allerdings innerhalb dieser Abhandlung nicht verwendet.

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung sind alle Aussagen in diesem Dokument als geschlechtsneutral zu verstehen.

2 Theorieteil

Im nachfolgenden Teil sollen die theoretisch wissenschaftlichen Hintergründe zur Studie, Begriffsklärungen und der aktuelle Stand der Forschung dargestellt werden.

2.1 Begriffliche Abgrenzung von Lebensqualität bei Demenz

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Lebensqualität als „individuals perception of their position in life in the context of the culture and the value systems in which they live an in relation to their goals, expectations, standards and concerns.“ (WHO, 1997, S.1) Weiter beschreibt die WHO Lebensqualität als ein weitreichendes Konzept, das auf komplexe Weise durch die körperliche Gesundheit, die psychische Verfassung, den Grad an Unabhängigkeit und sozialen Beziehungen beeinflusst wird. Brandenburg et al. (2011) resümieren zu ihrer theoretischen Auseinandersetzung hinsichtlich der Lebensqualität, im Speziellen bei Menschen mit schwerer Demenz, Lebensqualität sei nicht nur die Befriedigung basaler Bedürfnisse wie z. B. Nahrung und körperliches Wohlbefinden, sondern auch die Berücksichtigung komplexer Bedürfnisse wie Selbstbestimmung und Würde des Betroffenen. Darüber hinaus spielt das soziale Umfeld mit seinen Anreizen zur Beschäftigung und den sozialen Kontakten eine wesentliche Rolle bei der Betrachtung der Lebensqualitätsbedingungen von Menschen mit Demenz (Brandenburg et al., 2011, S.24). Die Einschätzung der Lebensqualität sollte daher nicht losgelöst vom jeweiligen Kontext geschehen. Lebensqualität ist keine für sich allein stehende Größe, sondern multidimensional. Für eine Definition der Lebensqualität von Menschen mit Demenz müssen zahlreiche Variablen einbezogen werden, wie z. B. der Einfluss von Begleiterkrankungen der Demenz auf die Lebensqualität des Betroffenen. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen und den damit verbundenen Verhaltensänderungen, kann die Lebensqualität beeinflusst werden. Allerdings bedarf es hierzu noch einer vertiefenden Forschung (Whitehouse, 1999).

In der Lebensqualitätsforschung sind drei Grundansätze bestimmend. Hierbei wird zunächst nach dem schwedischen (level of living-approach) und dem amerikanischen (quality of life) Ansatz der Lebensqualität unterschieden. Beim level of living-approach wird Lebensqualität als das Ausmaß definiert, in dem Menschen dazu in der Lage sind ihr Leben, unter Verwendung von Ressourcen unterschiedlicher Art, nach den eigenen Bedürfnissen gestalten zu können (Erikson, 1993, zit. aus Becker et al. 2006, S.351). Der amerikanische Ansatz hingegen betont die Bedeutung subjektiver Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse bei

der Definition von Lebensqualität (Campbell et al., 1976, zit. aus Becker et al. 2006, S.351). Fließ (2011) beschreibt hierzu einen dritten Ansatz der Lebensqualitätsforschung und bezieht sich hierbei auf den integrativen Ansatz nach Mayring (1991), der zwischen dem schwedischen und dem amerikanischen Ansatz zu verorten ist (zit. aus Fließ, 2011, S.12).

Ausgehend von diesen Ansätzen gibt es verschiedene Lebensqualitätsmodelle. Nach dem Modell von Volicer und Bloom-Charette (1999), definiert sich Lebensqualität von Menschen mit Demenz aus dem Zusammenspiel von drei Bereichen und benennen diese als bedeutsame Aktivitäten, medizinische Aspekte und psychiatrische Symptome. Ein Mensch mit Demenz sollte im Rahmen seiner Möglichkeiten aktiv sein, wodurch er in sein unmittelbares Umfeld eingebunden wird und einer Isolation und Apathie vorgebeugt werden kann. Außerdem muss der Einsatz von medizinischen Interventionen sorgfältig abgewogen werden, im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen. Auch die Einschätzung zu psychiatrischen Symptomen wie Agitation und Halluzination sollte mit Bedacht geschehen, denn nicht jedes Symptom führt zu einer Verminderung der Lebensqualität des Betroffenen. In der Berücksichtigung dieser drei Bereiche liegt für Volicer und Blomm-Charette die Lebensqualität von Menschen mit Demenz begründet (Volicer, Blomm-Charette, 1999, zit. aus Ruthenkröger, Boes, 2006, S.12-13). Ein weiteres Modell zur Definition von Lebensqualität stammt von Veenhoven (2000). Im Mittelpunkt stehen die verfügbaren Ressourcen zur Verwirklichung individueller Präferenzen und Zielvorstellungen einer Person. Die hierfür eingesetzten Ressourcen können materieller (z. B. Einkommen) oder immaterieller (z. B. Gesundheit oder kognitive Leistungsfähigkeit) Herkunft sein. Nach diesem Modell würde, bei der theoretischen Beurteilung der Lebensqualität eines Menschen mit Demenz, der Verlust der kognitiven Fähigkeiten nicht die einzige bestimmende Variable sein (Veenhoven, 2000). Das letzte an dieser Stelle zu nennende Modell stammt von Lawton et al. (1994), der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in die vier Dimensionen Subjektives Wohlergehen, Objektive Umwelt, Erlebte Lebensqualität und Verhaltenskompetenz differenziert.

Jedes dieser genannten Modelle repräsentiert den wissenschaftlichen Anspruch, Lebensqualität besser verstehen und erforschen zu können. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass die persönlichen Auffassungen von Lebensqualität entwickelbar sind und sich im Laufe des Lebens verändern. Dieser Entwicklungsprozess erschwert die Definition von

Lebensqualität und deren Erhebung. „Part of this evolution of the human person involves domains that are difficult to incorporate within the scientific framework.” (Whitehouse, 1999, S. 110).

Künftige Bestrebungen zum Verständnis von Lebensqualität müssen sich auf zwei wesentliche Bereiche richten. Zum einen muss der Begriff Lebensqualität weiter präzisiert und gegensätzliche Perspektiven geklärt werden. Die in der Forschungswelt geführte Debatte um die Möglichkeiten des Forschungszugangs (quantitativ versus qualitativ) und der zugrundegelegten Erhebungsperspektive (subjektiv versus objektiv) in der Lebensqualitätsforschung, sollte in einen Prozess der Klärung übergehen. Zum anderen bedarf es einer differenzierten Abgrenzung zu ähnlichen verwandten Begriffen wie Wohlbefinden oder Lebenszufriedenheit, wofür weitere Studien benötigt werden (Haas, 1999).

2.2 Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz

Die nachfolgenden Unterkapitel erklären die unterschiedlichen Ansätze zur Erfassung der Lebensqualität, im Besonderen bei Menschen mit Demenz und geben einen Überblick über Assessmentinstrumente die hierfür zum Einsatz kommen könnten.

2.2.1 Selbst- und Fremdeinschätzung der Lebensqualität

Um Lebensqualität bei Menschen mit Demenz erfassen zu können, existieren drei Zugangsmöglichkeiten. Die direkte Beobachtung von Verhaltensweisen und Aktivitäten, die in Zusammenhang mit der Lebensqualität gesehen werden, Proxy-Reports (Fremdbeobachtung) durch Angehörige oder Pflegende sowie die Selbsteinschätzung (Self-Reports) der Betroffenen selbst (Enßle, 2010, S.43; Whitehouse, 1999). Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. ergänzt hierzu noch die zunehmende Bedeutung der Dokumentenanalyse (MDS, 2009, S.17). Jeder dieser Erhebungsmöglichkeiten hat ihre Stärken und Schwächen. Bei der Fremdbeobachtung wird die subjektive Perspektive zur Lebensqualität des Betroffenen nicht erfasst. Diese Vorgehensweise der Datenerhebung wird im fortgeschrittenen Stadium der Demenz empfohlen (Whitehouse, 1999; Nagile 2007). Aufgrund der Beeinträchtigungen von Sprache, Gedächtnis und insbesondere von Verständnis und Urteilskraft, ist es schwer für Menschen mit Demenz Fragen zur eigenen Lebensqualität zu beantworten (Whitehouse, 1999).

Die Meinungen der Fachwelt darüber, ob Lebensqualität überhaupt messbar ist und bis zu welchem Grad der Demenz durch Selbsteinschätzung noch valide Daten zu erwarten sind, gehen auseinander. Brod et al. (1999) erklären anhand einer Studie, dass Selbsteinschätzung der Lebensqualität bei dementen Menschen mit einem MMST > 12 in 95 von 99 Fällen möglich war. Dagegen konnte in einer anderen Stichprobe mit weiter fortgeschrittenen kognitiven Einschränkungen und einem MMST zwischen 3 und 11, ebenfalls valide und reliable Daten zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität nachgewiesen werden (Hoe et al., 2005). Mozley et al. (1999) konnten ebenfalls bei dementen Menschen mit erheblichen kognitiven Einschränkungen valide Aussagen zu deren Lebensqualität erhalten, sofern bei den MMS-Testungen die Einzelwerte der Betroffenen zur örtlichen Orientierung oder Aufmerksamkeit jeweils nicht unter 2 oder bei den sprachlichen Fähigkeiten nicht unter 3 lagen. Wenn einer dieser Fälle vorliegt können demente Menschen nicht mehr sinnvoll zur eigenen Lebensqualität befragt werden. Brod et al. (1999) empfehlen die Selbsteinschätzung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz als anzustrebenden Standard. Allerdings sollte bei Menschen mit schwerer Demenz (MMST < 12) eine Fremdeinschätzung durch Beobachtungsverfahren zur Anwendung kommen.

Trotz der bisherigen Ergebnisse der Studien zu Selbsteinschätzung der Lebensqualität bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz, ist weiterhin zu prüfen, welche Störvariablen bei den bisherigen Studien eine Ergebnisverzerrung bewirkt haben könnten (Gutzmann, 2010). Diese Informationen sind für künftige Studien von großer Bedeutung. Um die Ergebnisse der einzelnen Studien vergleichbarer zu machen, müssen die Schweregrade der Demenz klarer definiert und erhoben werden können (Roick et al., 2007). Neben einer noch nicht eindeutigen Ergebnislage zum validen Einsatz von Instrumenten zur Selbsteinschätzung, ist die Alternative der Fremdeinschätzung durch Bezugspersonen ebenfalls nicht frei von Schwachstellen. Karlawish et al. (2000) beschreiben in ihrer Studie, dass die Schwere der Demenz und die Erfahrungen der Bezugspersonen mit Depression und Belastungen, einen negativen Einfluss auf die Einschätzung der Lebensqualität des Betroffenen haben. Zunehmende Pflegeabhängigkeit und Verhaltensauffälligkeiten bewirken eine negativere Einschätzung der Lebensqualität durch Fremdeinschätzung der Pflegepersonen (Hoe et al., 2006).

2.2.2 Assessmentinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität

Die Erforschung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz begann in den 1980iger Jahren. Vorreiter, speziell für die Erforschung der Lebensqualität bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz, waren die USA, Großbritannien und Australien (Ruthenkröger, Boes, 2006, S.13). Der wesentliche Fokus der Lebensqualitätsforschung bei Demenz liegt auf der Entwicklung geeigneter Assessmentinstrumente (Whitehouse, 1999). Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz können ihre subjektiven Bedürfnisse und Sichtweisen nur erschwert oder gar nicht mehr verbal mitteilen. Für die an der Versorgung und Pflege des Menschen mit Demenz beteiligten Personen wird es zunehmend schwieriger, die Befindlichkeiten direkt zu erfragen. Aus diesem Grund wird durch den Einsatz standardisierter Instrumente, die auf der Beobachtung des Betroffenen basieren, der Versuch einer Annäherung an die Erlebenswelt eines Menschen mit Demenz unternommen (Bartholomeyczik, 2011, S.36; Becker et al. 2011, S.19)

Übersetzt bedeutet Assessment Einschätzung, Beurteilung, Abwägung. Um eine Einschätzung treffen zu können, bedarf es der Informations- und Datensammlung und der anschließenden Interpretation der Daten. Mit einem Assessmentinstrument (standardisiertes Hilfsmittel) können Assessments durchgeführt werden (Bartholomeyczik, 2008).

Der Wunsch nach standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflegepraxis wird immer größer. Durch deren Einsatz versprechen sich die Anwender eine Verringerung des Dokumentationsaufwands sowie mehr Transparenz und Sicherheit bei der Erfassung pflegerischer Leistungen (Bartholomeyczik, Hunstein, 2006). Speziell bei der Pflege und Versorgung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz, liegt die Hoffnung der Beteiligten auf einer Entlastung von der zunehmenden Verantwortung. Das pflegerische Handeln bei Demenz ist häufig von Unsicherheiten getragen, was zu einer unbefriedigenden Arbeitssituation führen kann. Ein standardisiertes Assessmentinstrument könnte diese Unsicherheiten überwinden und die Pflege- und Versorgungsqualität verbessern (Becker et al., 2011, S. 19).

Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz eines standardisierten Assessmentinstruments, ist die Verwendung von wissenschaftlich geprüften Instrumenten. Hierzu werden bestimmte

Gütekriterien angesetzt, auf die das Instrument getestet sein sollte (Batholomeyczik, Hunstein, 2006). Die beiden wichtigsten Gütekriterien sind die Reliabilität und die Validität. Die Reliabilität eines Messinstruments gibt Auskunft über das Maß an Reproduzierbarkeit der Messergebnisse, das heißt, inwieweit das Instrument bei mehrfacher Anwendung das gleiche Ergebnis zeigt. Bei der Bestimmung der Validität geht es um die Frage, ob das Instrument bei der Anwendung genau das Konzept abbildet, das es messen soll. Das Maß an Reliabilität und Validität, das ein Instrument bei dessen Testung erlangt, kann von sehr guter bis schlechter Ausprägung sein, was in der Betrachtung der letztendlichen Güte des Instruments berücksichtigt werden muss (LoBiondo-Wood, Haber, 2005, S.499 ff.). In diversen Übersichtsarbeiten werden die in der Lebensqualitätsforschung bei Menschen mit Demenz eingesetzten Assessmentinstrumente nach Aufbau, Anwendungsbereich, Gütekriterien und zahlreichen anderen Charakteristika beschrieben (Ready, Ott, 2003; Ettema et al., 2004; Schölzel-Dorenbos et al., 2006; MDS, 2009, S.17 ff.). Einige der Literaturreviews beschäftigen sich mit der Darstellung von Instrumenten, die speziell für den Einsatz bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz als geeignet erklärt werden (Thompson, Kingston, 2004; Oppikofer, 2008). Wie aus den genannten internationalen Übersichtsarbeiten hervorgeht, liegen für viele dieser Instrumente entsprechende Nachweise für deren gute Reliabilität und Validität vor. Allerdings ist der internationale Einsatz dieser Instrumente aufgrund der Sprache erschwert. Nur wenige Assessmentinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, stehen in übersetzter Version dem deutschsprachigen Raum zur Verfügung. Drei dieser übersetzten Instrumente sollen, im Hinblick auf die Entscheidungskriterien bei der Auswahl eines dieser Instrumente für die Studie dieser Abhandlung, im Folgenden kurz vorgestellt werden.

Die Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale (QUALID) ist ein von Weiner et al. entwickeltes Instrument (Weiner et al., 2000, zit. aus Thompson, Kingston, 2004) zur Erfassung der Lebensqualität in der letzten Lebensphase von Menschen mit Demenz. Mittels eines standardisierten Interviews von Angehörigen und Betreuenden, werden 11 Items zum Verhalten des Betroffenen systematisiert beantwortet. Hierfür stehen fünf Antwortmöglichkeiten, die die Häufigkeit der erfragten Verhaltensweisen einschätzen sollen, zur Verfügung. Jede Antwortmöglichkeit ist mit einem Punktwert versehen, deren Summe

als die Aussage zur Lebensqualität des Menschen mit Demenz zu werten ist. Der Punktwert 11 ist hierbei als Indikator für höchste Lebensqualität zu erachten, wohingegen ein Wert von 55 auf eine geringe Lebensqualität schließen lässt (Thompson, Kingston, 2004; Rutenkröger, Boes, 2006, S.14). In einigen Pflegeoasenstudien (Brandenburg et al. 2011; Rutenkröger, Kuhn, 2010; Dettbarn-Reggentin, Reggentin, 2010) kamen deutsche Übersetzungen des QUALID von Rutenkröger und Kuhn (2006, S.18) sowie der Universität Bamberg (Brandenburg et al., 2011, S.43) zum Einsatz. Aus systematischen Literaturübersichten zu wissenschaftlichen Testungen des Instruments geht hervor, dass die englische Originalversion des QUALID ein valides und reliables Messinstrument sei (Ready, Ott, 2003; Thompson, Kingston, 2004).

Ein weiteres Instrument, das für den Einsatz bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz empfohlen wird, ist das Well-Being Profil (Bradford Dementia Group, 2001, zit. aus KDA, 2005, S.21 ff.), das vom Kuratorium Deutscher Altenhilfe (KDA) als das Profil für Wohlbefinden übersetzt wurde. Das Instrument umfasst 14 Aussagen (Indikatoren) zum emotionalen Befinden, kognitiven Fähigkeiten und körperlichen Ressourcen z. B. „Zeigt Wachsamkeit und Aktivierungsbereitschaft“ (KDA, 2005, S. 25). Die Häufigkeit des Vorkommens der einzelnen Indikatoren wird durch Fremdeinschätzung vertrauter Personen erhoben und bewertet. Als Ergebnis der Erhebung erhalten die Betreuenden eine Einschätzung, ob der Betroffene in den 14 gewählten Bereichen keine, gelegentliche oder eindeutige Anzeichen von Wohlbefinden aufweist. Das Instrument gibt, je nach Ergebnis der einzelnen Indikatoren, generalisierte Empfehlungen für die Pflegeplanung und Pflegepraxis. Das KDA (2005) beschreibt in seiner Veröffentlichung zum Profil für Wohlbefinden keine Gütekriterien des Instruments. Das letzte in diesem Kapitel zu nennende Assessmentinstrument ist das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzerkrankter Menschen – H.I.L.D.E (Becker et al., 2011). Das H.I.L.D.E. wurde im Rahmen der Adenaustudie (Schuhmacher et al., 2011) und des Projekts im Heywinkelhaus (Hotze, 2011) sowie vom Dialogzentrum Demenz (Rüsing, 2010), bei der Evaluation der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in einer Pflegeoase, verwendet. Die genauen Ausführungen zu diesem Instrument sowie den Gütekriterien ist dem Methodenteil dieser Abhandlung zu entnehmen.

Für eine verantwortungsvolle Lebensqualitätsforschung müssen, neben Unternehmungen für eine differenziertere Abgrenzung der verwendeten Begrifflichkeiten und dem Einsatz von validen und reliablen Assessmentinstrumenten, auch die ethischen Aspekte einer Forschung bei Menschen mit Demenz Berücksichtigung finden.

2.3 Ethische Überlegungen bei der Forschung mit dementen Menschen

Die Forschungsethik hinterfragt die ethisch relevanten Einflüsse, die eine Intervention auf die teilnehmende Person haben kann und befasst sich mit notwendigen Maßnahmen, die zum Schutz dieser Person erforderlich sind (Schnell, Heinritz, 2006, S.17). Demente Menschen zählen zu den vulnerablen Gruppen von Forschungsprobanden und brauchen besonderen Schutz ihrer Rechte. Je weiter die Demenz fortgeschritten ist, desto weniger sind die Betroffenen in der Lage, komplexe Sachverhalte zu verstehen. Eine informierte Zustimmung ist ausgeschlossen (Stoppe, Maeck, 2011, S.153). Eine informierte Zustimmung liegt dann vor, wenn der Proband ausreichend über das Forschungsvorhaben informiert wurde und außerdem genug Zeit und Beratung für die Meinungsbildung zur Verfügung standen. Die Zustimmung darf nicht durch Zwang, Betrug, Gewalt oder Täuschung herbeigeführt werden. Im Falle eines Menschen mit Demenz wäre, aufgrund dessen kognitiver Einschränkungen, die Zustimmung eines gesetzlichen Vormunds erforderlich. Auch hier gelten die beschriebenen Kriterien der informierten Zustimmung (Schnell, Heinritz, 2006, S.21). Darüber hinaus sollte bei der Forschung mit dementen Menschen, auch die innere ethische Haltung integer sein. Aus den Grundsätzen der Medizinethik leitet Sturma (2011, S.94) vier Anerkennungsverhältnisse für den Umgang mit dementen Menschen ab. Hierzu zählen die Anerkennung des Verbots der Instrumentalisierung und des Rechts auf eigene Lebensführung. Außerdem die Anerkennung zur Beförderung des Wohlergehens des dementen Menschen und der Fürsorgepflicht für diesen. Im Sinne eines ethisch korrekten Umgangs mit dementen Menschen, muss dessen körperliche Integrität gewahrt werden, Leid vermieden und ein gerechter Zugang zu Betreuung und medizinischer Versorgung gegeben sein (Sturma, 2011, S.94).

2.4 Felder der Lebensqualitätsforschung bei Menschen mit Demenz

In den folgenden Unterkapiteln sollen verschiedene Ansatzpunkte einer Lebensqualitätsforschung bei dementen Menschen erläutert werden. In zahlreichen Studien werden Interventionen und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz hinsichtlich

der Effekte für die Betroffenen untersucht. Lebensqualität ist in diesem Zusammenhang ein häufig beschriebenes direktes oder indirektes Outcome. Letzteres bezieht sich auf Interventionsstudien, deren eigentliches Outcome z. B. die Verringerung von herausforderndem Verhalten, Angstzuständen oder Schmerzen bei Menschen mit Demenz ist. Im Hinblick auf ein multidimensionales Verständnis von Lebensqualität (Lawton, 1994), kann davon ausgegangen werden, dass durch eine Reduktion von negativen körperlichen und emotionalen Zuständen, auch eine Verbesserung der Lebensqualität zu erwarten ist.

2.4.1 Nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren und Interventionen

Neben den medikamentösen Therapien bei Demenz besteht die Möglichkeit des Einsatzes von Behandlungsverfahren und Interventionen, deren Therapieeffekt nicht auf der Einnahme von Medikamenten beruht, wie z.B. Validation (vgl. Feil, de Klerk-Rubin, 2010). Diese Verfahren sollen zur Milderung von Begleitsymptomen der Demenz und Folgen der Erkrankung, wie die Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit, beitragen. Das übergeordnete Ziel ist es, dem Menschen mit Demenz ein höheres Maß an Lebensqualität zu ermöglichen (IQWiG, 2009, S.157). Die Fülle an Übersichtsarbeiten internationaler Studien zu nicht medikamentösen Therapie- und Behandlungsmaßnahmen (IQWiG, 2009, Radzey et al. 2001) verdeutlicht wiederholt die Komplexität von Demenz und bestätigt die große Bandbreite von Behandlungsansätzen, die mit unterschiedlichen methodologischen Vorgehen beforscht werden. Zwar geben die Ergebnisse einzelner Studien Anhaltspunkte für die Wirksamkeit von nichtmedikamentösen Interventionen, z. B. bei der Ergotherapie oder der körperlichen Aktivierung, allerdings ist bei einer Vielzahl dieser Studien das methodologische Vorgehen häufig als mangelhaft einzustufen. Die Ergebnisse sind häufig widersprüchlich und meist nicht vergleichbar (IQWiG, 2009, S.263), was in einem Forschungsfeld, das so komplex ist, wie die Erforschung von Interventionseffekten bei Menschen mit Demenz, nicht anders zu erwarten ist. Im deutschsprachigen Raum besteht ein enormer Bedarf an größeren Studien zu Interventionsmaßnahmen bei Menschen mit Demenz, weil „[...]Verhaltensweisen kulturspezifisch ausgedrückt und auch wahrgenommen werden und weil Interventionen kulturspezifisch geprägt sind.“ und daher zur jeweiligen Kultur des Menschen mit Demenz passen müssen (Bartholomeyczik, Halek, 2011, S.33).

2.4.2 Wohn- und Versorgungskonzepte

Mit dem Fortschreiten einer Demenz werden die Betroffenen und deren Angehörige mit Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen des Betroffenen sowie der zunehmenden Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, im Besonderen von Gedächtnis und Sprache, konfrontiert. Das Leben in Selbständigkeit und innerhalb der Familie, gestaltet sich zunehmend schwieriger und es muss nach Alternativen von Wohnen und Betreuung gesucht werden. Bis vor einigen Jahren gab es für die Betroffenen lediglich die Möglichkeit in ein Altenpflegeheim zu ziehen. Allerdings sind die kognitiven und somatischen Einschränkungen des dementen Menschen auch in einer stationären Versorgung nicht minder herausfordernd. Das Zusammenleben von dementen und nicht dementen Bewohnern sowie die zusätzlichen Unterschiede hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit, können zu großen Spannungen zwischen den Beteiligten führen (Reggentin, Dettbarn-Reggentin, 2006, S.11).

Innerhalb der stationären Altenhilfe lassen sich drei Versorgungskonzepte voneinander unterscheiden. Das integrative, das teilintegrative oder auch teilsegregative und das segregative Versorgungskonzept. Nach dem integrativen Ansatz leben in einer stationären Pflegeeinrichtung demente und nicht demente Bewohner zusammen. Das Zusammenleben ohne Ausgrenzung und das Miteinander unter den Bewohnern sollen gefördert werden, was ein hohes Maß an konzeptioneller Planung der Einrichtung und Akzeptanz aller Beteiligten fordert. Die teilintegrativen/ teilsegregativen Versorgungskonzepte bilden eine Mischform aus den beiden Grundansätzen. In der Praxis findet dies in der Regel in Form einer gemeinsamen Tagesbetreuung von dementen und nicht dementen Bewohnern statt. Bei der segregativen Versorgungsform wird eine Trennung zwischen dementen und nicht dementen Bewohnern vorgenommen. Dies geschieht sowohl organisatorisch, durch die Anwendung spezialisierter Pflege- und Betreuungskonzepte für Menschen mit Demenz als auch räumlich, durch die Schaffung eigener Wohnbereiche. Diese wiederum können ebenfalls nach unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen, Arbeitsstrukturen oder Kultur gestaltet werden und in der Größe der Bewohnergruppen variieren (Reggentin, Dettbarn-Reggentin, 2006, S.35-37; Radzey et al. S.25).

In den späten 1980iger und beginnenden 1990iger Jahren entstanden in Schweden (groupbonde), Großbritannien (Domus Units), Frankreich (Cantou) und den Niederlanden (Anton-Pieck-hofje) die ersten Wohngruppen für Menschen mit Demenz und markieren

gleichzeitig den Beginn einer neuen Versorgungsform der stationären Altenhilfe. Die Ergebnisse der internationalen Studien zu den oben angeführten Wohngruppen werden von Radzey et al. (2001, S.41-44) zusammenfassend dargestellt. In ihrer Literatur-Expertise stellen Radzey et al. (2001) des Weiteren eine evaluierende Übersicht, zu ausgewählten therapeutischen Interventionsmaßnahmen für Menschen mit Demenz, Wohngruppen und Special Care Units (SCU) sowie verschiedenen Untersuchungsmethoden und Instrumenten zur Erfassung von Bewohner- und Umwelteffektmaßen, vor. Im Hinblick auf die Evaluation der Versorgungsqualität in den untersuchten Wohngruppen schlussfolgern Radzey et al. (2001, S.43), dass in den meisten Untersuchungen positive Effekte für den Bewohner festzustellen sind. Reggentin und Dettbarn-Reggentin veröffentlichen 2006 eine erste deutsche Studie, die die positiven Effekte einer sozialen Gemeinschaft auf Menschen mit einer schweren Demenz belegt. Die Studie hatte zum Ziel, die Wirkungsweise von Wohngruppen für demente Bewohner zu evaluieren und mit der Versorgung in herkömmlichen Einrichtungen zu vergleichen. Die in die Studie eingeschlossenen Bewohner wiesen noch eine gewisse Mobilität auf und konnten die vorhandenen Tagesaktivitäten größtenteils selbständig gestalten. Reggentin und Dettbarn-Reggentin (2006, S. 66-77) zeigen anhand der Ergebnisse ihrer Studie, dass der segregative Wohnansatz messbare Unterschiede zu einer integrativen Versorgung aufweist. So haben die Bewohner der segregativen Wohngruppen ein gesteigertes Interesse an ihrer Umwelt. Die körperlichen Fähigkeiten verringern sich langsamer, als bei den Bewohnern in der herkömmlichen Versorgung und die Häufigkeit der sozialen Kontakte nimmt zu. Außerdem lässt sich in den Wohngruppen ausschließlich für demente Bewohner weniger negative Stimmung erkennen. In der Gestaltung der Versorgungsangebote zeigt sich ein erkennbarer Trend in Richtung Segregation. Innerhalb dieses Versorgungskonzepts werden Wohngruppen und spezialisierte Bereiche für Menschen mit Demenz angestrebt (Radzey et al. S.26). Allerdings ist auch dieses Feld der Lebensqualitätsforschung wissenschaftlich bislang noch unzureichend erfasst, wobei bereits eine große Zahl an Publikationen hierzu existiert (Reggentin, Dettbarn-Reggentin, 2006, S.35-37). Neben Wohngruppen, als mögliche Versorgungsform für Menschen mit Demenz, etabliert sich seit den späten 1990iger Jahren ein weiteres Wohn- und Versorgungskonzept, speziell für Menschen mit fortgeschrittener Demenz und hoher Pflegebedürftigkeit, die sogenannte Pflegeoase. Im Hinblick auf die besondere Ausrichtung dieser Abhandlung wird dem Thema Pflegeoase ein eigenes Kapitel gewidmet. Nach diesem

Einblick in die Forschungsfelder, die sich mit der Lebensqualität von Menschen mit Demenz befassen, folgt nun eine Einführung in die Probleme der Lebensqualitätsforschung bei Menschen mit Demenz.

2.5 Probleme der Lebensqualitätsforschung bei Menschen mit Demenz

In der Konsequenz des untrennbaren Zusammenspiels von unterschiedlichen Behandlungsinterventionen (nichtmedikamentös und medikamentös) und verschiedenen Versorgungsansätzen, sieht sich die Lebensqualitätsforschung mit einer enormen Fülle von Effektvariablen, zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz, konfrontiert. Radzey et al. (2011, S. 32) weisen darauf hin, dass sowohl die Festlegung von Effektgrößen oder Zielvariablen als auch deren Messung in der Versorgungsforschung schwierig sind. Aronson (1994) benennt die wesentlichen Gründe, warum die Evaluation von Versorgungskonzepten für Menschen mit Demenz so anspruchsvoll ist. Breits der Umstand, dass Demenz ein unaufhaltsamer biologischer Prozess ist, dessen funktionale Einschränkungen nicht von der Qualität der Versorgung abhängen, ist bezeichnend für diese Forschungsproblematik. Des Weiteren ist der Verlauf einer Demenz schwer vorhersehbar und kognitive/ nicht-kognitive Symptome können von Person zu Person stark variieren, was die Messungen beeinflussen kann. Außerdem existieren derzeit keine biologischen Marker, die eine klare Diagnose oder das Stadium der Demenz feststellen könnten, weshalb die Messergebnisse nur bedingt vergleichbar sind. Darüber hinaus gibt es keine standardisierte Intervention, anhand derer die Ergebnisse verglichen werden könnten (Aronson, 1994, zit. aus Radzey et al. 2011, S.32-33). In diesem Kontext weist Bartholomeyczik (2011, S.34-35) auf die Notwendigkeit von Begriffsdefinitionen in der Pflegeforschung hin. Die Schaffung von haltbaren Definitionen und die bessere Abgrenzung von Begriffen sowie die klare Beschreibung von Rahmenbedingungen ist eine vorrangige, wenn auch schwierige Aufgabe. Es sei dennoch nicht geklärt, ob die Verwendung von einheitlichen Begriffen und Definitionen auch zu einer besseren Operationalisierung von Forschungsergebnissen führen würde.

Ein weiteres Problem der Lebensqualitätsforschung bezieht sich auf das methodologische Vorgehen bei Interventionsstudien. In einer Übersichtsarbeit zu nicht medikamentösen Interventionen zur Steigerung des Wohlbefindens und der Unabhängigkeit von Menschen mit Demenz, kommt Woods (1999) zu der Schlussfolgerung, dass die wenigsten

eingeschlossenen Studien randomisiert kontrollierte Studien (RCT) waren. In der evidenzbasierten Forschungspraxis wird dieses Studiendesign zunehmend als "Gold-Standard" erwartet (Woods, 1999, S.101; Bartholomeyczik, 2011, S.35). Allerdings werden RCTs vorrangig in Medikamentenstudien verwendet und können nicht ohne Weiteres in ein psychosoziales Forschungsfeld übertragen werden. „There has been far more use of single-case and single-case series. This may be quite appropriate in a field where techniques are at the development stage and certainly allows an individualized approach to be espoused.“ (Woods, 1999, S, 101). Als eine mögliche Antwort auf das Fehlen eines geeigneten methodologischen Designs für dieses komplexe Forschungsfeld, sollte ein möglicher Designmix geprüft und für das praktische Vorgehen ein Methodenmix, aus qualitativen und quantitativen Ansätzen, gewählt werden. Auf diese Weise könnten komplexe Fragestellungen aus verschiedenen Blickwinkeln untersucht werden (Bartholomeyczik, 2011, S.35).

Darüber hinaus sollten die Ergebnisse aus Forschungsstudien sorgfältig geprüft und mit Vorsicht interpretiert werden. In einer Studie von Lawton et al. (1996) wurden die positiven und negativen emotionalen Zustände (Freude, Ärger, Angst, Traurigkeit, Interesse und Zufriedenheit) von Menschen mit Demenz in einer Special Care Unit untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie geben Grund zur Hoffnung, dass durch direkte Beobachtung des emotionalen Verhaltens von Menschen mit Demenz, ein besseres Verständnis der Betroffenen und in Folge dessen eine gezieltere Einschätzung der Versorgungsqualität erlangt werden können. Auch wenn das für die Studie eingesetzte Instrument eine hohe Reliabilität und Validität aufweist, geben Lawton et al. (1996) zu bedenken, dass die emotionalen Zustände von Menschen mit Demenz sehr unterschiedlich sein können. Dieser Umstand sollte bei der Entwicklung von Konzepten, Behandlungen und räumlich-gestaltenden Maßnahmen für demente Menschen handlungsleitend sein (Lawton et al., 1996).

2.6 Vorstellung der Wohn- und Versorgungsform Pflegeoase

Wie bereits in Kapitel 2.4.2 angesprochen, folgt nun die Erläuterung zur Versorgungsform Pflegeoase, beginnend mit der ersten Pflegeoase Sonnweid. Im Weiteren werden die aktuellen Studien in Pflegeoasen und deren zentrale Ergebnisse vorgestellt.

2.6.1 Entwicklungsgeschichte und Konzept

Die erste Pflegeoase wurde im Jahr 1998 im Krankenhaus Sonnweid gegründet. Seither haben sich zahlreiche Einrichtungen der stationären Altenhilfe für die Umsetzung dieser Versorgungsform entschieden. Schuhmacher et al. (2011, S.32) gehen aufgrund einer Internetrecherche von derzeit 32 Pflegeoasen in Deutschland aus (11 Tages- und 21 Tag/Nachtoasen). Allerdings kann die Anzahl der Pflegeoasen auch höher liegen, da nicht alle Einrichtungen mit ihrer Pflegeoase im Internet werben.

Die Grundidee der Pflegeoase ist die gemeinschaftliche Versorgung einer kleinen Gruppe von schwerstpflegebedürftigen Bewohnern mit einer fortgeschrittenen Demenz (Schmieder, 2007). Pflegeoasen sind als ein Mehrpersonenraum zu sehen, der allerdings nichts mit den Mehrbettzimmern der 1960iger Jahre zu tun hat (Dettbarn-Reggentin, 2008). Charakterisierend für eine Pflegeoase sind das Raumprogramm und die kontinuierliche Präsenz von Pflegenden. Im fortgeschrittenen Stadium der Demenz richtet sich die Lebenswelt der Betroffenen auf die unmittelbare Umgebung und die Beziehung zu vertrauten Personen (Rutenkröger, Kuhn, 2008a). Eine vertraute und überschaubare Umgebung kann sich daher positiv auf das Verhalten und die Erlebenswelt von Menschen mit Demenz auswirken. Die Pflegeoase soll den dort lebenden Bewohnern das Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Wohlbefinden vermitteln. Die dortige Pflege soll nicht nur als die Verrichtung von Handlungen angesehen werden, sondern als Beziehungspflege, die emotionale Zuwendung und Anteilnahme beinhaltet (Schmieder, 2007). Gerade für Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist dieser zwischenmenschliche Aspekt der Pflege von entscheidender Bedeutung.

Eine Kommunikation mit dementen Menschen ist durch fortschreitende kognitive Defizite und eine gestörte Sprache im erheblichen Maße erschwert. Im schlimmsten Falle wird eine Verständigung, gerade im fortgeschrittenen Stadium der Demenz völlig ausgeschlossen (Bollig et al., 2007, S.123). Da jeder Mensch seine eigene Wahrnehmung von der Welt und sich selbst besitzt, müssen durch Kommunikation diese unterschiedlichen Sichtweisen der eigenen Wahrnehmungswelt einander mitgeteilt und erläutert werden. Allerdings kann die eigene Erfahrungs- und Erlebenswelt niemals in ihrer Gesamtheit einer anderen Person begreiflich gemacht werden (Kitwood, 2008, S.108). Durch die ständige Präsenz mindestens

einer Pflegeperson, ist die Möglichkeit für eine aufmerksame Beobachtung der Mimik und anderen Ausdrucksformen des Bewohners gegeben. Folglich können Wünsche und Bedürfnisse nicht nur besser wahrgenommen, sondern auch direkt darauf reagiert werden. Das Raumkonzept der Pflegeoase beinhaltet den gezielten und demenzgerechten Einsatz von Farben, Licht und weiteren stimulierenden Anreizen. Da üblicherweise getrennte Aktivitäten und Funktionen des Tages wie Essen, Schlafen, Pflege und Beschäftigung in einem gemeinsamen Raum erlebt werden, muss für die Bewohner die Möglichkeit des Rückzugs und die Wahrung der Privatsphäre gegeben sein. Dies geschieht durch den Einsatz von Raumteilern, wie Paravents, Schränken und Vorhängen. Außerdem ist die individuelle Gestaltung der direkten Bewohnerumgebung mit vertrauten Gegenständen wünschenswert (Rutenkröger, Kuhn, 2008a). Trotz der eben beschriebenen Kerngedanken, existierte zu keiner Zeit ein einheitliches Konzept Pflegeoase. Im Laufe der vergangenen Jahre haben sich daher verschiedene Oasentypen entwickelt. Die ursprüngliche Form der Pflegeoase in Sonneweid ist eine Pflegeoase auf Dauer. Die Größe der Räume ist abhängig von der Anzahl der Bewohner. Pro Bewohner werden zwischen 14 und 16 qm angezeigt. Die durchschnittliche Belegung bestehender Pflegeoasen liegt bei sechs Personen, was eine Raumgröße von 84-96 qm bedeuten würde. Hinzu kommen noch Nebenräume und sanitäre Anlagen. In einer Pflegeoase auf Zeit wird der Gemeinschaftsraum von den Bewohnern für eine festgelegte Zeit bewohnt. Der Bewohner wechselt in einem ein- bis zweiwöchigen Rhythmus zwischen dem Bewohnerzimmer und dem Gemeinschaftsraum. Ähnlich ist auch der dritte Typ Pflegeoase, der die gemeinschaftliche Pflege und Versorgung auf ein Tagesangebot beschränkt. Die Bewohner kehren in der Regel am Abend in ihre eigenen Zimmer zurück. Allen Oasentypen gemein ist die homogene Zusammensetzung der Bewohnergruppen (Dettbarn-Reggentin, Reggentin, 2010, S.16-17).

Seit der ersten wissenschaftlichen Evaluation der Pflegeoase in Holle, nimmt die Zahl der Forschungsstudien in diesem Setting der stationären Altenhilfe stetig zu. Im Folgenden werden die aktuellen Studien aus Pflegeoasen in Deutschland und Luxemburg, hinsichtlich deren methodischen Aufbaus und den zentralen Ergebnissen, kurz vorgestellt.

2.6.2 Studien in Pflegeoasen und aktueller Forschungsstand

Bis auf die Pilotstudie in Holle (Rutenkröger, Kuhn, 2008a) wurden die Studien in Garching (Dettbarn-Reggentin, Reggentin, 2010), Luxemburg (Rutenkröger, Kuhn, 2010), Adenau

(Schuhmacher et al., 2011), Idar-Oberstein (Brandenburg et al., 2011) und Heywinkelhaus (Hotze et al., 2011) mit einer Kontrollgruppe durchgeführt. Allen Studien gemein, ist die Verwendung von sowohl qualitativen als auch quantitativen Erhebungsinstrumenten. Zur Erfassung der Lebensqualität der Bewohner wurde in drei Studien (Luxemburg, Garching und Idar-Oberstein) das Assessmentinstrument QUALID (Weiner et al., 2000, zit. nach Ruthenkröger, 2006) und in zwei Studien (Adenau, Heywinkelhaus) H.I.L.D.E. (Becker et al., 2011) verwendet. Neben der Lebensqualität der Bewohner wurden Daten zur Mitarbeiter- und Angehörigenperspektive sowie Umweltfaktoren (z.B. Licht und Temperatur) und weiteren bewohnerbezogenen Daten gesammelt (z. B. BMI, Daten zur Kontakthäufigkeit, Diagnosen und Grad der Pflegebedürftigkeit). Alle Untersuchungsgruppen (Programm- und Kontrollgruppe) hatten eine jeweilige Größe von durchschnittlich vier bis acht Personen. Ebenfalls in allen Studien vergleichbar sind die charakterisierenden Merkmale der Stichproben. Der Großteil der in die Studien eingeschlossenen Bewohner wies eine Demenz im fortgeschrittenen Stadium auf, was in der Regel mittels MMST und Reisbergskala dokumentiert wurde. Des Weiteren wiesen die Bewohner eine hohe Pflegebedürftigkeit und eine starke Einschränkung der alltagspraktischen Kompetenzen auf. Alle Bewohner hatten mindestens die Pflegestufe 2, tendenziell aber Pflegestufe 3 und vereinzelt 3+. Die Studien dauerten zwischen ein bis zwei Jahre und haben, bis auf die Studie Heywinkelhaus, ein Längsschnittdesign.

Zum Teil kamen die Studien zu vergleichbaren Ergebnissen. Bei den Bewohnern der jeweiligen Programmgruppen wird ein gesteigertes Aufmerksamkeitsniveau und erhöhte Anteilnahme an der Umgebung festgestellt (Holle, Luxemburg, Garching). Ein weiteres zentrales Ergebnis ist die verbesserte Ernährungssituation der Pflegeoasenbewohner, eine erleichterte Nahrungsaufnahme und eine Erhöhung des BMI (Holle, Luxemburg, Idar-Oberstein). Außerdem kann ein Rückgang von nicht kognitiven Verhaltensauffälligkeiten (Garching, Luxemburg) und eine gesteigerte Kontakthäufigkeit zwischen den Bewohnern und den Pflegepersonen beobachtet werden (Garching). Hinsichtlich des Schmerzempfindens der Pflegeoasenbewohner vermerkt Garching eine Verminderung der Schmerzen, was die Studie in Idar-Oberstein bei ihrer Programmgruppe nicht feststellen kann. Vereinzelt Ergebnisse sind die Reduzierung von Angstzuständen, Abnahme des Muskeltonus, verbessertes Schlafverhalten und eine allgemeine positive Veränderung des psychophysischen

Wohlbefindens. Die Messungen zur Lebensqualität der Bewohner mittels QUALID zeigen vergleichbare Ergebnisse. Die ermittelten Werte lassen für die Bewohner der Pflegeoasen eine tendenziell bessere Lebensqualität erkennen, als für die Kontrollgruppen. In den beiden Studien mit H.I.L.D.E. als Erhebungsinstrument gehen die Ergebnisse eher auseinander. Parallelen ergeben sich im jeweils eingeschränkten Bewegungsradius der Pflegeoasensbewohner im Vergleich zu den Kontrollgruppen und den H.I.L.D.E.-Referenzdaten. In der Studie Idar-Oberstein haben die Bewohner der Pflegeoase mehr positive Kontakte und Alltagssituationen als die Kontrollgruppe. Die Ergebnisse zu diesen beiden Teilfragen des H.I.L.D.E. stellen sich in der Heywinkelhausstudie genau anders herum dar. Hinzu kommt, dass die Kontrollgruppenbewohner dieser Studie zusätzlich auch mehr negative Kontakte und Alltagssituationen haben als die Pflegeoasensbewohner.

Weitere Studien zur Pflegeoasenforschung sind im Jahr 2012 von der Katholischen Fachhochschule Mainz und dem Dialogzentrum Demenz an der Universität Witten-Herdecke zu erwarten. Im Rahmen der Expertengruppe Pflegeoase entsteht derzeit eine Sammelpublikation, bestehend aus den eben angeführten Studien der Mitglieder.

3 Methodik

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen der Forschungsstudie erläutert. Zunächst werden die beiden Forschungssettings, die Forschungsfragen und das verwendete Forschungsdesign vorgestellt. Danach folgen eine Hinführung zur Wahl der verwendeten Messinstrumente und deren detaillierte Beschreibung. Nach den Erläuterungen zur Wahl der Stichproben, anhand der Ein- und Ausschlusskriterien, schließt dieses Kapitel mit den Ausführungen zur Planung, Durchführung und Auswertung der Datenerhebungen sowie den handlungsleitenden ethischen Aspekten dieser Forschungsstudie.

3.1 Beschreibung der Forschungssettings

Nachfolgend werden die beiden Einrichtungen vorgestellt, in denen die Datenerhebungen stattfanden. Ebenfalls werden die Entscheidungsgründe zur Implementierung der Pflegeoase kurz dargelegt.

3.1.1 Senioren-und Pflegezentrum Rupprechtstegen

Die Einrichtung liegt im Landkreis Nürnberg in unmittelbarer Nähe zum Ort Rupprechtstegen, inmitten einer 20.000 Quadratmeter großen Wald- und Wiesenanlage an der Pegnitz. Das Senioren- und Pflegezentrum wurde im Jahre 1997 erbaut und bietet auf sechs Etagen Platz für 151 Bewohner in 17 Einzel- und 64 Doppelzimmern. Die Einzelzimmer haben eine Größe von 13-16 und die Doppelzimmer von 18-24 Quadratmeter. Alle Räume sind alten- und behindertengerecht angelegt und ausgestattet. Die Einrichtung verfügt über 74 beschützte und 77 offene Pflegeplätze, die sich auf alle sechs Etagen verteilen. Die Bewohner der beschützten Bereiche haben durch einen speziellen Fahrstuhl Zugang zu einer ebenfalls beschützten Gartenanlage. Jede Wohngruppe der Einrichtung verfügt über ein Pflegebad, einen Aufenthaltsraum und einen Speiseraum. Die Einrichtung besitzt ein gerontopsychiatrisches Pflege- und Betreuungskonzept und einen eigenen gerontopsychiatrischen Versorgungsvertrag. Die Zielgruppe der Einrichtung sind Menschen mit gerontopsychiatrischen und neurodegenerativen Erkrankungen. Durch eine eigene Küche und Wäscherei ist die hauswirtschaftliche Versorgung zentral in der Einrichtung. Derzeit werden drei ehemalige Bewohnerzimmer zu einem Therapiezentrum umgebaut. Das Sozialteam der Einrichtung vereint Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen wie Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Gerontotherapeuten und Betreuungsassistenten. Im Ethikzirkel werden zu gegebenen Anlässen Fallbesprechungen durchgeführt.

3.1.2 Entscheidungsgründe für eine Pflegeoase

Die Pflegenden des Senioren- und Pflegezentrums Rupprechtstegen erleben in der täglichen Versorgung der Bewohner in ihrer Einrichtung einen ständigen Wechsel zwischen den unterschiedlichen Anforderungsprofilen von nicht dementen und dementen Bewohnern, was häufig als Belastung empfunden wird. Hinzu kommen die Wahrnehmung und Berücksichtigung der jeweiligen Bedürfnisse der dementen Bewohner, abhängig vom Schweregrad und Ausprägung der Demenz. Die Pflegenden der Einrichtung empfanden die Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Bewohnern mit einer fortgeschrittenen Demenz als ungenügend und wünschten sich die Möglichkeit einer besseren Versorgung.

Bei einem Vortrag zur Pflegeoase im Maria-Juchacz-Heim der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Neustadt Aisch/ Bad Windsheim, informierten sich die Leitungen von Rupprechtstegen über das neue Versorgungskonzept Pflegeoase und diskutierten ihre Eindrücke hierzu im hauseigenen Ethikzirkel. Aufgrund der Bewohnerstruktur des Hauses und den Ansprüchen der Pflegenden an die Versorgungsqualität der Bewohner, erschien die Implementierung einer eigenen Pflegeoase als sinnvoll. Nicht nur die Bewohner, sondern auch die dort tätigen Pflegenden sollten von der Pflegeoase profitieren. Der wesentlichste Aspekt bei der Entscheidung für eine Pflegeoase war der Umstand einer gesteigerten Kontakthäufigkeit zu schwerstpflegebedürftigen Bewohnern mit fortgeschrittener Demenz, im Vergleich zur herkömmlichen Versorgung im Einzel- und Mehrbettzimmer.

Gerade diese Personengruppe an Pflegeheimbewohnern benötigt ein hohes Maß an pflegerischen Leistungen und individueller Zuwendung. Außerdem sahen die Leitungen mit einer Pflegeoase die Möglichkeit zu einer intensiven Beobachtung der Bewohner durch die Pflegenden gegeben, die unbedingt erforderlich ist, um die Bedürfnisse der Bewohner zeitnah zu erkennen und darauf reagieren zu können. Des Weiteren stand bei der Konzeptentwicklung zur Pflegeoase im Vordergrund, die entsprechenden personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für eine individuellere Pflege des Bewohners zu schaffen. Die täglichen Pflegemaßnahmen sollen in deren Ablauf und zeitlicher Planung auf den einzelnen Bewohner abgestimmt werden können. Das Ziel der Pflegeoase „Vis-à-Vis“ ist die Erschaffung einer Umgebung, in der die dort lebenden Bewohner Gemeinschaft und Individualität erfahren können und die Sicherheit verspüren, in den Pflegenden ein aufmerksames Gegenüber zu haben, woher auch der Name der Pflegeoase rührt.

3.1.3 Pflegeoase „Vis-à-Vis“ im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen

Die Pflegeoase hat eine Größe von 110 Quadratmeter, mit integriertem Pflegebad. Hinzu kommt noch ein Nebenraum, in dem Pflegemittel und zusätzliche Privatsachen der Bewohner aufbewahrt werden. Im angrenzenden Wohnbereich befindet sich, wie auf jeder Etage des Hauses, ein weiteres Pflegebad mit Badewanne, das von den Bewohnern der Pflegeoase für Therapie- und Wohlfühlbäder genutzt wird. Die Pflegeoase ist durch die 10 Fenster und die 8 Quadratmeter große Dachverglasung über dem Gemeinschaftsbereich ein sehr heller Raum. Über die Dachverglasung eröffnet sich der Blick für die Bewohner auf das angrenzende Waldstück und ermöglicht ein intensives Erleben von Natur und Jahreszeiten. Durch den Einsatz einer automatischen zirkadianen Raumbelichtung, soll der normale Biorhythmus unterstützt werden und für tageslichtorientiertes Licht in der Pflegeoase sorgen.

In der Pflegeoase sind vier Mitarbeiter beschäftigt, die zusammen einen Stellenumfang von 3,87 ergeben, mit einer Fachkraftquote von 75%. In der Zeit von 6.30 bis 21.00 Uhr ist mindestens ein Mitarbeiter in der Pflegeoase präsent. Über die Mittagszeit ist die Pflegeoase doppelt besetzt, durch eine längere Überlappungszeit der beiden Tagdienste. Die nächtliche Versorgung ist über die wohngruppenübergreifende Nachtwache abgedeckt. Die Maximalbelegung liegt bei sechs Personen. Die Pflegeoase befindet sich im vierten Stock der Einrichtung und ist durch zwei Glastüren vom angrenzenden beschützten Wohnbereich getrennt. Zwischen den beiden Türen liegt der bettengängige Fahrstuhl der Einrichtung.



Abb. 1: Grundriss der Pflegeoase Vis-à-Vis

Die Privatsphäre der Bewohner, z. B. bei Pfl egetätigkeiten, soll durch deckenhohe Paneelvorhänge und fließende Vorhänge gewährleistet sein. Die Wohnatmosphäre ist in warmen Naturtönen und aktivierendem Rot gehalten. Zusätzlich werden durch den Einsatz ätherischer Öle und therapeutischer Musik vertraute Rituale für den Bewohner geschaffen. Über die 3x3 Meter große Leinwand ist der demenzgerechte Einsatz von Medien möglich (z. B. Ilse's weite Welt). Des Weiteren befindet sich in der Pflegeoase eine Küchenzeile mit Kühlschrank und Mikrowelle, so dass die über den integrierten Speisenaufzug gelieferten Bewohnermahlzeiten und Getränke, nach dem jeweiligen Belieben der Bewohner adäquat aufbewahrt und erwärmt werden können. Im Eingangsbereich der Pflegeoase befinden sich die Bewohnerschränke, zur Aufbewahrung der Kleidung. Durch den Einsatz spezieller Pflegebetten (Vis-a-Vis Bett, Fa. Völker), die eine Mobilisation im und aus dem Bett unterstützen, sollen die Bewohner aktiviert und in die Gemeinschaft der Pflegeoase integriert werden.

Mit der Implementierung der Pflegeoase „Vis-à-Vis“ soll eine individuelle und bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung von schwerstpflegebedürftigen Menschen mit

einer fortgeschrittenen Demenz gewährleistet werden. Ein weiteres Ziel ist die Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie eine Verbesserung der Wahrnehmung der Pflegenden für die Bedürfnisse von Bewohnern und die Entwicklung von kreativen Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Dadurch sollen die Bezugspflege intensiviert und der Aufbau einer gestaltenden Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohnern gefördert werden. Letztlich sollen auch die Kommunikation unter den Pflegenden und die Qualität der Pflegedokumentation verbessert werden.

Nach einiger Überlegung innerhalb des Projektteams wurde entschieden, keine Veränderung der Pflege- und Betreuungskonzeption der Einrichtung, im Hinblick auf die pflegerische Versorgung und Betreuung, vorzunehmen. Zum einen ist durch diese Konzeption die spezielle Versorgung für Menschen mit Demenz in der Einrichtung bereits bedacht (siehe hierzu Kapitel 3.1.1), zum anderen würde ein vermehrter Einsatz von Therapien oder Betreuung in der Pflegeoase durch das Sozialteam keine realistische und vor allem nicht dauerhaft praktikable Situation für die Einrichtung darstellen. Die zeitlichen und personellen Ressourcen stehen allen Bewohnern der Einrichtung im gleichen Maße zur Verfügung und sollen nicht für die Dauer des Projekts zu Gunsten der Bewohner der Pflegeoase verschoben werden. Dies hätte eine direkte und nicht zu rechtfertigende Benachteiligung der übrigen Bewohner der Wohnbereiche zur Folge.

3.2 Forschungsfragen

Im Rahmen der Studie werden die möglichen Auswirkungen der Versorgung in einer Pflegeoase auf die dort lebenden Bewohner hinsichtlich deren Lebensqualität untersucht und einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Hierzu wurden zwei Forschungsfragen formuliert.

Welchen Einfluss hat das Leben in einer Pflegeoase auf die Lebensqualität von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, nach der Definition des Assessment H.I.L.D.E.?

Wie stellt sich die Lebensqualität, nach der Definition des Assessment H.I.L.D.E., von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, die in einem Einzel- oder Mehrbettzimmer eines Pflegeheims leben, dar?

Außerdem untersucht die Studie das Erleben der Mitarbeiter der Pflegeoase, unter anderem im Hinblick auf Belastungen, Arbeitszufriedenheit sowie Wohlbefinden der Mitarbeiter und Bewohner.

Wie erleben und bewerten die Mitarbeiter der Pflegeoase ihr neues Arbeitsumfeld?

Ein weiterer Untersuchungsgegenstand ist ein Vergleich der Beanspruchung und psychischen Belastung von Mitarbeitern der Wohngruppen und der Mitarbeiter der Pflegeoase.

Wie stellt sich die Beanspruchung und psychische Belastung der Mitarbeiter in der Pflegeoase und den Wohngruppen vergleichend dar?

Zuletzt sollen anhand einer Dokumentationsanalyse ein Vorher-Nachher-Vergleich zu Schmerzmittel- und Psychopharmakaverordnungen, Dekubitusvorkommen und zum Verlauf des Body Mass Index der Bewohnerstichprobe entstehen.

Welchen Einfluss hat die Pflegeoase auf Schmerzmittel- und Psychopharmakaverordnungen, Dekubitusvorkommen und Verlauf des Body Mass Index?

3.3 Forschungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sowohl quantitative als auch qualitative Forschungszugänge gewählt. Für das grundsätzliche Vorgehen zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der Pflegeoase und in der herkömmlichen Versorgung wurde ein nichtäquivalentes Kontrollgruppen-Basisinterventionsdesign (Polit et al., 2004, S.184) bzw. nichtäquivalentes Prätest-Posttest-Design mit Kontrollgruppe (Bartholomeyczik, 2008b, S.72) gewählt. Zur Erfassung der Mitarbeiterperspektive der Pflegeoase wurde ein qualitativer Forschungszugang mit deskriptivem Studiendesign und zur Erfassung der Beanspruchung und psychischen Belastung ein quantitativer Forschungszugang im Querschnittsdesign mit Kontrollgruppe gewählt. Die Dauer der Studie wurde ursprünglich auf 12 Monate festgesetzt (November 2010 bis Oktober 2011).

3.4 Messinstrumente

Nachfolgend werden die Gründe für die Wahl der verwendeten Messinstrumente dargelegt und hinsichtlich Aufbau, Anwendung und Gütekriterien detailliert beschrieben.

3.4.1 H.I.L.D.E.

Bei der Wahl eines geeigneten Messinstruments zur Erfassung der Lebensqualität, musste eine Entscheidung zwischen drei Assessmentinstrumenten getroffen werden, die zum Teil bereits in Pflegeoasenstudien eingesetzt wurden. Zur Auswahl standen das QUALID (Weiner et al. 2000, zit. aus Ruthenkröger, Boes, 2006, S.18), das Wohlbefindensprofil (KDA, 2005, S.21-29) und das H.I.L.D.E. (Becker et al. 2011). Nach sorgfältigem Abwägen der jeweiligen Vor- und Nachteile der genannten Instrumente, fiel die Wahl auf das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Die ausschlaggebenden Argumente waren folgende:

- Validiertes deutschsprachiges Instrument
- Geeignet für Menschen mit schwerer Demenz
- Freie Verfügbarkeit
- Kein einzelner Punktwert als Aussageergebnis zur Lebensqualität sondern ein Lebensqualitätsprofil
- Vorerfahrungen der Einrichtung Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen zu diesem Instrument, durch die Teilnahme an der Entstehung des H.I.L.D.E.
- Instrument soll, unabhängig vom Forschungsprojekt, dauerhaft in das Dokumentationssystem der Einrichtung aufgenommen werden und bei allen Bewohnern Anwendung finden.

Neben den Argumenten, die für einen Einsatz des H.I.L.D.E. sprachen, gab es auch einige Kritikpunkte. Im Vergleich zu den beiden anderen Instrumenten ist das H.I.L.D.E. aufwändiger in der Anwendung und Bearbeitung. Des Weiteren bedarf es eines größeren Schulungsaufwands und die Pflegenden müssen bei der Anwendung unterstützt werden.

H.I.L.D.E. dient der „[...]standardisierten Erfassung und Interpretation der aktuellen Lebensverhältnisse[...]“ (Becker et al., 2011, S.33) von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen. Je nach Schweregrad der Demenz können die Bewohner in die Erfassung ihrer Lebensqualität mit einbezogen werden. Bei weit fortgeschrittenen Demenzen ermöglicht H.I.L.D.E. die Einschätzung der Lebensqualität durch geschulte Pflegepersonen und Angehörige. Bei einer Fremdeinschätzung durch Dritte ist zu beachten, dass die einschätzende Person den jeweiligen Bewohner kennt. Unsicherheiten sind durch

Rücksprachen mit dem Pflorgeteam oder Angehörigen zu klären (Becker et al., 2011, S.33). Das Instrument besteht aus zwei Teilen, dem Erfassungsheft und dem Referenzbogen. Den Referenzbogen wählen die Pflegepersonen anhand der vier Kompetenzgruppen aus. Diese definieren sich nach der Schwere der jeweiligen Demenz und den alltagspraktischen Kompetenzen. Im Erfassungsheft bearbeitet die Pflegeperson die vorgegebenen Merkmals- und Kategorielisten der H.I.L.D.E.-Teilfragen. Diese orientieren sich an den sechs Dimensionen von Lebensqualität nach der Definition von H.I.L.D.E. (Medizinische Versorgung und Schmerzerleben, Räumliche Umwelt, Aktivitäten, Soziales Bezugssystem, Emotionales Befinden und Lebenszufriedenheit). Aus jeder der bearbeiteten Kategorie ergibt sich ein Kennwert. Diese zusammen ergeben das individuelle Profil der realisierten Lebensqualität des dementen Bewohners in den verschiedenen Lebensqualitätsdimensionen nach H.I.L.D.E. Je nach Kompetenzgruppe des Bewohners, vergleichen die Pflegenden nun die eigens ermittelten Kennwerte mit dem entsprechenden Referenzbogen, der die durchschnittlichen Kennwerte aus insgesamt 1784 bewohnerbezogenen Datensätzen zu den vier Kompetenzgruppen enthält, die sogenannten H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Weichen die erhobenen Werte von den Referenzdaten ab, so kann dies auf ein Defizit in einer oder mehreren der sechs Lebensqualitätsdimensionen hinweisen (Becker et al., 2011, S.45-46). Die Pflegenden können anhand der H.I.L.D.E.-Werte des Bewohners Problemlagen lokalisieren und gezielte Förderungsmaßnahmen in die Wege leiten (Becker et al., 2011, S.92). Bei der Überprüfung der Interraterreliabilität der Kennwerte in den sechs Kategorien, errechneten die H.I.L.D.E.-Autoren die Kappa-Koeffizienten (0,63-1,00 je nach Kategorie) und den Prozentsatz direkter Übereinstimmung (81%-100% je nach Kategorie). Zum Nachweis der Replizierbarkeit der Ergebnisse, wurden H.I.L.D.E.-Erfassungen zu zwei Zeitpunkten bei den gleichen Bewohnern durchgeführt. Die Zeitspanne zwischen den beiden Erhebungen betrug 5 und 8 Tage. In sieben von 33 Fällen konnte die zweite H.I.L.D.E.-Erfassung nicht von der gleichen Pflegeperson durchgeführt werden. Die Stabilitätskoeffizienten zu den Kennwerten, die sich aus der Bearbeitung der sechs Lebensqualitätsdimensionen ergeben, waren durchgehend >0 (Range von 0,46-100), was auf Replizierbarkeit der Einschätzungen zur Lebensqualität schließen lässt.

3.4.2 Problemzentriertes Interview

Um das Konzept Pflegeoase und dessen Auswirkungen auf Bewohner und Mitarbeiter differenziert beurteilen und beschreiben zu können, wurde die subjektive Einschätzung der Mitarbeiter zum Erleben in der Pflegeoase benötigt. Zur Erfassung dieser qualitativen Daten wurde das problemzentrierte Einzelinterview mit Leitfaden eingesetzt. Die Prinzipien des problemzentrierten Interviews sind die unvoreingenommene Erfassung von individuellen Handlungen, subjektiver Wahrnehmung und der Art und Weise der Verarbeitung von gesellschaftlicher Realität (Witzel, 2000). Dennoch bedingt der Einsatz eines problemzentrierten Interviews ein gewisses theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis, das durch eine vorangegangene Recherche des bestehenden Fachwissens zum Forschungsgegenstand existiert. Bei der Durchführung des Interviews steht das Erzählprinzip im Vordergrund. Mit offenen Fragen soll der Interviewte angeregt werden, in frei erzählender Weise, seine Sicht zur Problemstellung vorzutragen (Lamnek, 2005, S.364). Unterstützt wird dieser Prozess durch einen Leitfaden, der die Problemstellung in einzelne Fragenbereiche strukturiert (Mayring, 2002, S.70). Die nachfolgende Aufzählung umfasst die inhaltlichen Schwerpunkte bzw. Fragenbereiche zu den Interviews dieser Studie:

- Erwartungen und Befürchtungen an die Pflegeoase
- Ein Tag in der Pflegeoase
- Belastung und Entlastung (körperlich und psychisch)
- Positive und negative Alltagssituationen (konkrete Ereignisse)
- Bewertung der Arbeitszufriedenheit in der Pflegeoase
- Veränderungen der eigenen Personen und des Pflegeverständnis
- Veränderungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern
- Veränderung in der Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohnern
- Reflexion der Erfahrungen (Vorteile und Nachteile der Pflegeoase)

3.4.3 Standardisierter Fragebogen

Als Ergänzung zu den qualitativen Daten zum Erleben in der Pflegeoase, speziell zur Arbeitsbelastung und möglichen Gefährdungen für die Mitarbeiter in diesem Arbeitsumfeld, wurde eine quantitative, schriftliche Befragung mittels eines standardisierten Fragebogens der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) , zur psychischen Belastung und Beanspruchung in der stationären Altenpflege (BGW, o. J. a),

durchgeführt. Für einen direkten Vergleich der Arbeitssituation wurden auch Daten von Mitarbeitern der Wohnbereiche erhoben.

Die BGW stellt den verschiedenen Gruppen der pflegenden Gesundheitsberufe (stationäre Altenpflege, stationäre Krankenpflege und ambulante Altenpflege) mittels standardisierter Fragebögen ein Hilfsmittel zur Arbeitsanalyse des jeweiligen Berufsfeldes zur Verfügung. In dieser Studie wurde die Variante der stationären Altenpflege verwendet. Das Instrument basiert auf der Grundannahme einer präventiven Arbeitsgestaltung und soll in kurzer Zeit sowie in überschaubarer Weise die subjektiv empfundene psychische Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter erfassen. Aus den Ergebnissen und deren Interpretation können konkrete Interventionsmaßnahmen abgeleitet werden und somit Beanspruchungsfolgen vermieden werden (BGW, o.J. a, S.6-7) Die branchenspezifische Entwicklung des Instruments ermöglicht die Berücksichtigung von Merkmalen des Tätigkeitsfeldes der stationären Altenhilfe. Diese basieren auf dem arbeitswissenschaftlich bestätigten Modell der Belastung und Beanspruchung. Demnach entstehen Arbeitsbelastungen aus dem Missverhältnis von positiven und negativen Arbeitsbedingungen. Diese Belastungen können zu Beanspruchungsreaktionen führen und sich schließlich, wenn die Belastungen über längere Zeit bestehen, zu manifesten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Beanspruchungsfolgen führen (BGW, o.J. a, S.47). Die Vorteile des Instruments liegen in dessen einfacher Anwendung und Auswertung, wofür keine weiteren Vorkenntnisse notwendig sind. Der Fragebogen ist ein zweistufiges Verfahren, das in 22 Fragen zur psychischen Belastung und 17 Fragen zur Beanspruchung unterteilt ist. Zur Identifizierung schwieriger gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, werden Arbeitsmerkmale, die nachweislich mit hoher psychischer Belastung zusammenhängen, erfragt. Hierzu zählen die Bereiche Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation und -ablauf, soziales Klima, allgemeine berufliche Einstellung sowie außerberufliche Ressourcen, die zur Kompensation beruflicher Belastungen dienen (BGW, o.J. a, S.18). Die Ergebnisdarstellung der psychischen Belastung erfolgt über das Belastungsthermometer, das Auskunft über die durchschnittliche Gesamtbelastung der Mitarbeiter gibt. Ein weiterer Teil der Ergebnisdarstellung ist das Belastungsprofil. Dieses liefert Hinweise auf mögliche Ursachen für eine ungünstige Arbeitssituation und orientiert sich an den fünf Bereichen des dazugehörigen Fragebogens. Die im Profil angezeigten Normwerte wurden in einer

wissenschaftlichen Studie zur Instrumentenentwicklung statistisch ermittelt. Die Interpretation der Ergebnisse zur psychischen Belastung unterteilt sich in keinen, niedrigen oder einen hohen Interventionsbedarf für die Einrichtung. Ein hoher Wert im Bereich Arbeitsinhalt spiegelt die Überforderung der Mitarbeiter wieder z.B. durch belastende Krankheitsbilder oder ein zu hohes Arbeitspensum, das in zu kurzer Zeit erbracht werden muss. Ein hoher Wert im Bereich Arbeitsorganisation und -ablauf deutet auf einen mangelhaften Handlungsspielraum der Mitarbeiter bei der Erledigung von Tätigkeiten hin. Im Bereich soziales Klima lässt ein hoher ermittelter Wert auf soziale Konflikte, z.B. mit Kollegen, schließen und im Bereich berufliche Einstellung auf eine Unzufriedenheit mit der beruflichen Realität und einer erschwerten beruflichen Selbstverwirklichung. Der letzte Bereich außerberufliche Ressourcen hängt nicht unmittelbar von den Arbeitsbedingungen ab. Die Befragung zur Beanspruchung dient der Identifizierung von Beanspruchungsreaktionen, die zu längerfristigen körperlichen und psychischen Beanspruchungsfolgen führen können (BGW, o.J. a, S.31). Entscheidend für die Analyse der Beanspruchung ist der Ausprägungsgrad an typischen Symptomen, wie Ermüdbarkeit/verringertes Leistungsvermögen, allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigung, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Motivationsmangel, reaktives Abschirmen, Aversion gegenüber Bewohnern und emotionale Erschöpfung (BGW, o.J. a, S.33). Über das Beanspruchungsthermometer wird die durchschnittliche Beanspruchung der Mitarbeiter angegeben, die hoch, überdurchschnittlich, unterdurchschnittlich oder gering sein kann. Je nach Ausprägungsgrad der Beanspruchung ist das Risiko für eine gesundheitliche Beeinträchtigung und ein dem entsprechender Handlungsbedarf mehr oder weniger gegeben (BGW, o.J. a, S.35). Die Limitationen des Instruments hängen mit dessen Praktikabilität zusammen. Durch die Kürze des Fragebogens können nicht alle denkbaren psychischen Belastungen und Beanspruchungen erfragt werden. Außerdem erlauben die Daten keine vollständige Organisationsanalyse (BGW, o.J. a, S.42).

3.4.4 Daten- und Dokumentationsanalyse

Für die Beschreibung der Bewohner- und Mitarbeiterstichproben, wurden anonymisierte soziodemographische sowie relevante pflegerische und medizinische Daten erhoben. Außerdem wurde eine Analyse der Bewohnerdokumentation hinsichtlich

Schmerzmedikation, Psychopharmakagabe, Dekubitusvorkommen und Verlauf des Body Mass Index (BMI) im Studienverlauf vorgenommen.

3.5 Auswahl der Studienteilnehmer und Mitarbeiter der Pflegeoase

Parallel zur Auswahl der Stichprobe erfolgte die Suche nach geeigneten Mitarbeitern für die Pflegeoase und Studienteilnehmern für die Erhebung der H.I.L.D.E.-Daten. Laut Brandenburg et al. (2011, S.122) eignen sich nicht alle Mitarbeiter für die Arbeit in der Pflegeoase. Aus diesem Grund wurden für die Auswahl ebenfalls Kriterien festgelegt, welche die künftigen Pflegeoasensbewohner (und gleichzeitig Studienteilnehmer der Pflegeoasengruppe) aufweisen sollten. Hierzu zählten:

- Empathiefähigkeit
- Interesse in der Pflegeoase zu arbeiten und eine Vorstellung vom Arbeitsfeld
- Berufserfahrung
- Kenntnisse zur Demenz
- Interesse an der Begleitforschung mitzuarbeiten (H.I.L.D.E.-Schulung und Datenerhebung)

Des Weiteren sollte von jedem Wohnbereich der Einrichtung ein Mitarbeiter in der Pflegeoase vertreten sein. Dies hatte den Hintergrund, dass die Pflegeoasensbewohner in der neuen Umgebung eine Bezugsperson haben sollten. Auf diesem Wege würde auch für Datenerhebungen in der Pflegeoase immer ein Mitarbeiter sein, der den Bewohner sehr intensiv von der früheren Versorgung im jeweiligen Wohnbereich kennt und seine Kollegen bei der Datenerhebung unterstützen kann. Denn die wesentlichste Voraussetzung bei der Erfassung der Lebensqualität nach H.I.L.D.E. ist der vertraute Bezug zum Bewohner und Kenntnis über seine Gewohnheiten und Verhaltensweisen. Die potentiellen Mitarbeiter wurden von der Pflegedienstleitung über das Projektvorhaben aufgeklärt. In Mitarbeitergesprächen sollten die Bewerber eine Vorstellung von der Arbeitsweise in einer Pflegeoase bekommen, da sich diese in einigen wesentlichen Punkten (Arbeit alleine, keine Ansprache durch Bewohner und Kollegen) von der Arbeit in den Wohnbereichen unterscheidet. Für die Datenerhebung in der Vergleichsgruppe wurde jeweils ein interessierter Mitarbeiter der entsprechenden Wohnbereiche als Studienteilnehmer ausgewählt.

3.6 Stichproben

Im folgenden Kapitel werden die Ein- und Ausschlusskriterien bei der Wahl der beiden Bewohnerstichproben und der Mitarbeiter sowie deren Auswahlprozess beschrieben.

3.6.1 Bewohnerstichprobe

Im weiteren Verlauf werden die Abkürzungen PG (Pflegeoasengruppe) und VG (Vergleichsgruppe) verwendet.

3.6.1.1 Einschlusskriterien der Bewohnerstichprobe

Bei der Wahl der Einschlusskriterien für die eigene Stichprobe wurden die Bewohnerstichproben aus den derzeit bestehenden Pflegeoasenstudien verglichen und messbare Parameter abgeleitet, die für eine Vergleichbarkeit mit der eigenen Stichprobe und somit der späteren Ergebnisse der Datenerhebung sorgen sollten. Es ergaben sich acht Einschlusskriterien, von denen sieben Kriterien quantitativ erhoben werden konnten.

- Demenzdiagnose
- Bewohner/innen leben seit mindestens 6 Monaten im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen,
- Pflegestufe 3 (SGB VI § 15 Abs. 1 Satz 3)
- Barthel Index < 10 (Mahoney, Barthel, 1965)
- MMST < 9 (Folstein et al., 1975)
- Zuordnung zu den H.I.L.D.E.- Kompetenzgruppen SD-S oder SD-P (Becker et al., 2011, S.84-88)
- Einverständniserklärung zur Studienteilnahme und Umzug in die Pflegeoase durch Angehörige oder Betreuer
- Professionelle Einschätzung (Empfehlung der Pflegedienstleitung, Gerontotherapeutin und Mitarbeiter der Wohnbereiche)

Der professionellen Einschätzung kam beim Auswahlprozess der Stichprobe und der Verteilung in die PG und VG eine besondere Bedeutung zu. Die quantitativ erfassbaren Einschlusskriterien sollten eine Vergleichbarkeit der wissenschaftlichen Ergebnisse bewirken. Darüber hinaus bedarf es aber auch der Einschätzung von Personen, die den Bewohner kennen und wichtige Informationen und Erfahrungen liefern können, ob eine Veränderung

der Lebenssituation eine Verbesserung für den Bewohner mit sich bringen kann oder nicht. Besonders wichtig war diese professionelle Einschätzung bei der Zusammenstellung der PG. Hierbei mussten die möglichen Bewohnerkonstellationen für die Pflegeoase bedacht und gegeneinander abgewogen werden. Das Ziel war es, nicht nur eine homogene Gruppe anhand der quantitativen Einschlusskriterien zu bilden, sondern auch eine harmonische Gemeinschaft und ein entspanntes soziales Klima zu erschaffen.

3.6.1.2 Ausschlusskriterien

Bewohner im Sterbeprozess und mit einer quarantänepflichtigen Infektionskrankheit wurden aus der Studie ausgeschlossen.

3.6.1.3 Prozess der Bewohnerauswahl

Die nachfolgende Tabelle (Tab.1) zeigt den Prozess der Stichprobenauswahl aus den Bewohnern der Einrichtung anhand der Ein- und Ausschlusskriterien, die für diese Studie festgelegt wurden. In einem fünfstufigen Auswahlprozess konnten, von anfangs 33 Bewohnern, 9 Bewohner in die Studie aufgenommen werden. In einem letzten Schritt wurden fünf dieser neun Bewohner, aufgrund einer angenommenen positiven Gruppendynamik, als Bewohner für die PG ausgewählt. Die verbleibenden vier Bewohner bildeten die VG.

Tab. 1: Prozess der Stichprobenauswahl anhand der Einschlusskriterien und Verteilung der Bewohner in PG und VG

| Schritte der Bewohnerauswahl | •Ergebnisse der einzelnen Auswahlsschritte |
|---|---|
| Erste Auswahl von Bewohnern der Einrichtung anhand der Pflegestufe und Dauer der Einrichtungszugehörigkeit | •33 Bewohner mit unterschiedlichen Diagnosen |
| Zweite Auswahl aus dieser Bewohnergruppe anhand der Diagnose Demenz | •24 Bewohner |
| Dritte Auswahl aus dieser Bewohnergruppe durch professionelle Einschätzung der Pflegepersonen | •11 Bewohner |
| Vierte Auswahl aus dieser Bewohnergruppe anhand des Barthel-Index, MMST und H.I.L.D.E.-Kompetenzgruppen | •9 Bewohner |
| Einverständnis der Betreuer/Angehörigen zur Studienteilnahme einholen | •Einverständnis zur Studienteilnahme für alle 9 Bewohner vorhanden |
| Zuordnung der Bewohner in PG und VG anhand der Einschätzung der Pflegepersonen zum Gruppenklima und Maximalbelegung in der Pflegeoase | •5 Bewohner Pflegeoasengruppe (PG) •4 Bewohner Vergleichsgruppe (VG) |

Insgesamt bietet die Pflegeoase „Vis-à-Vis“ Platz für sechs Bewohner. Der sechste Bewohner der Pflegeoase wurde nicht in die Stichprobe aufgenommen, weil dieser Bewohner an einem apallischen Syndrom leidet und keine Demenz vorliegt. Dennoch war dieser Bewohner bei der Konzeption der Pflegeoase als einer der ersten Bewohner von den Leitungen benannt worden, der von einem Wechsel aus der herkömmlichen Versorgung in die Pflegeoase profitieren könnte. Im Hinblick auf das gewählte Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Menschen mit Demenz, wurde bei diesem Bewohner keine Datenerhebung mit H.I.L.D.E. durchgeführt.

3.6.2 Mitarbeiterstichprobe

Für die Erhebung der qualitativen Daten wurden die Mitarbeiter der Pflegeoase sowie eine Nachtwache der Einrichtung interviewt. Da zum Zeitpunkt der Interviews gerade ein Mitarbeiterwechsel stattfand, konnten nur drei von vier Mitarbeitern des Teams zu ihrem Erleben in der Pflegeoase der vergangenen Monate befragt werden. Zur Erfassung der psychischen Belastung und Beanspruchung wurden alle vier Mitarbeiter der Pflegeoase und vier Studienteilnehmer der Wohnbereiche schriftlich befragt.

3.7 Planung und Durchführung der Datenerhebung

Im nachfolgenden Kapitel werden zunächst die Hintergründe für die Anpassung des Forschungsdesigns der Studie erläutert. Im Anschluss erfolgen die Darstellung der einzelnen Planungs- und Vorbereitungsschritte der Datenerhebungen sowie der Ablauf der Datenerhebungen selbst.

3.7.1 Anpassung des Forschungsdesigns

Für die Erhebung der Lebensqualität (LQ) bei den Bewohnern der PG und der VG waren zu Beginn der Studie zwei Messzeitpunkte geplant. Entsprechend der Forschungsfragen sollten aus den Ergebnissen der beiden Erhebungen ein Vorher-Nachher-Vergleich der LQ der Bewohner der PG sowie ein Vergleich der LQ in der Pflegeoase und der herkömmlichen Versorgung abgeleitet werden. Zum Ende des zweimonatigen Erhebungszeitraums zur Erfassung der LQ der Bewohner, entschied sich die Autorin, wegen unplanmäßig hohen Datenausfällen durch das Versterben von vier Bewohnern (drei Bewohner in der PG und ein Bewohner in der VG) innerhalb des ersten Monats seit Bezug der Pflegeoase, für eine Anpassung des Forschungsdesigns.

Im Zentrum der Ergebnisevaluation stand der direkte Vergleich der LQ einer Bewohnergruppe vor und nach dem Einzug in eine Pflegeoase. Diese Art der Evaluationsforschung war bei den bisherigen Pflegeoasenstudien, aufgrund einer bereits bestehenden Belegung zu Studienbeginn nicht möglich. Um die Aussagekraft eines Vorher-Nachher-Vergleichs zu erhöhen wurden in einem zweiten Auswahlverfahren sieben weitere Bewohner in die Studie aufgenommen. Hintergrund dieser Entscheidung war, dass von den potenziellen Nachrückern der Einrichtung in die Pflegeoase eine Vorhererhebung zur LQ nach H.I.L.D.E. existieren sollte. Auf dieser Grundlage könnte bei diesen Bewohner, sollten sie während des weiteren Studienverlaufs in die Pflegeoase einziehen, nach einer vergleichbar langen Eingewöhnungszeit wie bei der bestehenden PG, eine Nachhererhebung zur LQ angefertigt werden. Die Auswahlkriterien bezüglich des MMST und des Barthel-Index mussten für diese Personengruppe modifiziert werden (MMST<17; Barthel-Index <30), da zu diesem Zeitpunkt keine Bewohner in der Einrichtung lebten, die die ursprünglich angesetzten Werte dieser beiden Assessmentinstrumente erfüllten. Außerdem wurde die Dauer der Studie verlängert, so dass insgesamt vier Messzeitpunkte möglich waren. Bis zum Ende der H.I.L.D.E.-Datenerhebung ist kein weiterer Bewohner der PG und VG verstorben.

Aus diesem Grund konnte auch kein weiterer Bewohner in die Pflegeoase nachrücken, weshalb die Daten der zweiten Stichprobe für die einrichtungsinterne Evaluation der Lebensqualität der Bewohner in der Pflegeoase verwendet werden und kein Bestandteil der Ergebnisdarstellung der Vis-à-Vis- Studie sind.

3.7.2 Verlauf der Datenerhebungen und Messzeitpunkte

Nachfolgend wird das Vorgehen der Datenerhebungen zu den jeweiligen Messzeitpunkten beschrieben. Am Ende des Kapitels erfolgt eine Übersicht zum zeitlichen Studienverlauf und den dazugehörigen Aufgaben (Tab. 2).

3.7.2.1 H.I.L.D.E.-Daten

Der erste Messzeitpunkt (t1) zur Erfassung der Lebensqualität (LQ) fand innerhalb der herkömmlichen Versorgung (vor dem Umzug in die Pflegeoase) im Juni 2011 bei allen Bewohnern der Stichprobe (PG und VG) statt. Die Datenerhebungen zu t2 erfolgten nach einer festgelegten Eingewöhnungszeit der PG an die Pflegeoase im September. Die Messzeitpunkte t3 und t4 fanden im November 2011 und Ende Dezember 2011/Anfang Januar 2012 statt.

Während der Datenerhebung verstarben drei Bewohner der PG und ein Bewohner der VG. Ein Bewohner der VG wechselte Mitte Juni 2011 mit dem Einzug in die Pflegeoase in die PG. Zu diesem Zeitpunkt lebten in der Einrichtung keine Bewohner außerhalb der VG, die die Kriterien der Stichprobe aufweisen konnten. Außerdem musste der freie Platz aus organisatorischen neu belegt werden. Die Datenerhebung der nachträglich gewählten zweiten Bewohnerstichprobe begann zum Messzeitpunkt t3. Hintergrund dieser Erhebung war, wie bereits beschrieben, die Anzahl der Bewohner für einen Vorher-Nachher-Vergleich zu erhöhen.

3.7.2.2 Qualitative Daten anhand der Einzelinterviews

Die Datenerhebung zum Erleben der Mitarbeiter in der Pflegeoase fand einmalig Mitte/Ende September 2011 im Schulungsraum der Einrichtung statt. Zuvor erhielten die Mitarbeiter eine Erklärung zum Ziel der Befragung und eine Verpflichtung zum Forschungsethischen Ansatz des Instituts für Gerontologie und Ethik (Anhang 1). Außerdem unterschrieben alle Interviewteilnehmer eine Einverständniserklärung (Anhang 2). Die Interviews wurden bis auf

13 nicht unterbrochen und dauerten zwischen 15 und 60 Minuten. Es war zu allen vier Interviews gewährleistet, dass die Gespräche nicht von dritten mitgehört werden konnten. Die Aussagen der interviewten Mitarbeiter wurden mit einem digitalen Tonbandgerät aufgezeichnet.

3.7.2.3 Fragebögen

Die Datenerhebung zur psychischen Belastung und Beanspruchung fand Anfang Februar bei den Mitarbeitern der Pflegeoase und den Studienteilnehmern der Wohnbereiche statt. Die Mitarbeiter wurden zuvor über das Ziel der Befragung informiert. Die Befragung verlief anonym, indem die ausgefüllten Fragebögen in einem Umschlag per Hauspost bei der Leitung abgegeben wurden. Eine schriftliche Einverständniserklärung war im Rahmen dieser Befragung nicht nötig, da die Mitarbeiter durch einen ausgefüllten Fragebogen ihre Bereitschaft zur Befragung bekundeten.

3.7.2.4 Daten- und Dokumentationsanalyse

Die Dokumentationsanalyse fand in der Einrichtung über die Projektdauer, beginnend mit der Eröffnung der Pflegeoase, statt.

3.7.3 H.I.L.D.E.-Schulung und Pretest

Die Studienteilnehmer erhielten eine Schulung zum Umgang mit dem Messinstrument H.I.L.D.E. Neben den Studienteilnehmern der PG und VG haben noch weitere Mitarbeiter der Einrichtung, darunter auch Mitarbeiter des Sozialteams, an der Schulung teilgenommen, da für die Arbeit mit H.I.L.D.E. die Zusammenarbeit von mehreren Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen erforderlich ist. An drei Schulungsterminen nahmen insgesamt 15 Personen teil. Im weiteren Verlauf werden die ausgewählten Mitarbeiter der PG und VG als Studienteilnehmer benannt. Die Studienteilnehmer der PG und VG waren während der Datenerhebung die Hauptverantwortlichen für das Bearbeiten der H.I.L.D.E.-Erfassungshefte und die Koordination der Kommunikation mit Kollegen, anderen Berufsgruppen (Sozialteam, Ärzte und Berufsbetreuer) und Angehörigen.

Nach den H.I.L.D.E.-Schulungen hatten die Studienteilnehmer und die weiteren geschulten Mitarbeiter Gelegenheit das Messinstrument probeweise anzuwenden. Diese Phase der Anwendungsübung diente gleichzeitig als Pretest des Messinstruments. In der Pretestphase

wurden 11 Erfassungshefte bearbeitet. Nach Beendigung dieser Phase fand mit jedem Studienteilnehmer und Mitarbeiter, der bis zu diesem Zeitpunkt ein HILDE-Erfassungsheft bearbeitet hatte, eine Nachbesprechung mit der Autorin statt. Diese Treffen hatten den Zweck, die Erfahrungen im Umgang mit dem Messinstrument zu reflektieren und bestehende Fragen zu klären. In diesen Gesprächen wurden erneut Hinweise zum korrekten Ausfüllen der Erfassungshefte sowie Hilfestellung bei Verständnisfragen oder der Klärung von Begrifflichkeiten gegeben. Aufgrund dieser Nachbesprechungen wurde klar, dass die Studienteilnehmer mehr Hilfestellung bei der Bearbeitung der H.I.L.D.E.-Erfassungshefte benötigen, als noch zu Studienbeginn angenommen. Aus diesem Grund wurden diese Einzelgespräche im weiteren Studienverlauf nach jedem Messzeitpunkt der Datenerhebungsphase wiederholt.

Tab. 2: Übersicht zum zeitlichen Studienverlauf und dazugehörigen Aufgaben

| Zeitabschnitte | Aufgaben |
|---|---|
| November 2010 bis April 2011 | •Vorbereitung und Konzeption |
| Ende April bis Mitte Mai 2011 | •H.I.L.D.E.-Schulung |
| Mitte Mai bis Mitte Juni 2011 | •Pretest und Nachbesprechungen •Auswahl der Stichprobe |
| Mitte Juni bis Ende Juni 2011 | •H.I.L.D.E.-Erhebung (t1=Baseline) •Nachbesprechung |
| Juli bis Mitte September 2011 | •Eingewöhnungsphase der PG an die Pflegeoase |
| Mitte bis Ende September 2011 | •Problemzentrierte Einzelinterviews •H.I.L.D.E.-Erhebung (t2) •Nachbesprechung •Auswahl der zweiten Bewohnerstichprobe |
| Mitte November bis Anfang Dezember 2011 | •H.I.L.D.E.-Erhebung (t3) •Nachbesprechung |
| Ende Dezember 2011 bis Anfang Januar 2012 | •H.I.L.D.E.-Erhebung (t4) •Nachbesprechung |
| Anfang Februar 2012 | •Fragebögen zur psychischen Belastung und Beanspruchung |
| Juni 2011 bis Ende Februar 2012 | •Dokumentationsanalyse |
| Mitte Januar bis Ende Februar 2012 | •Datenauswertung und Ergebnisdarstellung |

3.8 Datenauswertung

Im Folgenden werden die jeweiligen Auswertungsverfahren der quantitativen und qualitativen Datenerhebungen erläutert.

3.8.1 Auswertung der H.I.L.D.E.-Daten

Die Aufbereitung der Daten erfolgte nach dem standardisierten Verfahren des H.I.L.D.E.-Instruments. Bei der Ergebnisdarstellung mittels deskriptiver Statistik werden lediglich Häufigkeiten, Verteilungen und Verläufe dargestellt. Auf die Errechnung und Angabe von Mittelwerten und Streuungsmaßen für die Gruppen (Pflegeoasengruppe/Vergleichsgruppe) anhand der eigenen Daten wird, aufgrund der geringen Stichprobengröße dieser Studie,

verzichtet. Die einzelnen Bewohnerwerte zu den vier Messzeitpunkten werden mit dem jeweiligen Mittelwert und der dazugehörigen Standardabweichung der H.I.L.D.E.-Referenzwerte verglichen. Ein Vorher-Nachher-Vergleich der Lebensqualität soll durch den direkten Vergleich der Prätestdaten (t1) und Posttestdaten (t4) erfolgen. Außerdem werden die einzelnen Bewohnerdaten von PG und VG hinsichtlich Anzahl, Verlauf und Verhältnis zu den H.I.L.D.E.-Referenzdaten untereinander und miteinander verglichen. Bei einem Vergleich der Bewohnerwerte zwischen PG und VG werden die Werte der Baseline (t1) nicht mit einbezogen, um einen wirklichen Vergleich zwischen den zwei Versorgungsformen zu erhalten.

3.8.2 Auswertung der qualitativen Einzelinterview der Mitarbeiter

Die Auswertung der Daten erfolgte induktiv und nach der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Abb.2) nach Mayring (2010, S.67-85). Vorbereitend für die computergestützte Auswertung mit MAXQDA wurden die Tonbandaufzeichnungen aus den Einzelinterviews in Anlehnung an Kuckartz (2010, S.44) und Mayring (2010, S.55) transkribiert:

- Es wurde wörtlich transkribiert, vorhandene Dialekte wurden nicht mit transkribiert
- Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet
- Angaben, die einen Rückschluss auf Personen zulassen wurden anonymisiert
- Deutlich längere Pausen wurden durch Auslassungspunkte (...) markiert
- Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet
- Lautäußerungen der Interviewten wie Mhm, äh, etc. wurden nicht mit transkribiert, es sei denn, sie dienten dem inhaltlichen Verständnis
- Gesten oder emotionale Äußerungen, die eine Aussage bestätigen oder betonen wurden in Klammern gesetzt
- Interviewunterbrechungen wurden ebenfalls in Klammern vermerkt
- Absätze des Interviewers werden *kursiv* dargestellt
- Jeder Sprecherwechsel wurde durch einen Absatz kenntlich gemacht

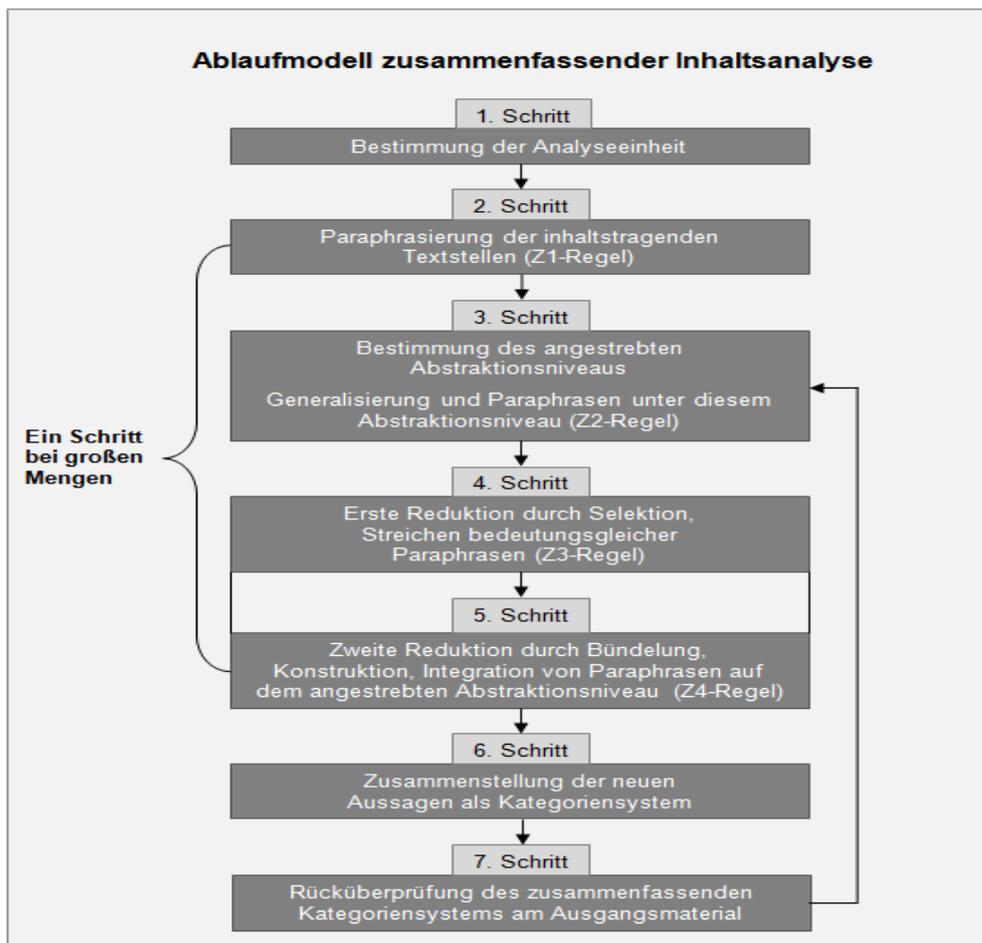


Abb. 2: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, S.68)

Schritt 1 der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 2010, 67-82)

Festlegung des Materials

In die Datenauswertung wurden die Transskripte der drei Einzelinterviews der Mitarbeiter in der Pflegeoase und eines der Nachtwache der Einrichtung einbezogen. Bei der Auswahl der Textpassagen aus den Interviews stand deren Nützlichkeit zur Beantwortung der Forschungsfrage im Vordergrund.

Analyse der Entstehungssituation

Die Interviews (I) I1, I2 und I3 fanden, nach vorangegangener Terminvereinbarung, von Mitte bis Ende September jeweils im Schulungsraum der Einrichtung statt. Das Interview mit I4 fand im Büro der Einrichtungsleitung statt. Während des Interviews I3 musste der Ort kurzfristig wegen organisatorischen Änderungen gewechselt werden. Die restliche Zeit des Interviews fand im Arztzimmer statt. Die übrigen Interviews verliefen störungsfrei. Zu allen Interviews waren die Interviewten mit dem Interviewer allein im jeweiligen Raum und die

Gespräche konnten nicht von Dritten mitgehört werden, so dass eine vertrauensvolle Atmosphäre entstand. Die Interviews dauerten zwischen 15 (I4) und 60 Minuten (I1-I3).

Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden mit einem digitalen Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Schritte 2-5 der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Anfangs wurde das Datenmaterial der Interviews in 14 Codes unterteilt, denen 375 Textpassagen angehängt waren. Zunächst wurden diese Textpassagen nach der Z1-Regel paraphrasiert, d.h. die Textpassagen wurden auf die wesentliche Aussage gekürzt und nichts aussagende Textstellen wurden vernachlässigt. Nach c.a. 30 % des bearbeiteten Datenmaterials fand eine Revision der Kategorien statt, um die bisher kodierten Textpassagen mit dem Ausgangsmaterial und den Fragebereichen der Problemstellung der Interviews abzugleichen. Im nächsten Schritt wurden die paraphrasierten Aussagen generalisiert (Z2-Regel) die unter einem Niveau lagen. Inhaltsgleiche Paraphrasen konnten gestrichen und nichts aussagende weggelassen werden (Z3-Regel). Dieser Vorgang wurde fallspezifisch für alle vier Interviews wiederholt. In einem zweiten Reduktionsschritt wurde das bereits reduzierte Material wiederum auf inhaltsgleiche und sich aufeinander beziehende Textpassagen untersucht und diese erneut zusammengefasst (Z4-Regel).

Schritte 6 und 7 der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Abschließend wurden die Ergebnisse des zweiten Reduktionsschritts in einem neuen Kategoriensystem zusammengefasst und am Ausgangsmaterial rücküberprüft. Die ursprünglich 14 Kategorien konnten so auf sieben Hauptkategorien reduziert werden (Mayring, 2010, 67-82).

3.8.3 Auswertung der Fragebögen zur psychischen Belastung und Beanspruchung

Die Auswertung der Daten zur psychischen Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter in der Pflegeeinstufe und den Wohnbereichen erfolgte nach dem standardisierten Auswertungsverfahren des BGW. Bei der standardisierten Auswertungsmethode werden die Antworten der Mitarbeiter zu jeder Frage der beiden Fragebögen durch ein vorgegebenes Raster, unter dem Aspekt der Belastung oder Beanspruchung, geprüft. Wenn die Antwort zu einer Frage nach diesem Raster im Bereich der Belastung oder Beanspruchung liegt, so wird

diese Antwort mit dem Punktwert eins vermerkt. Am Ende werden alle Punkte des jeweiligen Fragebogens zur psychischen Belastung und Beanspruchung zusammengezählt. Aus den so entstandenen Summenwerten können die Durchschnittsbelastungen und -beanspruchungen von Mitarbeitergruppen errechnet werden. Aufgrund der kleinen Stichprobe dieser Studie bei der schriftlichen Befragung und dem Hinweis des BGW, eine Durchschnittsrechnung für kleine Mitarbeitergruppen (unter 10 Mitarbeitern) erst ab einer Anzahl von fünf ausgefüllten Fragebögen (jeweils zur psychischen Belastung und zur Beanspruchung) durchzuführen (BGW, S.22 und 34), wird in dieser Studie auf die Darstellung der durchschnittlichen psychischen Gesamtbelastung, der durchschnittlichen Gesamtbeanspruchung und ein zusammenfassendes Belastungsprofil zu den beiden Gruppen der MP und MW verzichtet. Stattdessen werden die Einzelergebnisse der beiden Mitarbeitergruppen dargestellt.

3.9 Ethische Aspekte

Für die Teilnahme an der Studie musste für jeden der ausgewählten Bewohner eine Einverständniserklärung der Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer vorliegen (Anhang 3). Diese erhielten in einem persönlichen Anschreiben und einer Informationsbroschüre die wichtigsten Daten zum Ziel und Verlauf des Modellprojekts und der Forschungsstudie (Anhang 4). Der Schutz der Bewohnerdaten wird durch die Anonymisierung der Daten innerhalb der Ergebnisdarstellung gewährleistet. Außerdem verbleiben alle soziodemographischen Informationen sowie die Daten der Pflegedokumentation und Krankheitsgeschichte in der Einrichtung.

Die Pflegeoase soll für die Bewohner ein Schutzraum sein, in dem sie sich sicher und geborgen fühlen können. Aus diesem Grund wurde ein Verhaltenskodex für Besucher formuliert, der eine Anmeldung in der Pflegeoase erfordert, entweder telefonisch oder über die Türklingel der Oase. Bei einem Besuch externer Personen, z.B. die Heimleitung einer anderen Einrichtung, dürfen nie mehr als drei Personen gleichzeitig den Raum besichtigen.

Bei der personellen Besetzung der Pflegeoase wurde darauf geachtet, aus jedem Wohnbereich einen Mitarbeiter auszuwählen, damit jeder Bewohner in der Pflegeoase eine vertraute Person um sich hat. Alle Bewohner der Pflegeoase wurden von den Mitarbeitern

auf den Umzug vorbereitet. Hierfür wurde mit den Bewohnern auf emotionaler Ebene kommuniziert, was zuvor im Ethikzirkel diskutiert wurde.

Mit der Festsetzung von Kriterien, die einen möglichen Auszug eines Bewohners aus der Pflegeoase nach sich ziehen, soll gewährleistet sein, dass kein Bewohner aus dem Forschungsvorhaben Schaden zieht und eine Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld des Bewohners zu jeder Zeit möglich ist. Für einen Auszug aus der Pflegeoase wurden folgende Gründe festgelegt:

- Wiederholter nonverbaler oder verbaler Auszugswunsch seitens des Bewohners
- Quarantänepflichtige Infektionskrankheiten
- Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten und anhaltende Störung der übrigen Bewohner z.B. durch Schreien
- anhaltendes Unwohlsein eines Bewohners
- Einwende seitens der Angehörigen oder Betreuer
- fehlende Integration in die Pflegeoasengruppe

Die Forschungsstudie erhielt das Votum des Research Committee for Scientific and Ethical Questions (RCSEQ) an der UMIT in Hall, Tirol.

Während der Einzelinterviews mit den Mitarbeitern wurde emotionalen Momenten der Interviewten mit Respekt und Diskretion begegnet. Außerdem wurde auf Verschwiegenheit gegenüber den Leitungen und Kollegen über die Inhalte der Interviews geachtet. Die Wahrung der Anonymität der Interviewten wurde durch eine Codierung der Tonbandaufzeichnungen und den dazugehörigen Transskripten gesichert. Bei der schriftlichen Befragung durch die Fragebögen zur psychischen Belastung und Beanspruchung, wurde auf ein anonymisiertes Rückgabeverfahren der Fragebögen an die Leitungen geachtet.

4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der H.I.L.D.E.-Datenerhebungen zur Erfassung der Lebensqualität der Bewohner aus PG und VG, die Ergebnisse der Mitarbeiterinterviews sowie der schriftlichen Befragung zur psychischen Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter und die Ergebnisse zur Daten- und Dokumentationsanalyse dargestellt.

4.1 Daten- und Dokumentationsanalyse

Dieses Kapitel enthält die Ergebnisse der Datenanalyse zur Beschreibung der Stichproben und die Dokumentationsanalyse der Bewohner zum Dekubitusvorkommen, Verlauf des Body Mass Index (BMI) sowie zum Verlauf von Schmerzmittel- und Psychopharmakaverordnungen der Bewohnerstichprobe.

4.1.1 Beschreibung der Bewohnerstichprobe

Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt zum Zeitpunkt der Bewohnerauswahl 77,3 Jahre. Der jüngste Bewohner ist 56 und der älteste Bewohner 98 Jahre. In die Pflegeoasengruppe (PG) werden fünf Bewohner der Stichprobe (zwei weiblich, drei männlich) und in die Vergleichsgruppe (VG) vier Bewohner (zwei weiblich, zwei männlich) aufgenommen. Bei allen Bewohnern liegt eine diagnostizierte Demenz im fortgeschrittenen Stadium vor. Die entsprechenden Werte des MMST liegen unter 9 Punkte. Der Barthel-Index zur Einschätzung der körperlichen Selbständigkeit ist bei allen Bewohnern der Stichprobe unter 10 Punkten. Alle Bewohner haben die Pflegestufe 3 und leben seit mindestens sechs Monaten (im Durchschnitt 5,4 Jahre) in der Einrichtung. Für alle an der Studie teilnehmenden Bewohner liegt eine Einverständniserklärung der Angehörigen oder gesetzlichen Betreuer vor. Weitere Diagnosen neben der Demenz sind Zustand nach Apoplexie, Sprachstörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz, Unterschenkelamputation, Zerebrale Durchblutungsstörung, Depression, Verhaltensstörungen, Hemiparese /Hemiplegie.

Die Bewohnerdaten beider Untersuchungsgruppen werden durch eine Codierung anonymisiert bearbeitet (Untersuchungsgruppe_Bewohner_Kompetenzgruppe). Die Messzeitpunkte der Studie werden mit t benannt und von 1 bis 4 durchnummeriert. Acht Bewohner der Stichprobe werden der Kompetenzgruppe SD-S und ein Bewohner der Kompetenzgruppe SD-P zugeordnet.

Aus diesem Grund ist für die Ergebnisdarstellung die Angabe der H.I.L.D.E.-Referenzdaten beider Kompetenzgruppen erforderlich. Alle in der Ergebnisdarstellung angegebenen Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Streubreiten beziehen sich auf die H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Sämtliche Werte von VG_B2_SD-S zu t2 können, wegen Überschreitung des zweiten H.I.L.D.E.-Erhebungszeitraums nicht in die Darstellung der Ergebnisse aufgenommen werden. Während des Erhebungszeitraums sind drei Bewohner der PG und ein Bewohner der VG verstorben. Ein Bewohner der VG wechselte kurz nach Beginn des Erhebungszeitraums in die PG. Für die Ergebnisdarstellung liegen H.I.L.D.E.-Daten von drei Bewohnern der PG und zwei Bewohnern der VG vor. Von den verstorbenen Bewohnern existiert jeweils eine H.I.L.D.E.-Erhebung. Diese Daten werden nicht in die Ergebnisdarstellung aufgenommen. Ebenfalls nicht mit in die Ergebnisdarstellung aufgenommen werden die Daten der zweiten Bewohnerstichprobe (siehe hierzu Kapitel 3.7.1), weil hierzu lediglich eine Vorhererhebung der Lebensqualität existiert und keiner der Bewohner im Zeitraum der Studie in die Pflegeoase eingezogen ist.

4.1.2 Beschreibung der Mitarbeiterstichprobe

Die Stichprobe der Pflegeoase setzt sich aus drei Frauen zusammen. Die Berufsqualifikationen sind:

- Staatlich examinierte Altenpflegerin (Teilzeit)
- Staatlich examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Vollzeit) und
- Heilerziehungspflegerin mit Anerkennung staatlicher Anerkennung zur Fachkraft und Ausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft (Vollzeit)

Weitere Qualifikationen der Mitarbeiter sind zahlreiche Fortbildungen zu Themen wie Demenz, Ernährung, Medikamentengabe, Mobilisation, Kommunikation. Das Durchschnittsalter beträgt 53, 6 Jahre. Die Berufserfahrung der Mitarbeiter reicht von 10 bis 41 Jahre und die Zugehörigkeit zur Einrichtung liegt zwischen 2 und 12 Jahren. Die Stichprobe der Mitarbeiter der Wohnbereiche setzt sich aus drei Frauen und zwei Männern zusammen. Vier der fünf Mitarbeiter sind staatlich examinierte Altenpfleger (3mal Vollzeit, einmal Teilzeit) und ein Mitarbeiter ist Pflegefachhelfer in Vollzeit. Weitere Qualifikationen unter den Mitarbeitern sind die Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft, Zusatzausbildung zum Mentor sowie die Weiterbildung zur leitenden Pflegefachkraft. Genau wie die Mitarbeiter der Pflegeoase, besitzen auch die Mitarbeiter der Wohnbereiche

eine umfangreiche Fortbildung in den genannten Bereichen. Das Durchschnittsalter beträgt 38,4 Jahre. Die Berufserfahrung der Wohnbereichsmitarbeiter reicht von einem bis elf Jahren und die Zugehörigkeit zur Einrichtung liegt zwischen vier und zehn Jahren.

4.1.3 Dokumentationsanalyse

Die Psychopharmakaverordnung von PG_B1 ist seit 2010 unverändert. Die Bedarfsmedikation bei Schmerzen wurde 2010 um ein tägliches Präparat ergänzt. Bei PG_B2 wurde das Schmerzpflaster im August 2011 um die halbe Dosis erhöht und die Bedarfsmedikation auf Festumstellung geändert. Die Gabe von Psychopharmaka ist bei PG_B2 seit 2010 unverändert. PG_B3 erhält keine Psychopharmaka. Die tägliche Medikation von Schmerzen ist seit März 2011 zur Bedarfsmedikation geändert worden. VG_B1 erhält während der Studie weder Schmerzmittel noch Psychopharmaka. VG_B2 erhält seit 2010 ein Psychopharmakapräparat, das in seiner Dosierung im September 2011 zunächst um die Hälfte reduziert und im Oktober 2011 wieder um ein Viertel vom Ausgangswert erhöht wurde. Des Weiteren erhält der Bewohner unverändert bei Bedarf ein Schmerzmittel. Bei den verstorbenen Bewohnern der Stichprobe konnte eine Erhöhung der Schmerzmedikation in der finalen Sterbephase ermittelt werden. Weder in der PG noch der VG haben die Bewohner über den Erhebungszeitraum ein Druckgeschwür. Im Verlauf der BMI-Messungen seit Anfang 2011, konnten nur bei PG_B2 eine Veränderung von Normalgewicht zu einem leichten Übergewicht und bei VG_B1 kurzzeitige Schwankungen von Normal- zu Untergewicht festgestellt werden. Alle anderen Bewohner sind über den Studienverlauf hinweg im normalgewichtigen Bereich.

4.2 Lebensqualität der Bewohner nach H.I.L.D.E.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu einzelnen Teilfragen des Heidelberger Instruments zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen dargestellt.

4.2.1 Schmerzerleben

Zur Einschätzung des Schmerzerlebens gehören die H.I.L.D.E.-Teilfragen A1.1 Schmerzbelastung und A1.2 Schmerzbereiche. Von acht Einschätzungen zur Schmerzbelastung der PG, davon sechs in der Pflegephase liegen die Werte dreimal bei 0 (keine Schmerzen), zweimal bei 1 (leichte Schmerzen), zweimal bei 2 (mäßige Schmerzen) und einmal bei 3 (starke Schmerzen). Die Schmerzbelastung der PG zu t4 liegt jeweils einmal

bei leichten, mäßigen und keinen Schmerzen. Die Anzahl der Schmerzbereiche ergibt sich aus der Summe der einzelnen Schmerzbereiche zum jeweiligen Messzeitpunkt und ist bei den Bewohnern mit Schmerzen in der PG rückläufig. Bei PG_B1_SD-S reduziert sich die Anzahl von zwei auf einen Schmerzbereich, bei PG_B2_SD-P von acht auf vier Schmerzbereiche. PG_B3_SD-S zeigt zu allen Messzeitpunkten keine Schmerzsymptome und folglich auch keine Schmerzbereiche. Bei VG_B1_SD-S liegt die Schmerzbelastung und die Anzahl der Schmerzbereiche zu allen vier Messzeitpunkten bei 2. VG_B2_SD-S zeigt zu allen Messzeitpunkten keine Schmerzsymptome und folglich auch keine Schmerzbereiche. Alle Werte zur Anzahl der Schmerzbereiche liegen über den H.I.L.D.E.-Mittelwerten (M=1,3 SD-S; M=1,4 SD-P) und bei PG_B2_SD-S über der SD (SD=1,7 für beide Kompetenzgruppen). Für die Schmerzbelastung liegen keine H.I.L.D.E.-Mittelwerte vor.

4.2.2 Räumliche Umwelt

Die kommenden drei Unterkapitel beziehen sich auf die Ergebnisdarstellung der räumlichen Umwelt des Bewohners, hinsichtlich dessen Bewegungsradius, Lieblingsplätzen und ungeliebten Plätzen.

4.2.2.1 Bewegungsradius

Im Folgenden werden die Ergebnisse der H.I.L.D.E.-Teilfrage B2.1 zum maximalen Bewegungsradius des Bewohners graphisch dargestellt und erläutert (Abb.3). Aus der Abbildung 4 lässt sich der maximale Bewegungsradius der Bewohner der PG und VG zu den vier Messzeitpunkten ablesen. Die Antwortmöglichkeiten zu B2.1 sind mit Punktwerten versehen (Bewohnerzimmer=1; Wohnbereich=2; Orte innerhalb der Einrichtung=3; Außenbereich der Einrichtung=4; Orte außerhalb des Einrichtungsbereichs=5). Zu jedem Messzeitpunkt wird für jeden Bewohner der Punktwert angegeben, der dem maximalen Bewegungsradius entspricht und innerhalb dessen sich der Bewohner mindestens einmal pro Woche befindet. Es spielt hierbei keine Rolle, ob der Bewohner selbständig oder mit Unterstützung dorthin gelangt. Für diese Teilfrage liegen keine H.I.L.D.E.-Mittelwerte vor.

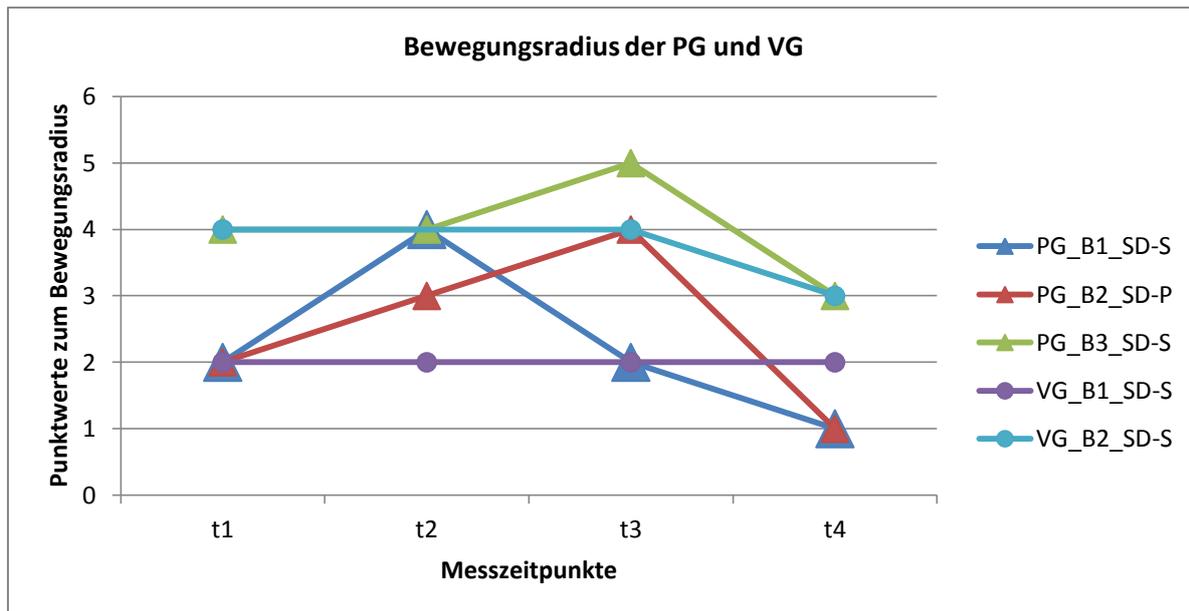


Abb. 3: Übersicht zum Bewegungsradius der PG und VG zu den vier Messzeitpunkten

Über den Erhebungszeitraum von t1 bis t4 unterliegt die PG deutlichen Schwankungen in der Ausprägung des maximalen Bewegungsradius. Alle Bewohner der Pflegeoase erleben über ein bis zwei Messzeitpunkte hinweg eine Zunahme des Bewegungsradius. Für die Bewohner der VG ist, bis auf einen Messzeitpunkt (t4), der Bewegungsradius identisch mit dem Ausgangswert. Ein Bewohner der VG hat zu t4 einen kleineren Bewegungsradius als zu den vorangegangenen Messzeitpunkten. Im Vergleich zu t1 haben die Bewohner der PG zum Zeitpunkt t4 einen kleineren Bewegungsradius. Für zwei Bewohner der PG ist der maximale Bewegungsradius zu t4 das Bewohnerzimmer, für den dritten Bewohner Orte innerhalb der Einrichtung.

4.2.2.2 Lieblingsplätze

Die folgende Abbildung (Abb.4) zeigt die Anzahl der Lieblingsplätze des Bewohners und mit welcher Häufigkeit er sich dort aufhält. Die Anzahl der Lieblingsplätze ergibt sich aus der Summe der einzelnen Örtlichkeiten. Die Gesamthäufigkeit errechnet sich aus der Summe der Punktwerte jeder Antwortmöglichkeit (täglich=4; mehrmals wöchentlich=3; einmal wöchentlich=2; seltener=1) (Becker et al., 201, S.58) Die Anzahl der Lieblingsplätze sowie deren jeweilige Gesamthäufigkeit werden mit den H.I.L.D.E.-Mittelwerten (M) der beiden Kompetenzgruppen verglichen. Zusätzlich werden die jeweiligen und H.I.L.D.E.-Standardabweichungen (SD) angegeben.

Die Mittelwerte der Kompetenzgruppen SD-S und SD-P liegen hinsichtlich der Lieblingsplätze des Bewohners bei 1,6 und 1,8 mit einer Standardabweichung von 1,2 (SD-S) und 1,3 (SD-P). Die H.I.L.D.E.-Referenzdaten zur Gesamthäufigkeit, mit der sich der Bewohner an den Lieblingsplätzen aufhält, lauten für die beiden Kompetenzgruppen wie folgt: SD-S M=5,7; SD=4,4 und SD-P M=6,5; SD= 4,6

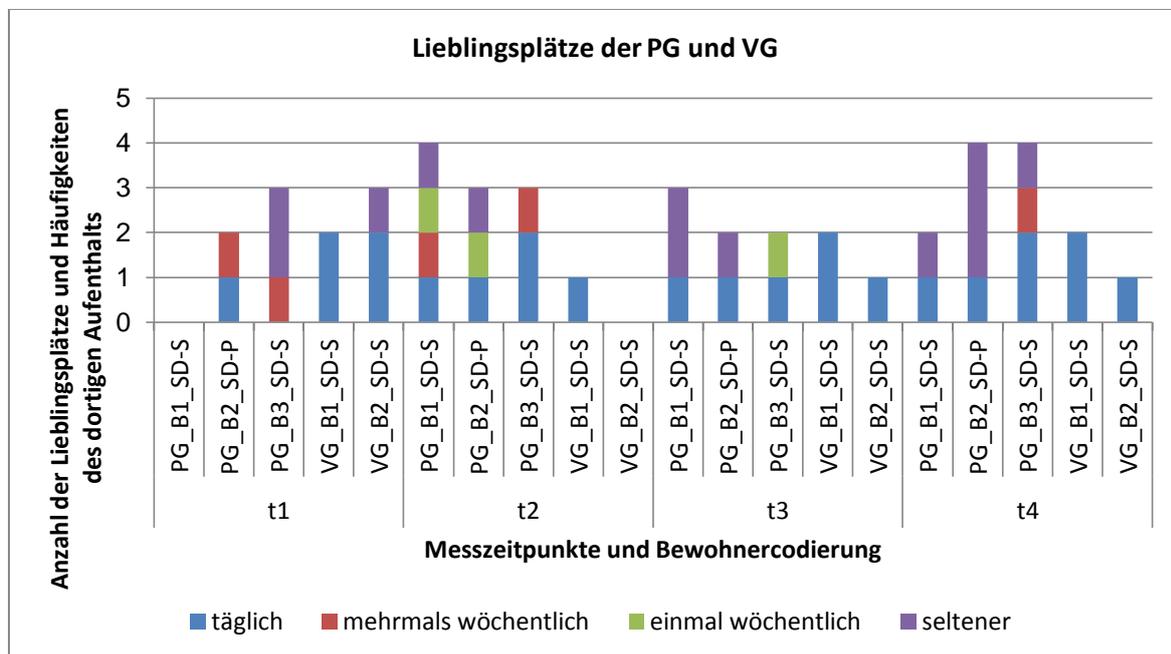


Abb. 4: Übersicht zu den Lieblingsplätzen der PG und VG sowie der Häufigkeit des dortigen Aufenthalts

Bis auf PG_B1_SD-S, PG_B3_SD-S zu t1 und VG_B2_SD-S zu t2, kann für jeden Bewohner der PG und VG über den Erhebungszeitraum mindestens ein Lieblingsplatz benannt werden, an dem sich der Bewohner täglich aufhält. Bei allen Bewohnern der PG und VG ist dieser Ort entweder das Bewohnerbett oder -zimmer. Die Bewohner der PG haben in der Pflegephase mehr Lieblingsplätze als vor dem Einzug. Die Werte der PG zur Gesamthäufigkeit des Aufenthalts an den Lieblingsplätzen sind schwankend. Im Vergleich zu t1 befinden sich die Bewohner der PG zu t4 häufiger an ihren Lieblingsplätzen. Die Anzahl der Lieblingsplätze der VG ist von t1 zu t4 gleichbleibend bis rückläufig. Die Gesamthäufigkeit der Bewohner der VG ist einmal gleichbleibend und einmal um die Hälfte zum Ausgangswert zurückgegangen.

4.2.2.3 Ungeliebte Plätze

Die folgende Abbildung (Abb.5) zeigt die Anzahl der ungeliebten Plätze des Bewohners und mit welcher Häufigkeit er sich dort aufhält. Die Errechnung und Bewertung der nachfolgenden Werte erfolgt wie in Kapitel 4.2.2.2 beschrieben.

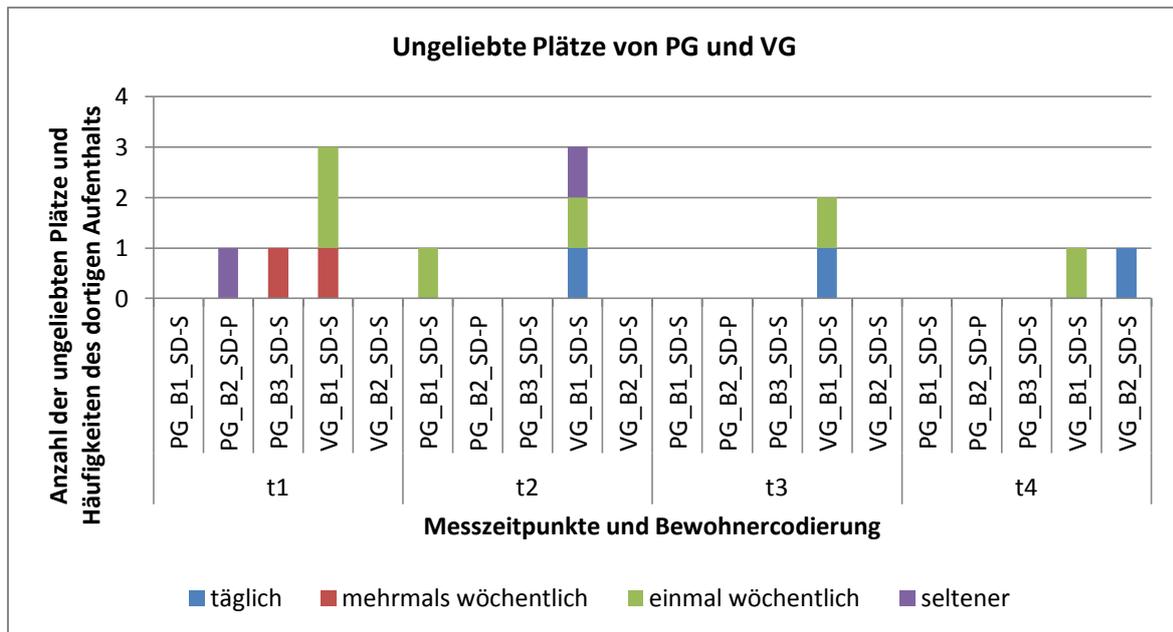


Abb. 5: Übersicht zu den ungeliebten Plätzen der PG und VG sowie der Häufigkeit des dortigen Aufenthalts

Die Mittelwerte der Kompetenzgruppen SD-S und SD-P liegen hinsichtlich der ungeliebten Plätze des Bewohners bei 0,4 und 0,6 mit einer Standardabweichung von 0,7 (SD-S) und 0,6 (SD-P). Die H.I.L.D.E.-Referenzdaten zur Häufigkeit der ungeliebten Plätze lauten für die beiden Kompetenzgruppen wie folgt: SD-S M=1,1; SD=1,9 und SD-P M=1,5; SD=2,3. Während des Erhebungszeitraums können für VG_B1_SD-S zu jedem Messzeitpunkt mindestens ein ungeliebter Platz benannt werden. Deren Anzahl sinkt im Verlauf von t1 zu t4 kontinuierlich. Die verbleibenden Bewohner der PG und VG haben zu jeweils einem Messzeitpunkt im Erhebungszeitraum einen ungeliebten Platz.

4.2.3 Aktivitäten

Im Folgenden werden die Ergebnisse der H. I.L.D.E.-Teilfragen C1 und C2, zu den Aktivitäten des Bewohners, graphisch dargestellt und erläutert. Die Aktivitäten des Bewohners unterteilen sich in die vom Haus angebotenen/angeleiteten Aktivitäten (Abb.6) und die selbständig vom Bewohner ausgeübten Aktivitäten (Abb.7). Aus den Diagrammen lassen sich die Anzahl der Aktivitäten, deren Gesamthäufigkeiten pro Woche und Anzahl der Freude des Bewohners an ausgeübten Aktivitäten ablesen.

Die Anzahl der Aktivitäten des Bewohners ist die Summe der einzelnen Aktivitäten zum jeweiligen Messzeitpunkt. Die Gesamthäufigkeit der Aktivitäten pro Woche und Anzahl der Freude des Bewohners an den Aktivitäten, ist die jeweilige Summe der Punktwerte der

Antwortmöglichkeiten. Jeder Wochentag, an dem der Bewohner eine Aktivität wahrnimmt, entspricht dem Wert 1. Wenn an sieben Tagen der Woche eine Aktivität vom Bewohner ausgeübt wird, entspricht dies einer Häufigkeit von 7 für diese Aktivität. Wenn ein Bewohner weniger als einmal die Woche an einer bestimmten Aktivität teilnimmt, kann dies mit den Werten 0,5 (zweiwöchig) oder maximal 0,25 (vierwöchig) angegeben werden. Aktivitäten, die mehrmals am Tag vom Bewohner ausgeübt werden, können gegebenenfalls auch zu Punktwerten über 7 führen, z.B. wenn der Bewohner an einer Aktivität täglich zweimal an fünf Tagen der Woche teilnimmt, ergibt sich für die Gesamthäufigkeit dieser Aktivität der Punktwert 10. Bei jeder Aktivität, die von den Bewohnern ausgeübt wird, unabhängig von deren Häufigkeit, wird nach der Freude des Bewohners an der jeweiligen Aktivität gefragt. Diese Frage wird mit ja oder nein beantwortet, was einem Punktwert von 1 oder 0 entspricht (Becker et al., 2011, S.59 ff.)

Die Anzahl an angeleiteten und selbständigen Aktivitäten, deren jeweilige Gesamthäufigkeit sowie die Anzahl der Freude an den Aktivitäten zu den Messzeitpunkten, werden mit den H.I.L.D.E.-Mittelwerten (M) der beiden Kompetenzgruppen verglichen. Zusätzlich werden die H.I.L.D.E.-Standardabweichungen (SD) angegeben.

4.2.3.1 Angebotenen und angeleiteten Aktivitäten

Die Mittelwerte der Kompetenzgruppen SD-S und SD-P liegen hinsichtlich der Anzahl der angebotenen und angeleiteten Aktivitäten des Bewohners bei 4,2 mit einer SD von 2,6 (SD-S) und 2,7 (SD-P). Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamthäufigkeiten der angeleiteten Aktivitäten liegen bei M=13,8 und SD 11,7 (SD-S) und M=15,1 und SD=12,4 (SD-P). Die letzten an dieser Stelle zu nennenden H.I.L.D.E.-Vergleichswerte beziehen sich auf die Freude des Bewohners an den angeleiteten Aktivitäten und lauten für beide Kompetenzgruppen M=3,8; SD=2,5 (SD-S) und M=3,5; SD=2,6 (SD-P).

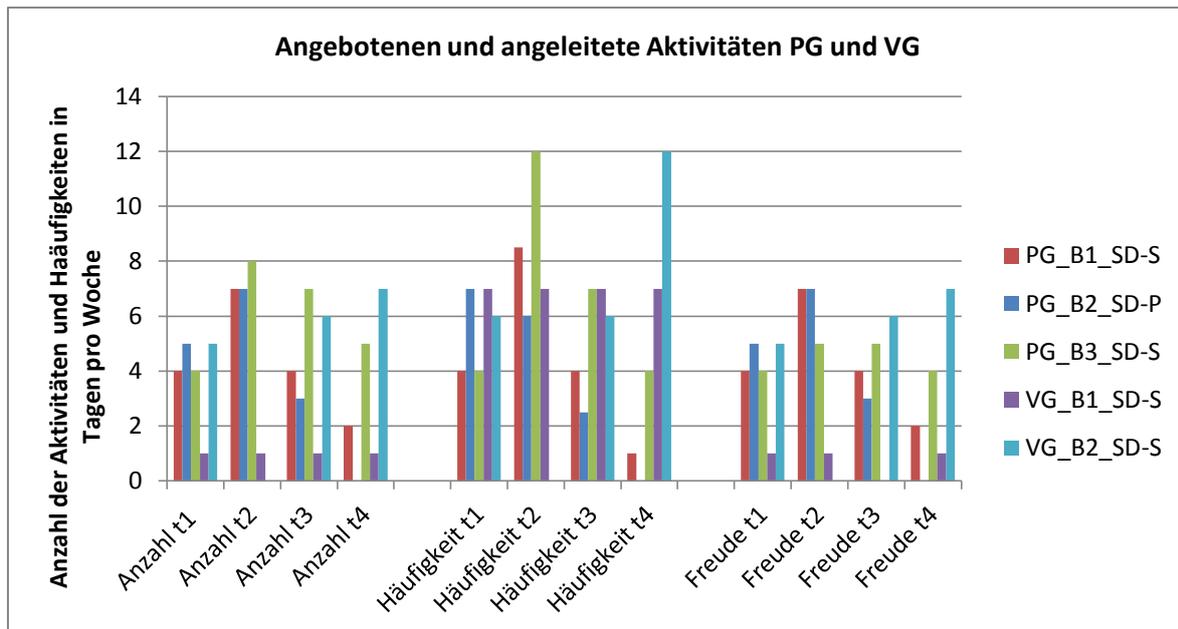


Abb. 6: Vergleichende Übersicht zwischen der Anzahl und der Häufigkeit von angebotenen und angeleiteten Aktivitäten der Bewohner der PG und VG im zeitlichen Verlauf

PG_B1_SD-S übt zum ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t2) drei Aktivitäten mehr aus, als vor dem Einzug in die Pflegeoase. Nach dem Rückgang der Anzahl zu t3 auf den Ausgangswert, hat sich die Anzahl der Aktivitäten zu t4 in der Pflegeoase im Vergleich zum Ausgangswert vor dem Einzug halbiert. Die Gesamthäufigkeit entspricht zu t1 und t3 der Anzahl der Aktivitäten, d.h. jede Aktivität zu diesen Messzeitpunkten wird einmal pro Woche ausgeübt. Zu t2 ergibt sich eine höhere Gesamthäufigkeit, weil mehrere Aktivitäten mehrmals pro Woche ausgeübt werden. Zu t4 hat sich die Gesamthäufigkeit der ausgeübten Aktivitäten im Vergleich zum Messzeitpunkt t1 (vor dem Einzug in die Pflegeoase) halbiert. PG_B1_SD-S erlebt zu allen Messzeitpunkten Freude bei den ausgeübten Aktivitäten. Bis auf t1 und t3 (t1, t3: 0,2 unter M; innerhalb SD) liegen alle Bewohnerwerte von PG_B1_SD-S zur Anzahl der angeleiteten und angebotenen Aktivitäten über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert (t2: 0,2 über SD). Die Gesamthäufigkeiten liegen zu allen Messzeitpunkten unter dem H.I.L.D.E.-Mittelwert (t4: 1,1 unter SD). Die Werte zur Anzahl der Freude an den ausgeübten Aktivitäten liegen, bis auf t4, über dem Mittelwert der H.I.L.D.E.-Referenzdaten und bis auf t2 (t2: 0,7 über SD) innerhalb der SD.

PG_B2_SD-P übt zum ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t2) zwei Aktivitäten mehr aus, als vor dem Einzug in die Pflegeoase. Zu t3 verringert sich die Anzahl um mehr als die Hälfte und liegt somit unter dem Einzugswert (t1). Zum letzten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t4)

übt PG_B2_SD-P keine angeleiteten und angebotenen Aktivitäten aus. Die Gesamthäufigkeiten liegen zu t1 über der Anzahl der Aktivitäten und nimmt zu t2, trotz einer Erhöhung der Anzahl an Aktivitäten, ab. PG_B2_SD-P bereiten die ausgeübten Aktivitäten zu allen Messzeitpunkten Freude. Die Bewohnerwerte von PG_B2_SD-P zur Anzahl der Aktivitäten liegen zu t1 und t2 über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert (t2: 0,1 über SD) und zu t3 und t4 darunter (t4: unter SD, weil keine Aktivitäten vorhanden). Die Gesamthäufigkeiten liegen zu allen Messzeitpunkten unter den H.I.L.D.E.-Referenzdaten der Kompetenzgruppe SD-P (t3: 0,2 unter SD; t4 unter SD, weil keine Aktivitäten vorhanden). Zu t1 und t2 liegen die Bewohnerwerte zur Anzahl der Freude an den Aktivitäten über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert.

Nach einer Verdoppelung der Anzahl an Aktivitäten von PG_B3_SD-S zum ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t2), nimmt der Bewohner zu t4 an einer angebotenen und angeleiteten Aktivität mehr teil, als vor dem Einzug in die Pflegeoase, wobei die Gesamthäufigkeit unverändert bleibt und ihm eine Aktivität keine Freude bereitet. Zu t2, t3 und t4 bereiten PG_B3_SD-S, ein bis drei ausgeübte Aktivitäten zum jeweiligen Messzeitpunkt keine Freude. Die Bewohnerwerte zur Anzahl der Aktivitäten liegen zu t2, t3 und t4 über dem Mittelwert der H.I.L.D.E.-Referenzdaten (t2: 1,2 über SD; t3: 0,2 über SD). Die Gesamthäufigkeiten liegen zu jedem Messzeitpunkt unter dem vergleichenden Mittelwert (alle Werte innerhalb SD) und die Anzahl der Freude an den ausgeübten Aktivitäten über dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten (alle Werte innerhalb SD).

Die Anzahl der Aktivitäten und deren Gesamthäufigkeiten sind bei VG_B1_SD-S zu allen Messzeitpunkten identisch und liegen immer unter den H.I.L.D.E.-Mittelwerten (Anzahl t1-t4: 0,6 unter SD; Gesamthäufigkeit alle Werte innerhalb SD). Bis auf t3 bereiten die ausgeübten Aktivitäten VG_B1_SD-S Freude, wobei alle Bewohnerwerte zur Freude unter dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten und der SD liegen.

Bei VG_B2_SD-S steigt die Anzahl der ausgeübten Aktivitäten zu t3 und t4 um jeweils eine Aktivität an, so dass der Bewohner zwei Aktivitäten mehr als zu Beginn der Datenerhebung ausübt. Zu t3 entsprechen sich Anzahl und Gesamthäufigkeit der Aktivitäten. Zum letzten Messzeitpunkt der Datenerhebung übt VG_B2_SD-S zwei Aktivitäten mehr aus, bei verdoppelter Gesamthäufigkeit, als zu Beginn der Datenerhebung. Die ausgeübten Aktivitäten bereiten dem Bewohner zu jedem Messzeitpunkt Freude. Die Bewohnerwerte

zur Anzahl der Aktivitäten liegen zu allen Messzeitpunkten über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert (t4: 0,2 über SD). Die Gesamthäufigkeit liegt zu allen Messzeitpunkten unter dem Durchschnitt (alle Werte innerhalb SD) und die Anzahl der Freude an den Aktivitäten ist überdurchschnittlich zu den H.I.L.D.E.-Referenzdaten (t4: 0,7 über SD)

4.2.3.2 Selbständige Aktivitäten

Die Mittelwerte der Kompetenzgruppen SD-S und SD-P liegen hinsichtlich der Anzahl der selbständigen Aktivitäten des Bewohners bei 2,0 und 2,6 mit einer SD von 1,7 (SD-S) und 2,3 (SD-P). Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamthäufigkeiten selbständiger Aktivitäten liegen bei M=10,8 und SD 9,9 (SD-S) und M=13,7 und SD=12,5 (SD-P). Die letzten an dieser Stelle zu nennenden H.I.L.D.E.-Referenzdaten beziehen sich auf die Freude des Bewohners an den selbständig ausgeübten Aktivitäten und werden abermals für beide Kompetenzgruppen SD-S (M=1,9; SD=1,7) und SD-P (M=2,4; SD=2,2) angegeben.

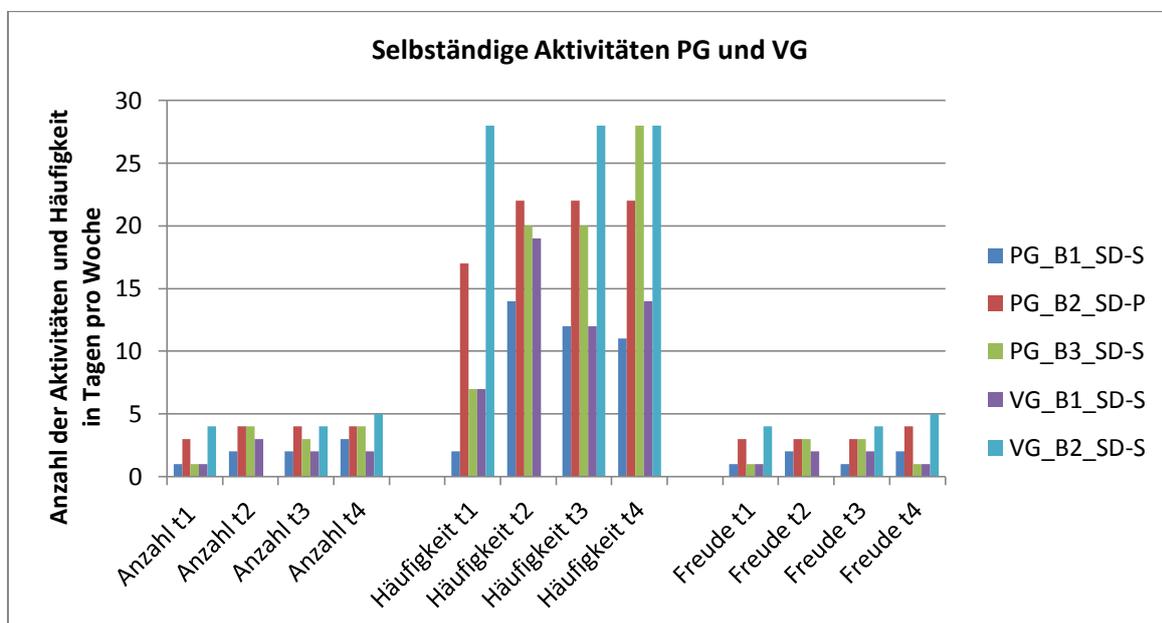


Abb. 7: Vergleichende Übersicht zwischen der Anzahl und der Häufigkeit der selbständigen Aktivitäten der Bewohner der PG und VG im zeitlichen Verlauf

Die Anzahl der selbständigen Aktivitäten steigt bei PG_B1_SD-S über die Messzeitpunkte t1 bis t4 kontinuierlich an, wobei sich die Gesamthäufigkeit ab t3 verringert. Zum Zeitpunkt t4 übt der Bewohner dreimal mehr Aktivitäten aus, als zu t1, wobei ihm eine der Aktivitäten keine Freude bereitet. Die Anzahl der Aktivitäten und die Gesamthäufigkeit liegen zu t1 unter den H.I.L.D.E.-Mittelwerten. Die Anzahl der Freude an den ausgeübten Aktivitäten liegt

zu t1 und t3 unter dem Mittelwert der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Alle Bewohnerwerte von PG_B1_SD-S liegen zu allen vier Messzeitpunkten innerhalb der SD.

Die Anzahl, Gesamthäufigkeit und Anzahl der Freude an den Aktivitäten steigen bei PG_B2_SD-P über den gesamten Erhebungszeitraum kontinuierlich an. Der Bewohner übt seit dem Einzug in die Pflegeoase (t2) eine Aktivität mehr aus. Zu t2 und t3 bereiten jeweils eine und drei der vier ausgeübten Aktivitäten PG_B2_SD-P keine Freude. Die Bewohnerwerte liegen zu allen vier Messzeitpunkten über den H.I.L.D.E.-Mittelwerten und innerhalb der jeweiligen SD.

Seit dem Einzug in die Pflegeoase übt PG_B3_SD-S zwei bis drei Aktivitäten mehr aus, als vor dem Einzug (t1). Entsprechend gestiegen ist die Gesamthäufigkeit, mit der der Bewohner die Aktivitäten pro Woche ausübt. Zu t2 übt der Bewohner eine und zu t4 vier Aktivitäten aus, die ihm keine Freude bereiten. Die Anzahl der Aktivitäten und die Gesamthäufigkeit liegen zu t1 unter den Mittelwerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Zu t1 und t4 liegt die Anzahl der Freude an den ausgeübten Aktivitäten unter dem H.I.L.D.E.-Mittelwert, zu t2 und t3 darüber. Die Bewohnerwerte von PG_B3_SD-S zur Anzahl der Aktivitäten liegen zu t2 und t4 über der SD (t2, t4: 0,2 über SD) ebenso wie zur Gesamthäufigkeit zu t4 (t4: 7,3 über SD). Die übrigen Werte befinden sich innerhalb der SD.

Nach einer Verdreifachung der selbständig ausgeübten Aktivitäten von VG_B1_SD-S, liegt die Anzahl der Aktivitäten zu t3 und t4 um eins über dem Ausgangswert t1. Die Gesamthäufigkeit verhält sich entsprechend der Anzahl der Aktivitäten, wobei zu t4 trotz gleichbleibender Anzahl, ein kleiner Anstieg der Gesamthäufigkeit zu erkennen ist. VG_B1_SD-S bereiten zu t2 und t4 eine der ausgeübten Aktivitäten keine Freude. Die Bewohnerwerte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit liegen zu t1 jeweils unter den H.I.L.D.E.-Mittelwerten. Die Anzahl der Freude an den ausgeübten Aktivitäten unterschreitet zu t1 und t4 den Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Alle Bewohnerwerte von VG_B1_SD-S liegen zu allen vier Messzeitpunkten innerhalb der SD.

Die Bewohnerwerte von VG_B2_SD-S sind in der Anzahl der Aktivitäten und Anzahl der Freude an den Aktivitäten von t1 bis t3 identisch und sind zu t4 im Vergleich zu t1 jeweils um den Wert eins erhöht. Die Gesamthäufigkeit ist über den gesamten Erhebungszeitraum

gleichbleibend. Alle ausgeübten Aktivitäten bereiten VG_B2_SD-S zu jedem Messzeitpunkt Freude. Alle Bewohnerwerte liegen über den jeweiligen Mittelwerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten und bei der Gesamthäufigkeit über der SD.

4.2.4 Soziales Bezugssystem

In dieser Dimension der Lebensqualität nach H.I.L.D.E. sollen emotional bedeutsame Bezugspersonen des Bewohners kategorisiert und nach deren Kontakthäufigkeit zum Bewohner analysiert werden. Die gefühlsmäßige Bedeutung einer Person für den Bewohner wird in drei Abstufungen unterteilt (außerordentlich wichtig, sehr wichtig, wichtig) und kann sowohl positiv als auch negativ geprägt sein. Bei der Analyse des sozialen Bezugssystems sollen bevorzugt Einzelpersonen identifiziert werden. Aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen kann es sein, dass der Bewohner Einzelpersonen nicht mehr klar voneinander unterscheiden kann und sich die emotionale Bedeutsamkeit auf eine Gruppe von Personen bezieht. Anschließend wird jeder der ausgewählten Personen die jeweilige Kontakthäufigkeit zum Bewohner zugeordnet, wobei jede Antwortmöglichkeit einem Punktwert entspricht (täglich=6, mehrmals in der Woche=5, einmal in der Woche=4, mehrmals im Monat=3, einmal im Monat=2, seltener=1).

Ergebnisse der Analyse zum sozialen Bezugssystem sind Summenwerte zur Anzahl der positiven und negativen Kontaktpersonen sowie die Gesamthäufigkeiten zum Kontakt des Bewohners mit den positiven und negativen Personengruppen (Becker et al., 2011, S.65 ff.). Die Mittelwerte und SD zur Anzahl der positiven Kontakte liegen bei $M=3,9$ und $SD=2,5$ (SD-S) und $M=3,6$ und $SD=2,4$ (SD-P). Zur Anzahl der negativen Kontakte liegen die Mittelwerte und SD bei $M=0,4$ $SD=1,1$ (SD-S) und $M=0,7$ $SD=1,7$ (SD-P). Abschließend sind noch die H.I.L.D.E.-Referenzdaten zu den jeweiligen Gesamthäufigkeiten der positiven und negativen Kontakte zu nennen (positiv: $M=14,1$ $SD=8,0$ (SD-S); $M=12,8$ $SD=7,6$ (SD-P); negativ: $M=1,3$ $SD=3,3$ (SD-S); $M=2,3$ $SD=4,0$ (SD-P).

Die Bewohnerwerte zu den Kontaktpersonen von VG_B1_SD-S beziehen sich ausschließlich auf Einzelpersonen. Die Anzahl der positiven Kontaktpersonen nimmt im Laufe des Erhebungszeitraums von vier (t1) auf drei (t4) Personen ab. Die Gesamthäufigkeit der Kontakte zu diesen Personen verhält sich entsprechend der Anzahl. Die Anzahl der negativen Kontaktpersonen von VG_B1_SD-S steigt ab dem zweiten Messzeitpunkt (t2) von einer auf

zwei Personen an, zu denen der Bewohner täglich oder mehrmals die Woche Kontakt hat. Für die übrigen Bewohner der PG und VG werden zu jedem Messzeitpunkt mindestens die Pflegepersonen (in der Gruppe) als positive Kontaktpersonen benannt, mit denen sie täglich Kontakt haben. Eine weitere Gruppe von positiven Kontaktpersonen ist das Sozialteam der Einrichtung. Bei PG_B2_SD-P wird zu t4 und bei PG_B3_SD-S zu t3 keine Angabe zum sozialen Bezugssystem gemacht. Bei PG_B1_SD-S und PG_B3_SD-S werden zu t4, die Anzahl und Gesamthäufigkeit jeweils mit dem Wert null angegeben. Nach Auskunft der Studienteilnehmer haben die Bewohner dennoch ein positives Verhältnis zu allen Pflegepersonen in der Pflegeoase. Für PG_B1_SD-P werden von den Studienteilnehmern die Ehefrau und eine Mitarbeiterin des Sozialteams sowie die Kinder und Enkelkinder (jeweils als Gruppe gezählt) des Bewohners zu den positiven Kontakten gezählt. Zu den Mitgliedern der Familie hat PG_B1_SD-P seltener als einmal im Monat Kontakt.

Die Bewohnerwerte zur Anzahl der positiven Kontaktpersonen liegen bei PG_B2_SD-P zu allen Messzeitpunkten und bei VG_B1_SD-S zu t1 und t2 über den Durchschnittswerten der H.I.L.D.E.-Referenzwerte. Bis auf die Gesamthäufigkeiten der positiven Kontakte von VG_B1_SD-S, liegen alle übrigen Bewohnerwerte der PG und VG unter den H.I.L.D.E.-Mittelwerten (PG_B2_SD-P weicht um den Wert 0,1 vom Mittelwert ab). Die Werte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit der negativen Kontakte liegen bei VG_B1_SD-S zu allen vier Messzeitpunkten und bei PG_B1_SD-S zu t1 über den H.I.L.D.E.-Durchschnittswerten. Hinsichtlich der Standardabweichung liegen die Bewohnerwerte zur Anzahl der positiven Kontakte bei PG_B1_SD-S zu t1 und t4, bei PG_B3_SD-S zu t4 und bei VG_B2_SD-S zu t3 unter der SD der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Bis auf PG_B1_SD-S (t1 und t2) und PG_B3_SD-S (t4) liegen die übrigen Bewohnerwerte zu den Gesamthäufigkeiten der positiven Kontakte im Streubereich der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Werte von VG_B1_SD-S zur Anzahl der negativen Kontakte liegen von t2 bis t4 sowie zur Gesamthäufigkeit bei allen Messzeitpunkten über der SD.

4.2.5 Emotionales Erleben

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Teilfragen E1.1 und E1.2 zum emotionalen Erleben und typischen Stimmungslagen graphisch dargestellt und erläutert. Für jeden Bewohner der PG und VG wurde zu den positiv und negativ erlebten Alltagssituationen jeweils ein eigenes Diagramm erstellt. Aus dem einzelnen Diagramm des Bewohners lässt sich die Anzahl der

positiv und negativ erlebten Alltagssituationen, der Verlauf über die Messzeitpunkte (t1 bis t4) und die Häufigkeiten, mit der die Situationen vom Bewohner erlebt werden, ablesen.

Die Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen ist die Summe der einzelnen Situationen zum jeweiligen Messzeitpunkt. Die Gesamthäufigkeit der positiv erlebten Alltagssituationen bildet sich aus der Summe der, mit Punktwerten versehenen, Antwortmöglichkeiten zu den Teilfragen E1.1 und E1.2 (täglich=4, mehrmals wöchentlich=3, einmal wöchentlich=2, seltener=1). Die Anzahl der positiven und negativen Alltagssituationen sowie deren jeweilige Gesamthäufigkeit werden mit den H.I.L.D.E.-Mittelwerten (M) der beiden Kompetenzgruppen verglichen. Zusätzlich werden die jeweiligen die H.I.L.D.E.-Standardabweichungen (SD) angegeben.

4.2.5.1 Positiv erlebte Alltagssituationen der PG und VG

Die Mittelwerte zur Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen liegen bei 5,8 (SD-S) und 5,7 (SD-P). Die Standardabweichung der H.I.L.D.E.-Referenzdaten der Kompetenzgruppen SD-S und SD-P beträgt jeweils 2,4. Die Mittelwerte der Gesamthäufigkeiten liegen bei 18,5 (SD-S) und 18,2 (SD-P), mit einer Standardabweichung von jeweils 8,3.

Zum ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t2) zeigt sich bei PG_B1_SD-S (Abb.8) ein Anstieg der Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen um drei Alltagssituationen. Zu den beiden nachfolgenden Messzeitpunkten geht die Anzahl auf den Ausgangswert vor dem Einzug in die Pflegeoase zurück. Die täglich als positiv erlebten Alltagssituationen sind zu t2 siebenmal häufiger als zu t1. Zu den Messzeitpunkten t3 und t4 erlebt PG_B1_SD-S viermal häufiger eine positive Alltagssituation pro Tag als vor dem Einzug in die Pflegeoase. Bis auf die Gesamthäufigkeit zu t1 liegen alle Werte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit über den jeweiligen Mittelwerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Anzahl der positiven Situationen zu t2 liegt um den Wert 0,8 und die Häufigkeit zu t2 um den Wert 4,2 über der jeweiligen SD. Die restlichen Werte zur Anzahl und Häufigkeit der positiven Alltagssituationen liegen innerhalb der SD.

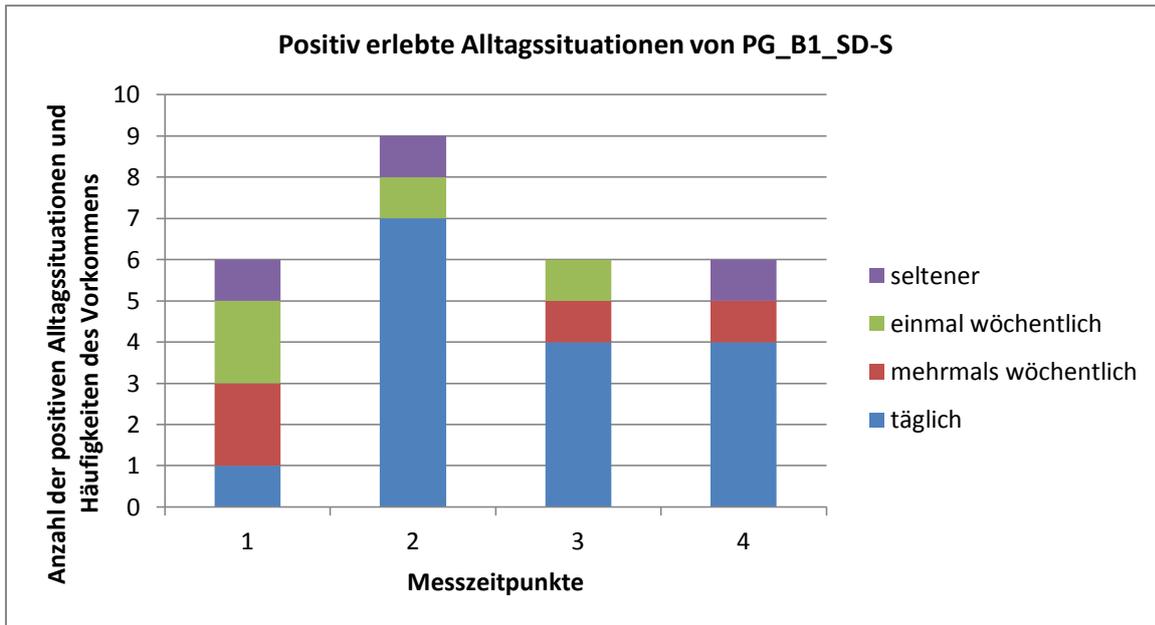


Abb. 8: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners PG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

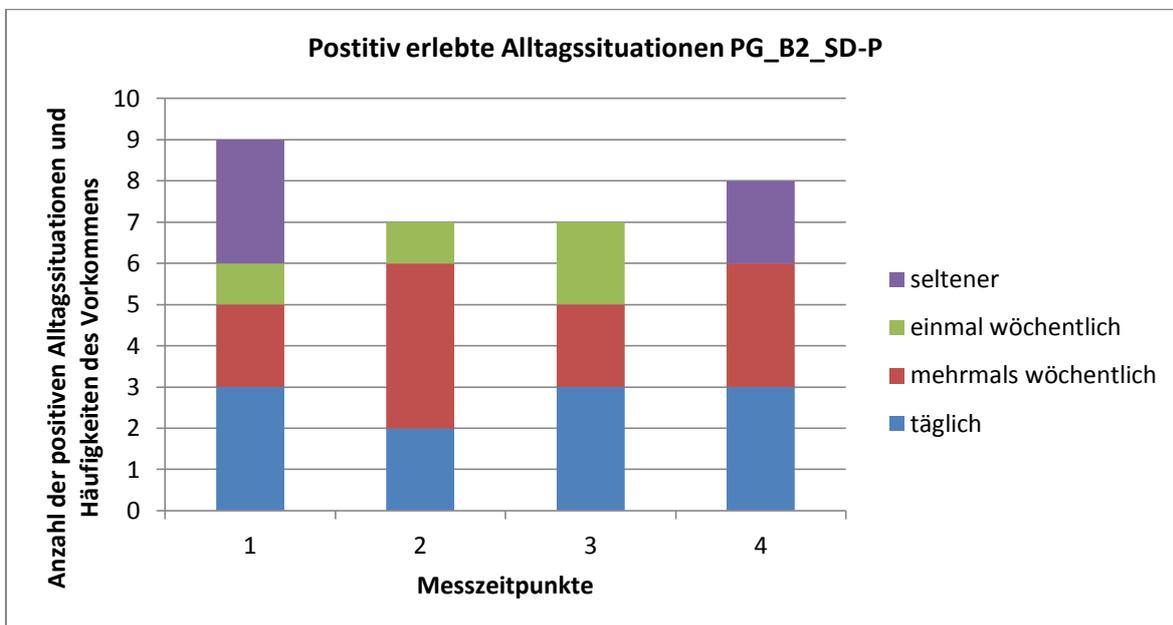


Abb. 9: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners PG_B2_SD-P im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

Die Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen von PB_B2_SD-P (Abb.9) variiert über die vier Messzeitpunkte zwischen ein bis zwei Alltagssituationen. Die Häufigkeit der täglichen Alltagssituationen ist zum ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t2) um eins geringer, als vor dem Einzug in die Pflegeoase. Zu den beiden nachfolgenden Messzeitpunkten t3 und t4 steigt die Häufigkeit der täglichen Situationen auf den Ausgangswert vor dem Einzug in die

Pflegeoase. Über den Verlauf der Messzeitpunkte ist eine Verschiebung des Vorkommens von positiven Alltagssituationen zugunsten der mehrmals und einmal wöchentlich stattfindenden Situationen erkennbar. Alle Bewohnerwerte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit liegen über den Durchschnittswerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten der Kompetenzgruppe SD-P. Die Anzahl der positiven Situationen zu t1 liegt um den Wert 0,9 über der SD, die restlichen Werte zur Anzahl und Häufigkeit der positiven Alltagssituationen liegen innerhalb der SD.

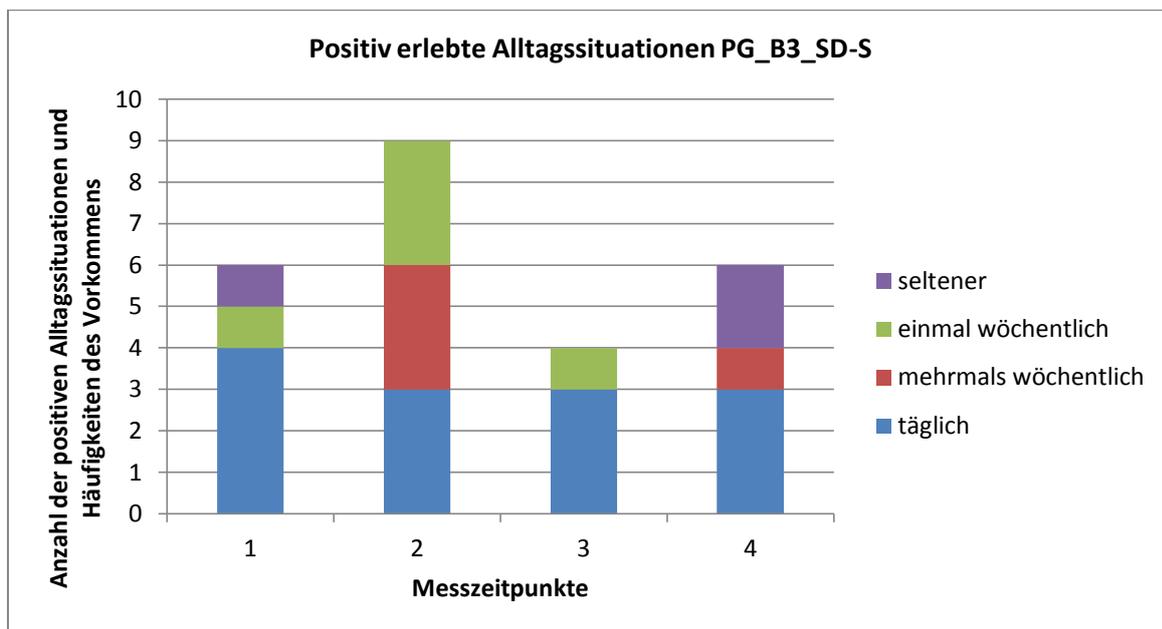


Abb. 10: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners PG_B3_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

Die Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen ist bei PG_B3_SD-S (Abb.10) zu t1 und t4 identisch. Nach einer Zunahme um drei Alltagssituationen zwischen t1 und t2, fällt deren Anzahl zu t3 um zwei Situationen unter den Anfangswert von t1. Die Häufigkeit der täglichen Situationen sinkt mit dem Einzug in die Pflegeoase um eins ab und bleibt zu den folgenden drei Messzeitpunkten konstant. PG_B3_SD-S erlebt zu t4 die gleiche Anzahl an positiven Alltagssituationen wie zu t1, mit einer verringerten Häufigkeit bei zwei Situationen. Die Anzahl der positiven Situationen zu t3 liegt unter den genannten H.I.L.D.E.-Referenzdaten der Kompetenzgruppe SD-S, ebenso wie die Gesamthäufigkeiten zu t3 und t4. Die Werte zur Anzahl und Häufigkeit der positiven Alltagssituationen zu t2 liegen um die Werte 0,8 und 0,2 über der SD, die restlichen Werte zur Anzahl und Häufigkeit der positiven Alltagssituationen liegen innerhalb der SD.

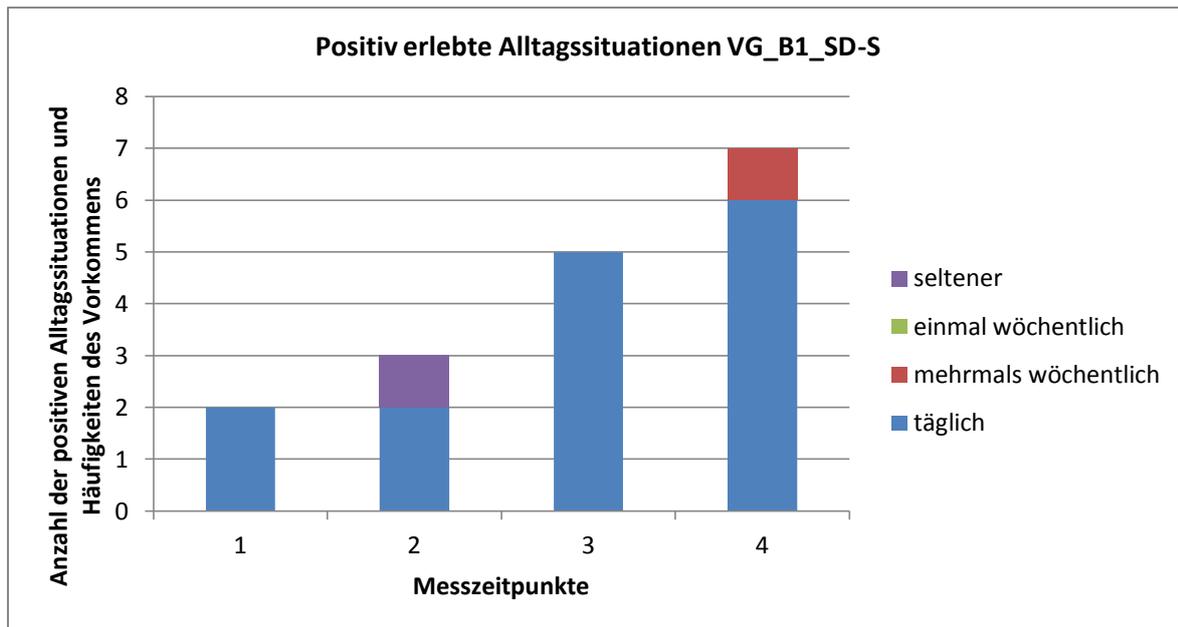


Abb. 11: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners VG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

Im zeitlichen Verlauf ist zu erkennen, dass die Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen bei VG_B1_SD-S (Abb.11) ansteigend ist. Zum Messzeitpunkt t4 werden 3-mal mehr positive Situationen erlebt als zu t1. Situationen die seltener (t2) und mehrmals wöchentlich (t4) erlebt werden, kommen während des Erhebungszeitraums jeweils einmal vor. Die Anzahl und Gesamthäufigkeit der positiv erlebten Alltagssituationen von VG_B1_SD-S liegen zu den Messzeitpunkten t1, t2 und t3 jeweils unter den dazugehörigen H.I.L.D.E.-Mittelwerten und zu t4 darüber. Die Werte zur Anzahl liegen zu t1 und t2 um die Werte 1,4 und 0,4 unter der SD. Bei den Werten der Gesamthäufigkeit liegen t1 und t2 unter (t1: 2,2; t2: 1,2) und t4 über der SD (t4: 0,2). Die restlichen Werte zur Anzahl und Häufigkeit der positiven Alltagssituationen liegen innerhalb der SD.

Die Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen VG_B2_SD-S (Abb.12) ist zu t4 um die Hälfte kleiner als zu t1, wobei die Anzahl der täglichen Situationen konstant ist. Zum Messzeitpunkt t3 liegt der Wert über dem Anfangswert t1. Die Bewohnerwerte zur Anzahl liegen zu t4 und zur Gesamthäufigkeit zu t1 und t4 unter den H.I.L.D.E.-Mittelwerten der Kompetenzgruppe SD-S. Zu t4 liegt der Wert zur Anzahl um den Wert 0,4 unter der SD. Die restlichen Werte zur Anzahl und Häufigkeit der positiven Alltagssituationen liegen innerhalb der SD.

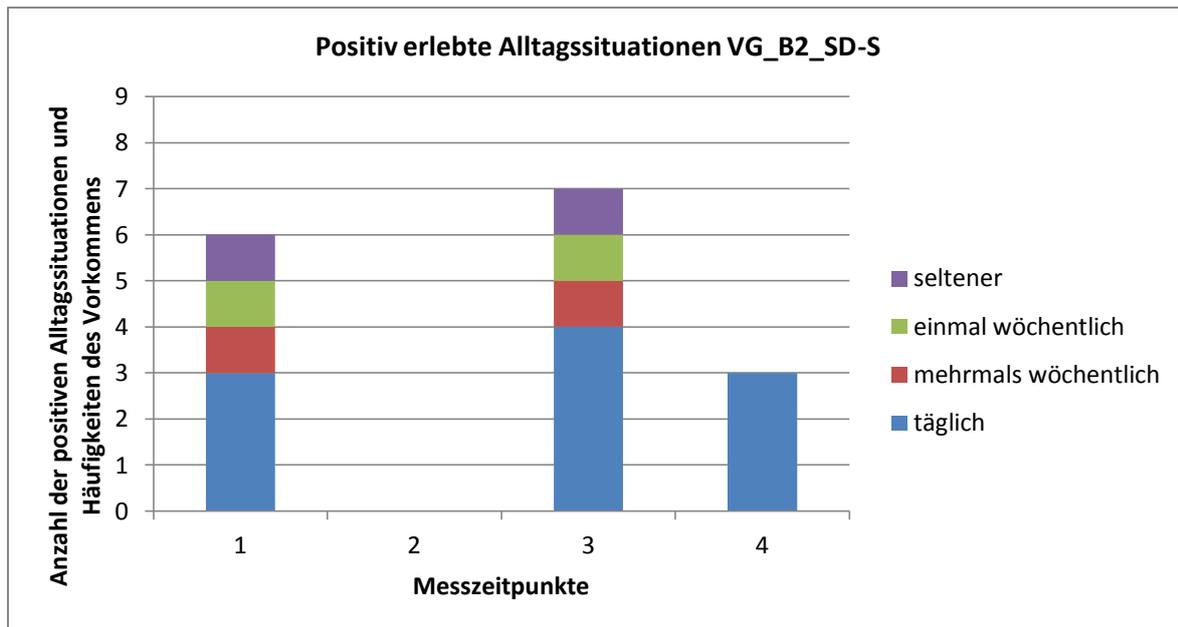


Abb. 12: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners VG_B2_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

4.2.5.2 Negativ erlebte Alltagssituationen und deren Gesamthäufigkeit

Die Mittelwerte zur Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen liegen bei 4,8 (SD-S) und 5,3 (SD-P). Die Standardabweichung der H.I.L.D.E.-Referenzdaten der beiden Kompetenzgruppen beträgt 2,5 (SD-S) und 2,7 (SD-P). Die Mittelwerte der Gesamthäufigkeit liegen bei 12,7 (SD-S) und 14,7 (SD-P), mit einer Standardabweichung von 7,6 (SD-S) und 8,8 (SD-P).

Zum ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t2) zeigt sich bei PG_B1_SD-S (Abb. 13) eine Verringerung von zwei negativ erlebten Alltagssituationen. Alle Situationen zu t2 werden mit einer Häufigkeit von mehrmals wöchentlich als negativ erlebte Alltagssituationen für den Bewohner eingestuft. Zu t3 ist die Anzahl der Situationen im Vergleich zu t2 gleich geblieben, allerdings mit unterschiedlicher Häufigkeitsverteilung. PG_B1_SD-S erlebt zum Messzeitpunkt t4 eine tägliche negative Alltagssituation weniger, als vor dem Einzug in die Pflegeoase (t1).

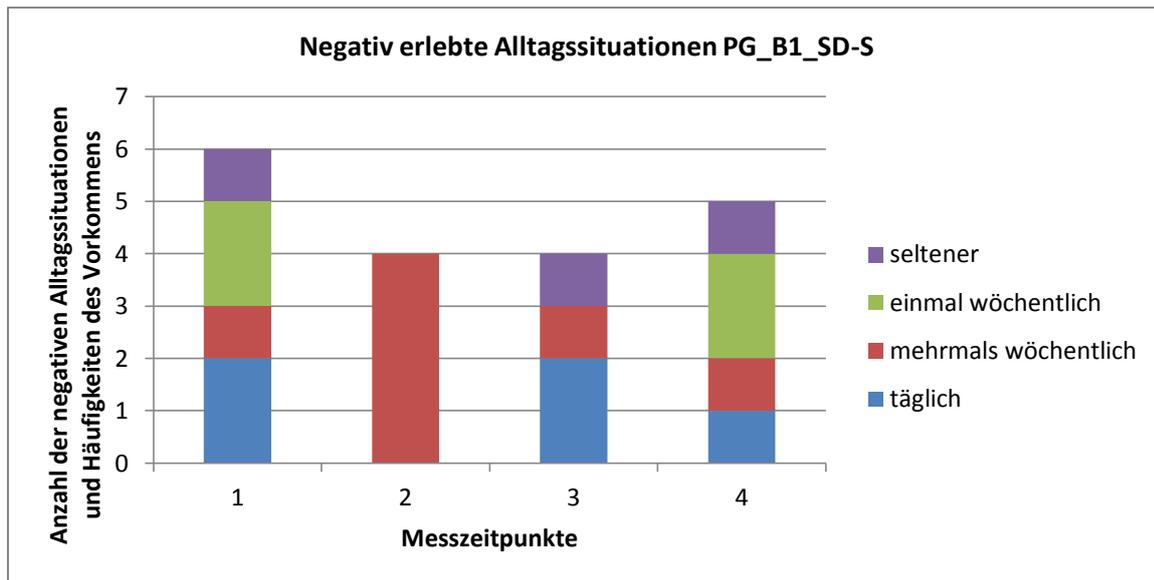


Abb. 13: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners PG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

Bis auf t2 liegen alle Bewohnerwerte von PG_B1_SD-S zur Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert. Die Gesamthäufigkeit liegt zu t1 über dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Alle Bewohnerwerte zur Anzahl und Häufigkeit der negativ erlebten Alltagssituationen liegen innerhalb der SD der H.I.L.D.E.-Referenzdaten.

Die Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen liegt bei PG_B2_SD-P (Abb.14) ab dem ersten Messzeitpunkt in der Pflegeoase (t2) unter dem Ausgangswert von t1. Ab dem Messzeitpunkt t2 erlebt PG_B2_SD-P zwischen zwei und einer negativen Alltagssituation täglich, was vor dem Einzug in die Pflegeoase nicht gegeben ist. Über den Verlauf der Messzeitpunkte erlebt PG_B2_SD-P die meisten negativen Alltagssituationen mehrmals wöchentlich. Die Werte zur Anzahl und zur Gesamthäufigkeit liegen zu allen Messzeitpunkten über den Mittelwerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Werte zur Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen liegen zu t1, t2 und t4 über der SD (t1: 4,1; t2: 1,1; t4: 0,1). Zu den Messzeitpunkten t1 und t4 liegen die Gesamthäufigkeiten über der SD (t1: 4,2; t4: 0,2). Die restlichen Werte zur Anzahl und Häufigkeit der negativ erlebten Alltagssituationen liegen innerhalb der SD.

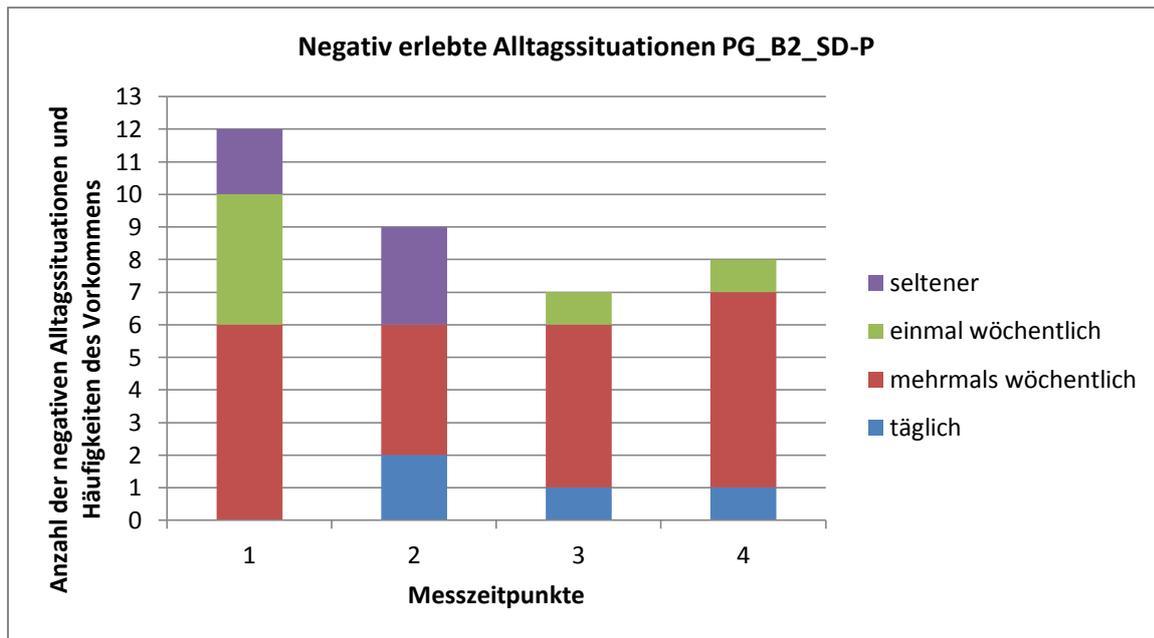


Abb. 14: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners PG_B2_SD-P im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

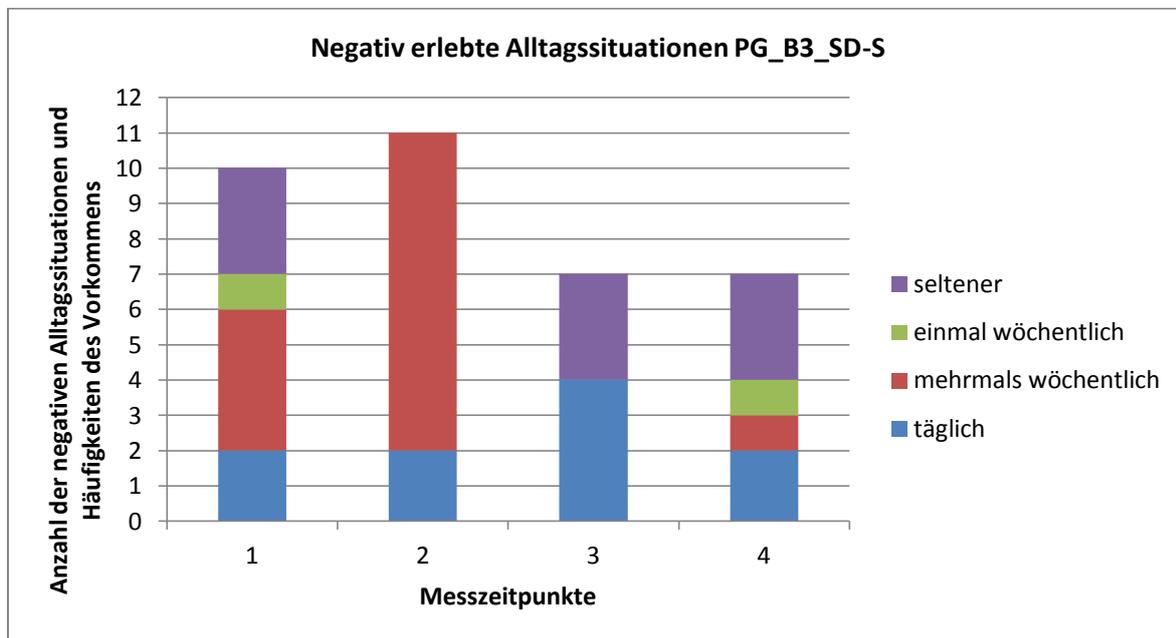


Abb. 15: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners PG_B3_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

Die Anzahl der von PG_B3_SD-S (Abb.15) negativ erlebten Alltagssituationen nimmt zu t2 um eine negative Situation zu, wobei die Situationen insgesamt vom Bewohner häufiger als vor dem Einzug in die Pflegeoase als negativ erlebt werden. Ab t3 nimmt die Anzahl und Häufigkeit der negativen Situationen mit jedem weiteren Messzeitpunkt ab. Zum Messzeitpunkt t4 erlebt PG_B3_SD-S drei, mehrmals wöchentliche negative

Alltagssituationen weniger, als vor dem Einzug in die Pflegeoase. Die Häufigkeitsverteilung der verbleibenden Situationen zu t4 ist mit t1 identisch. Die Bewohnerwerte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit der negativ erlebten Alltagssituationen liegen zu allen Messzeitpunkten über den H.I.L.D.E.-Mittelwerten. Zu den Messzeitpunkten t1 und t2 liegen die Werte zur Anzahl der negativen Situationen über der SD (t1: 2,6; t2: 3,6). Ebenfalls zu t1 und t2 liegen die Bewohnerwerte zur Gesamthäufigkeit über der SD (t1: 7,4; t2: 14,4). Die restlichen Werte zur Anzahl und Häufigkeit der negativ erlebten Alltagssituationen liegen innerhalb der SD.

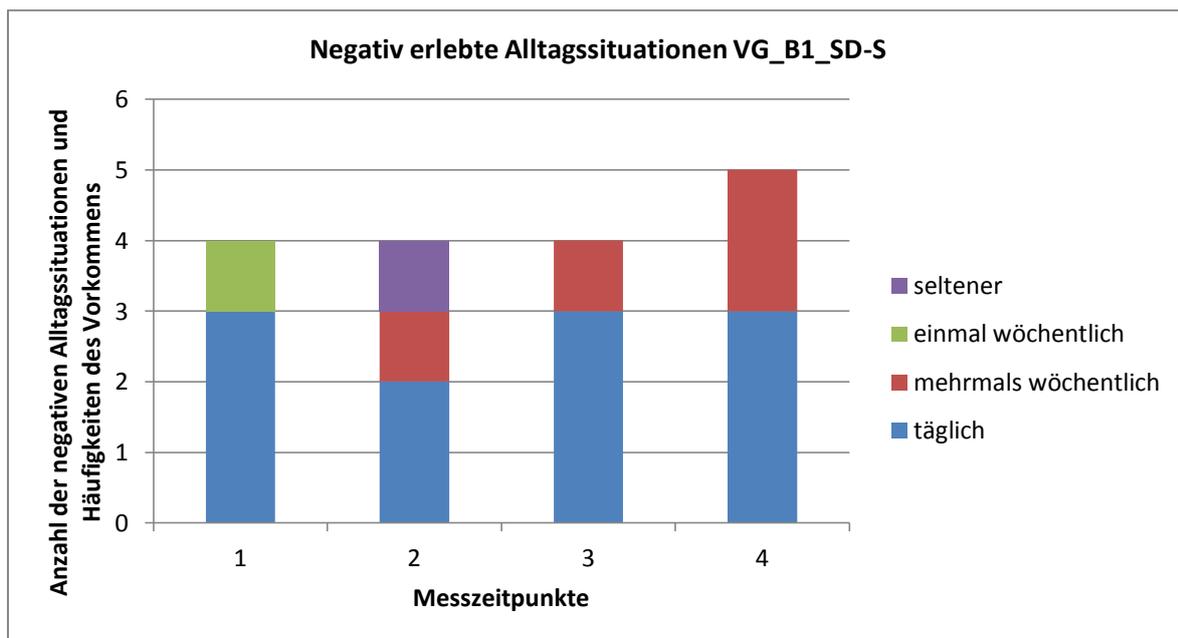


Abb. 16: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners VG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

Die Anzahl der täglich als negativ erlebten Alltagssituationen bleibt bei VG_B1_SD-S (Abb.16) bis auf t2 unverändert. Der Bewohner erlebt zu t4 mehr und häufiger negative Alltagssituationen. Bis auf t4 liegen alle Werte zur Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen unter dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Bewohnerwerte zur Gesamthäufigkeit liegen zu den Messzeitpunkten t1, t3 und t4 über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert. Alle Bewohnerwerte zur Anzahl und Häufigkeit der negativ erlebten Alltagssituationen liegen innerhalb der SD der H.I.L.D.E.-Referenzdaten.

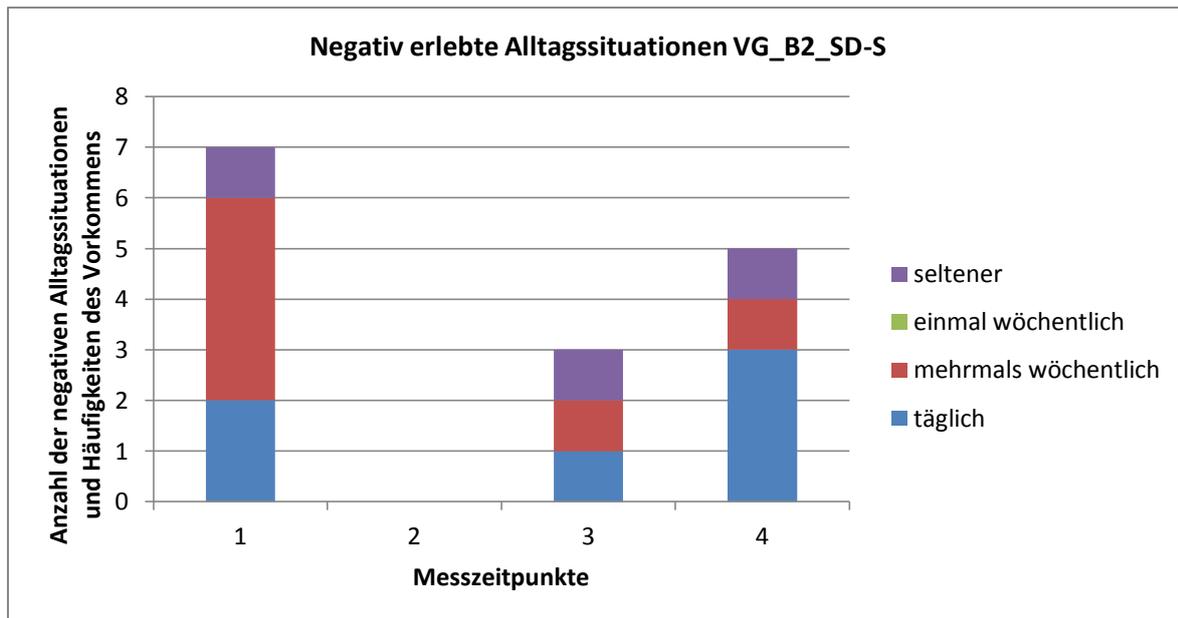


Abb. 17: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners VG_B2_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte

VG_B2_SD-S (Abb.17) erlebt zu t4 zwei negative Alltagssituationen weniger als zu t1, wobei sich eine negative Situation in ihrer Häufigkeit von mehrmals wöchentlich auf täglich erhöht hat. Bis auf t3 liegen alle Werte zur Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen über dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Zu den Messzeitpunkten t1 und t4 liegen die Gesamthäufigkeiten über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert. Bis auf den Messzeitpunkt t1 zur Gesamthäufigkeit der negativ erlebten Alltagssituationen, liegen alle Werte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit innerhalb der SD der H.I.L.D.E.-Referenzdaten (t1: 0,4 über der SD). Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammengefasst.

4.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Lebensqualität

Die Werte zu t1 bilden die Baseline für einen Vorher-Nachher-Vergleich der Bewohner der PG vor und nach der Intervention Pflegeoase. Bei einem Vergleich von Bewohnerwerten zwischen den beiden Untersuchungsgruppen werden die Werte der Baseline daher nicht gewertet. Dieser Vergleich bezieht sich also auf die Bewohnerwerte der Messzeitpunkte t2, t3 und t4. Die Anzahl der Bewohnerwerte jeder H.I.L.D.E.-Teilfrage, die zu genannten drei Messzeitpunkten ohne Baseline (t2, t3, und t4) erhoben werden konnten, werden mit n angegeben. Bis auf die Angaben zum Schmerzerleben (n=6 bei PG) gilt n=9 bei PG und n=5 bei VG.

Die Schmerzstärke und Schmerzbereiche sind bei den Bewohnern der PG seit dem Einzug in die Pflegeoase rückläufig. Jeweils ein Bewohner der PG und VG haben keine Schmerzbelastung und Schmerzbereiche. Ein Bewohner der VG hat über alle Messzeitpunkte gleichbleibend mäßige Schmerzen und zwei Schmerzbereiche. Alle Werte zur Anzahl der Schmerzbereiche liegen über den H.I.L.D.E.-Mittelwerten und einmal über der SD. Im Vergleich haben die Bewohner der Pflegeoase, die zu t2 eine mittlere bis starke Schmerzbelastung und erleben zu t4 weniger Schmerzen und Schmerzbereiche.

Über den Erhebungszeitraum von t1 bis t4 unterliegt die PG deutlichen Schwankungen in der Ausprägung des maximalen Bewegungsradius. Alle Bewohner der Pflegeoase erleben über ein bis zwei Messzeitpunkte hinweg eine Zunahme des Bewegungsradius. Für die Bewohner der VG ist, bis auf einen Messzeitpunkt (t4), der Bewegungsradius identisch mit dem Ausgangswert. Ein Bewohner der VG hat zu t4 einen kleineren Bewegungsradius als zu den vorangegangenen Messzeitpunkten. Im Vergleich zu t1 haben die Bewohner der PG zum Zeitpunkt t4 einen kleineren Bewegungsradius. Für zwei Bewohner der PG ist der maximale Bewegungsradius zu t4 das Bewohnerzimmer, für den dritten Bewohner Orte innerhalb der Einrichtung.

Bis auf zwei Bewohner der PG zu t1 und ein Bewohner der VG zu t2, kann für jeden Bewohner der PG und VG über den Erhebungszeitraum mindestens ein Lieblingsplatz benannt werden, an dem sich der Bewohner täglich aufhält. Bei allen Bewohnern der PG und VG ist dieser Ort entweder das Bewohnerbett oder -zimmer. Die Werte der PG zur Gesamthäufigkeit des Aufenthalts an den Lieblingsplätzen sind schwankend. Im Vergleich zu t1 befinden sich die Bewohner der PG zu t4 häufiger an ihren Lieblingsplätzen. Die Anzahl der Lieblingsplätze der VG ist von t1 zu t4 gleichbleibend bis rückläufig. Die Gesamthäufigkeit der Bewohner der VG ist einmal gleichbleibend und einmal um die Hälfte zum Ausgangswert zurückgegangen. Im Vergleich zu t1 haben die Bewohner der PG zu t4 doppelt so viele Lieblingsplätze. Die Anzahl der Lieblingsplätze der VG hat sich von t1 zu t4 um einen Platz erhöht.

Während des Erhebungszeitraums kann für einen Bewohner der VG zu jedem Messzeitpunkt mindestens ein ungeliebter Platz benannt werden. Deren Anzahl sinkt im Verlauf von t1 zu t4 kontinuierlich. Ein Bewohner der VG hat zu t4 einen ungeliebten Platz. Im Vergleich zu t1

haben die Bewohner zu t4 keine ungeliebten Plätze mehr. Die Anzahl der ungeliebten Plätze der VG zu t4 ist identisch mit t1, mit einer leicht erhöhten Häufigkeit.

Die Bewohnerwerte zur Anzahl der angeleiteten Aktivitäten liegen in der Pflegeoase sechsmal (davon ein Wert um 0,2 unter dem H.I.L.D.E.-Mittelwert) in oder über den Durchschnittswerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Anzahl der Freude an den Aktivitäten liegt bei den Bewohnern der PG in der Pflegeoase dreimal unter den H.I.L.D.E.-Durchschnittswerten. Die Anzahl der Aktivitäten liegen in der VG dreimal unter dem H.I.L.D.E.-Durchschnitt und ist im Verlauf gleichbleibend bis leicht ansteigend. Alle Bewohnerwerte zur Gesamthäufigkeit liegen zu allen Messzeitpunkten (t1-t4) unter den H.I.L.D.E.-Vergleichsdaten. Im Schnitt übt jeder Bewohner der PG die seinigen Aktivitäten einmal pro Woche aus. Die Gesamthäufigkeit der Aktivitäten in der VG ist, im Verhältnis zur Anzahl der Aktivitäten, höher. Die Anzahl der Freude an den Aktivitäten der VG entspricht, bis auf eine Ausnahme, der Anzahl der Aktivitäten. Im Vergleich zu t1 üben die Bewohner der PG zu t4 sechs angeleitete Aktivitäten weniger aus, wobei eine der sieben Aktivitäten zu t4 einem Bewohner keine Freude bereitet. Die Bewohner der VG üben zu t4 zwei Aktivitäten mehr aus, wobei eine der acht Aktivitäten zu t4 einem Bewohner keine Freude bereitet.

Die Bewohnerwerte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit der selbständigen Aktivitäten liegen in der Pflegeoase neunmal und fünfmal in der VG über oder im Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Anzahl der Freude an den Aktivitäten liegt bei sieben Bewohnerwerten der PG und vier Bewohnerwerten der VG über den H.I.L.D.E.-Mittelwerten. Im Vergleich zu t1 üben die Bewohner der PG zu t4 sechs selbständige Aktivitäten mehr aus. Entsprechend verhalten sich auch die Werte zur Gesamthäufigkeit, nicht aber zur Anzahl der Freude an den Aktivitäten. Vier der elf Aktivitäten zu t4 bereiten zwei Bewohnern der PG keine Freude. Die Bewohner der VG üben zu t4 zwei Aktivitäten mehr aus als zu t1, wobei eine der sieben Aktivitäten zu t4 einem Bewohner keine Freude bereitet.

Die Bewohnerwerte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit der positiv erlebten Alltagssituationen liegen in der Pflegeoase achtmal über den Durchschnittswerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Bewohnerwerte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit der positiven Alltagssituationen liegen in der VG jeweils zweimal über den H.I.L.D.E.-Mittelwerten. Im Vergleich zu t1 erleben die Bewohner der PG zu t4 eine positive Alltagssituation weniger. Die

Gesamthäufigkeit der PG zu t1 ist mit t4 tendenziell vergleichbar. Die Bewohner der VG erleben im Vergleich zu t4 eine positive Situation mehr als zu t1, mit einer höheren Gesamthäufigkeit innerhalb ihrer Gruppe.

Die Bewohnerwerte zur Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen liegen in der Pflegeoase achtmal und zur Gesamthäufigkeit sechsmal über dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Bewohnerwerte der VG liegen bei der Anzahl der negativen Situationen zweimal und bei der Gesamthäufigkeit dreimal über den H.I.L.D.E.-Durchschnittswerten. Im Vergleich zu t1 erleben die Bewohner der PG acht negative Alltagssituationen weniger, bei verringerter Gesamthäufigkeit. Die Bewohner der VG erleben eine negative Situation weniger als zu t1, bei vergleichbarer Gesamthäufigkeit.

4.3 Mitarbeitererleben in der Pflegeoase

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Einzelinterviews mit den Mitarbeitern der Pflegeoase, anhand der sieben Hauptkategorien, dargestellt.

4.3.1 Arbeitsplatz Pflegeoase

Arbeitsorganisation der Pflegeoase

Die Mitarbeiter haben in der Pflegeoase bei der Organisation ihrer Arbeitsaufgaben zeitlich mehr Gestaltungsfreiheit und Selbständigkeit als in den Wohnbereichen. Dies gibt den Mitarbeitern die Möglichkeit, z.B. die Grundpflege über den Tag verteilt zu erledigen, was mehr Flexibilität in der Aufgabenerledigung bedeutet. Häufig müssen nämlich die Art der Tätigkeiten oder deren Ablauf an die jeweilige Verfassung der Bewohner oder sonstige Veränderungen angepasst werden. Insgesamt bewerten die Mitarbeiter das Aufgabenfeld in der Pflegeoase als übersichtlicher, im Vergleich zur Arbeit in den Wohnbereichen. Dies steht im Zusammenhang mit der kleineren und vor allem konstanten Bewohnergruppe der Pflegeoase.

„Aber jetzt wird es so langsam immer überschaubarer, auch eben so Kleinigkeiten. [...]Man ist einfach in so gewissen Abläufen, so Arbeitsabläufe, z.B. wann werden Verbände oder wann wird dieses oder jenes gemacht [...]und weil man weniger Bewohner hat, man muss das zwar alles selbständig machen und man ist oft alleine, aber trotzdem, da kommt jetzt so eine Routine rein.“ (I1,136-138).

Die Mitarbeiter verschaffen sich über die Bewohnerdokumentation und beim Bewohner selbst einen Überblick zu dessen Zustand, um anhand dieser Informationen ihre Prioritäten

zur Arbeitsabfolge und notwendigen Tätigkeiten setzen zu können. Außerdem müssen die pflegerischen Tätigkeiten mit den Beschäftigungsangeboten des Sozialdienstes im Haus koordiniert werden.

Bewohnerbezogenes Umfeld

In der Pflegeoase ist bei der Verrichtung der Pflgetätigkeiten verstärkt die Möglichkeit gegeben, auf die jeweilige Bewohnerstimmung und –verfassung Rücksicht zu nehmen, da die Arbeitsabläufe flexibler gestaltet werden können. Die Art der Durchführung und der Zeitpunkt der Maßnahmen können somit individueller auf den Bewohner abgestimmt werden. Die Mitarbeiter schätzen die Pflege in der Pflegeoase als sicherer ein, da die Fachkraftquote höher liegt als in den Wohnbereichen.

„[...]Es ist eine sicherere Pflege. Eine gewährleistende Pflege. Es ist einfach sicherer. Weil man ja weiß, wir sind ja nur Fachkräfte, das muss man ja auch mal sagen. Und wir handeln ja gleich nach dem was wir gelernt haben.[...]“ (I2, 47).

Insgesamt ist die Versorgung und Pflege in der Pflegeoase bewohnerorientierter, weil dem Einzelnen durch die ständige Präsenz der Mitarbeiter mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden kann. Die Mitarbeiter nehmen Auffälligkeiten bei den Bewohnern anhand von Geräuschen oder Verhaltensweisen schneller wahr als im Wohnbereich.

„Na ja wir achten auch schon darauf, wenn irgendwo ein Geräusch ist. Das ist, das ergibt sich dann einfach. Ist da jetzt was Außergewöhnliches passiert? Oder wenn da jetzt jemand, sage wir mal nach dem Essen, jetzt, es wird ihm schlecht, ist ja auch schon vorgekommen, und er erbricht. In den Zimmern würde man das ja gar nicht merken. Hier kann man wirklich auf alles gleich eingehen und wir gehen auch auf alles, auf jedes Geräusch geht man eigentlich ein. Also wir sind schon intensiver um die Bewohner herum.“ (I3, 117).

Sie können differenziertere Einschätzungen zum Bewohnerbefinden und der Wirkung von Maßnahmen vornehmen. Folglich kann in der Pflegeoase verstärkter auf die Bedürfnisse der Bewohner individuell und zeitnah reagiert werden.

„Vorher war er halt im Zimmer und da hat man das oft gar nicht so mitgekriegt, man war ja nicht drin. Die Tür war ja zu. Und wenn man rein ist und man hat es mitgekriegt, hat man natürlich auch geholfen und geschaut und gemacht. Aber man musste dann natürlich auch mal wieder weitermachen und zu anderen gehen und so bleibt man drinnen. Man kriegt genau mit, wie ist der Verlauf, jetzt eigentlich.“ (I1, 124).

Arbeitsaufkommen und -verteilung

Insgesamt kommen die Mitarbeiter mit der Arbeit in der Pflegeoase gut zurecht und halten das Arbeitskontingent für schaffbar. Dennoch können das Arbeitsaufkommen und die Verteilung der Tätigkeiten über den Tag, abhängig vom Zustand der Bewohner, unterschiedlich sein. Die Mitarbeiter erledigen einen Großteil der Körperpflege im Frühdienst. Besonders bei Bewohnern, die zum Frühstück am Tisch sitzen können, wird darauf Wert gelegt, ihnen vorher die Körperpflege und frische Kleidung zu ermöglichen. Der Spätdienst wird von den Mitarbeitern häufig als ruhiger angesehen, da bereits der Großteil der Körperpflege bei den Bewohnern abgeschlossen ist. Besonders die Zeit nach dem Nachmittagskaffee wird als ruhig empfunden. Dennoch sind die Mitarbeiter in der Pflegeoase kontinuierlich beschäftigt. In den Einzelinterviews wurden die Mitarbeiter nach dem Ablauf und der Gestaltung ihrer Arbeit in der Pflegeoase befragt. Aus den Antworten der Mitarbeiter konnten, neben Angaben zur Organisation, auch konkrete Tätigkeiten der Mitarbeiter in der Pflegeoase sowie eine Reihe von Aktivitäten und Beschäftigungen der Bewohner herausgearbeitet werden. Die am häufigsten genannten Tätigkeiten und Aufgaben der Mitarbeiter beziehen sich auf rein pflegerische Tätigkeiten wie Körperpflege und Inkontinenzversorgung, Nahrungsaufnahme und Medikamentenüberwachung sowie Lagerung und Mobilisation. Außerdem müssen die Mitarbeiter eine Reihe von Nebentätigkeiten, wie Wäscheorganisation, Abwasch, Aufräumen und das Überprüfen und Auffüllen von Lagerbeständen, erledigen. Als Beschäftigungsangebote in der Pflegeoase werden vorwiegend Medien, wie Musik und Filme, eingesetzt. Des Weiteren sitzt ein Großteil der Bewohner regelmäßig am Gemeinschaftstisch der Pflegeoase, an dem die Bewohner Zeitungen und Bilder anschauen können, malen sowie gemeinsam die Mahlzeiten zu sich nehmen. Gelegentlich und je nach Bedürfnislage der Bewohner werden diese auch für Besuche in ihre vorhergehenden Wohnbereich gebracht. Die Mitarbeiter der Pflegeoase versuchen die vorhandenen Ressourcen der Bewohner so gut wie möglich zu erkennen und zu fördern. Umfangreiche Beschäftigungsangebote können von den Mitarbeitern der Pflegeoase jedoch nicht geleistet werden, da die zeitlichen Ressourcen mit der Pflege und Versorgung der Bewohner weitestgehend erschöpft sind. Der Hauptteil an Aktivitäten und Beschäftigungen wird vom Sozialteam der Einrichtung angeboten und findet außerhalb der Pflegeoase, zusammen mit anderen Bewohnern der Einrichtung, statt.

Kommunikation und Team

Wie auch in den Wohnbereichen sind Absprachen, Vereinbarungen und Informationsweitergabe zwischen den Mitarbeitern der Pflegeoase und Berufsgruppen notwendig und werden von den Mitarbeitern der Pflegeoase als sehr wichtig eingeschätzt. Für die Informationsweitergabe werden das computergestützte Dokumentationssystem der Einrichtung und mündliche Übergaben zwischen dem Früh- und Spätdienst genutzt. Der Nachtdienst erhält die relevanten Informationen des Tages über das Übergabebuch, das die Mitarbeiter der Pflegeoase handschriftlich führen. Zu Beginn der Pflegeoase tauschten sich die Mitarbeiter des Tagdienstes zur Übergabe während der Verrichtung von Pflegetätigkeiten aus. Mittlerweile nehmen sie sich für die Übergabe Zeit, setzen sich an den Tisch und nehmen sich einen Moment für die Informationsweitergabe.

„Am Anfang war das nicht so. Da haben wir das so zwischen Tür und Angel gemacht, eine war an dem Bett, der andere war an dem Bett und jetzt nehmen wir uns auch mal die Zeit und sagen [...]setz dich bitte mit hin und dann erzählst du mir was ist.“ (I3, 25).

Dadurch, dass die Mitarbeiter die größte Zeit des Tages alleine arbeiten, sind während der Arbeit weniger Absprachen nötig. Dies erleichtert in vielen Fällen die Arbeitsorganisation und -durchführung, da sich die Mitarbeiter nicht mit Kollegen zur Verteilung und den Ablauf von Tätigkeiten arrangieren müssen.

„[...]wie gesagt man ist allein, man kann sich das wesentlich besser gestalten, man muss da nicht ständig Kolleginnen und Kollegen fragen, muss jetzt das noch erledigt werde, oder ist das schon erledigt.“ (I1, 166).

Ein deutliches Ergebnis der Einzelinterviews ist das gemeinsame Teamverständnis der Mitarbeiter der Pflegeoase, die sich untereinander als gleichberechtigt ansehen und viel Wert auf eine kollegiale und sich gegenseitig unterstützende Zusammenarbeit legen. Die Mitarbeiter haben das Gefühl, die gleichen Ansichten und Wertvorstellungen zu teilen. Jedes Teammitglied ist in die Verantwortung genommen, für eine gute Zusammenarbeit im Team zu sorgen.

„[...]wir sind auf gleicher Ebene, also wir sind und wir sprechen über alles und wenn es Probleme gibt sprechen wir drüber und versuchen die zu lösen und gut miteinander umzugehen, weil ich hab schon Stress genug erlebt und ich will den Stress nicht.“ (I1, 172).

„Das ist ein kleines Team und das soll halt gut sein. [...]Das kleine Team muss sich bemühen. Jeder muss seinen Teil dazu beitragen. Das kommt nicht von selber.“ (I1, 180).

Zu einer guten Teamarbeit gehört, nach Meinung der Mitarbeiter, auch die Möglichkeit zur Arbeit allein. Den Mitgliedern des Pflegeoasenteams ist es wichtig, dass die eigene Arbeit sowie die Einschätzungen und Beobachtungen zu den Bewohnern von den anderen Teammitgliedern respektiert werden.

„[...]So dieses Miteinander ist oft auch nicht einfach, die Teamarbeit. Die Teamarbeit kann sehr schön sein, wenn man sich gut versteht und wenn man gut zusammenarbeitet. Sie kann aber auch sehr belastend sein, wenn man sich nicht so gut versteht oder wenn der eine immer irgendwie, ne. Und das empfinde ich manchmal als sehr angenehm, wenn ich auch mal alleine arbeiten kann.[...]“ (I 1, 142).

Grundsätzlich fühlen sich die Mitarbeiter der Pflegeoase in ihrem Team wohl und begrüßen die mittlerweile eingelebte Teamkonstanz.

Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter

Bei der Frage nach der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter spielt das Erreichen von selbst gesetzten Arbeitszielen der Mitarbeiter eine entscheidende Rolle. Die Mitarbeiter empfinden Arbeitszufriedenheit nach einem gelungenen Arbeitstag, wenn sie ihre Arbeitsziele erreichen konnten, die Organisation der Aufgaben funktioniert hat und sie den Kollegen keine Arbeiten der eigenen Schicht hinterlassen müssen. Aber auch der Umstand, überhaupt eigene Arbeitsziele setzen zu können, d.h. sich den Arbeitstag selbst zu organisieren und zu gestalten, ist für die Mitarbeiter mit Arbeitszufriedenheit verbunden. Die Mitarbeiter schätzen eine gewisse Arbeitsroutine. Sie empfinden des Weiteren Zufriedenheit darüber, zu sehen was sie an einem Arbeitstag geleistet haben. Verstärkt wird dieses Gefühl noch von der Gewissheit, dass die Kollegen der Pflegeoase, aufgrund des gemeinsamen Teamverständnisses und gleicher Ansichten zur Pflege in der Oase, die eigenen Arbeitserfolge fortsetzen und sich damit untereinander wertschätzen.

„Man sieht was man gemacht hat und man sieht, hoppla, dem habe ich jetzt heute wirklich die Jahre mit dem Gel gemacht und das habe ich gemacht und ich weiß, dass es auch die K. und die anderen [genauso machen, d. Verf.]“ (I2, 7).

Die Wertschätzung der eigenen Arbeit durch Kollegen und im Besonderen durch die Leitung der Einrichtung, ist für die Mitarbeiter von großer Bedeutung. Dazu gehören auch die gegenseitige Akzeptanz von Wertvorstellungen, Arbeitsgestaltung und der Ablauforganisation des Pflegeoasenteams von Kollegen und Mitarbeitern der Wohnbereiche

und des Sozialteams. Die Mitarbeiter sehen in der Pflegeoase die Möglichkeit zur besseren Umsetzung des eigenen Pflegeverständnisses gegeben, was sehr geschätzt wird und zur Arbeitszufriedenheit beiträgt. Insgesamt beschreiben die Mitarbeiter ihre Arbeitszufriedenheit als gut, haben Spaß an der Arbeit und fühlen sich in ihrem Arbeitsumfeld sowie dem Team wohl. Zu Beginn der Pflegeoase war dies noch nicht der Fall. Genauso wie die Bewohner, brauchten auch die Mitarbeiter eine Eingewöhnungszeit, bis Abläufe und Strukturen sich eingespielt hatten. Als leichte Einschränkung ihrer Arbeitszufriedenheit bzw. ihres Privatlebens erleben die Mitarbeiter die Anfangszeit des Spätdienstes.

Keiner der Mitarbeiter möchte zum Zeitpunkt des Interviews wieder zurück in die Wohnbereiche wechseln. Das hängt mit der besonderen Wertschätzung für das neue Arbeitsumfeld der Pflegeoase zusammen. Die Mitarbeiter stellen fest, dass in der Pflegeoase weniger Ablaufstörungen und Unterbrechungen durch Telefonate, Besucher, Lieferanten oder andere Bewohner herrschen. Das Arbeitsumfeld ist somit wesentlich ruhiger und die Mitarbeiter können sich besser auf ihre Arbeit konzentrieren.

„Also das Umfeld ist wesentlich ruhiger und ja da bin ich schon mal sehr zufrieden damit. Also das kommt mir wirklich richtig entgegen.“ (I1, 5)

Das störungsfreiere Umfeld und die bessere Übersichtlichkeit der zu erledigenden Aufgaben führen zu einer Reduktion der Dokumentation zwischendurch, z.B. Daten von Bilanzierung, Gewicht oder Flüssigkeitszufuhr.

[...]Und vorher hat man es erst handschriftlich geschrieben, weil dann irgendein Kollege oder Kollegin hat das dann übernommen. [...]Das brauch ich jetzt nicht mehr, weil das fällt weg, weil ich habe es im Kopf, weil das ist so eine kleine Gruppe. Ich muss das ja selber dokumentieren, ich hab das aber auch selber gemacht, also weiß ich ja, weiß ich ja. Also ich brauch das jetzt nicht mehr aufschreiben, weil ich das im Kopf habe einfach.[...]“ (I1, 136).

Die Arbeitszufriedenheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter sind eng verbunden mit dem Wohlbefinden der Bewohner. Aufgrund der Dauerpräsenz der Mitarbeiter in der Pflegeoase werden dadurch Bewohnerbefindlichkeiten und auch Sterbesituationen intensiver erlebt als im Wohnbereich, was sich wiederum auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirken kann. Insgesamt haben die Mitarbeiter einen positiven Gesamteindruck von der Pflegeoase,

erachten diese als ein für sich selbst geeignetes Arbeitsumfeld und sind mit den allgemeinen Strukturen zufrieden.

4.3.2 Pflegeverständnis und Pflegebeziehung

Zum Teil setzen die Mitarbeiter der Pflegeoase bei der Pflege und Versorgung der Bewohner sowie der Arbeitsgestaltung eigene Prioritäten bzw. legen auf einige Dinge besonderen Wert. Zusammenfassend sind diese Prioritäten eine gute Schmerzversorgung, gute Ernährungssituation, Körperpflege und korrekte Medikamentengabe. Außerdem legen die Mitarbeiter Wert auf eine Esskultur in der Pflegeoase. Dazu gehört das Essen am Tisch in Gemeinschaft, Zeit zum Essen und saubere Kleidung. Ebenfalls als wichtig für die Mitarbeiter wird die Mittagsruhe angesehen, die den Bewohnern sehr gut tut und die Mitarbeiter in dieser Zeit pflegeferne Nebentätigkeiten erledigen können. Als gemeinsames Ziel der Pflege wollen die Mitarbeiter durch dauerhafte Präsenz und gewohnte Strukturen ein anhaltendes Wohlbefinden und Zufriedenheit für die Bewohner ermöglichen.

„[...]dass ich wirklich den Bewohnern was Positives bringen kann, indem ich sie immer umhege und umpflege, dass ich immer da bin, wenn irgendetwas ist.“ (I3, 9).

Diese Arbeitseinstellung bzw. Pflegeverständnis ist nicht ohne Risiken für die Mitarbeiter zu sehen. Eine Mitarbeiterin gibt daher im Interview an, dass ihr Ziel in der Pflegeoase zwar das Wohlbefinden der Bewohner sei, sie aber dennoch keine zu enge Beziehung zu den Bewohnern aufbauen möchte. Zum Zeitpunkt der Interviews verzichteten die Mitarbeiter der Pflegeoase zugunsten der Bewohner auf ihre Pause und arbeiten lieber durch. Die Ansichten zur Pflege in der Oase sind getragen von dem Wunsch, so zu pflegen, wie man selbst gerne gepflegt werden möchte und der Gewährleistung einer guten Pflege auch unter gelegentlichem Zeitdruck. Einige Ansprüche der Leitung an die Pflege und Versorgung der Bewohner (z.B. Essenzubereitung in der Pflegeoase) stehen, nach Einschätzung der Mitarbeiter, im Missverhältnis zu deren Machbarkeit in der Pflegeoase. Die Mitarbeiter sehen dadurch die Möglichkeit zur Umsetzung einer Pflege nach ihrem Pflegeverständnis gefährdet. Die Erledigung der Nebentätigkeiten wird von den Mitarbeitern relativ zügig erledigt, weil die meiste Arbeitszeit dem Bewohner zur Verfügung stehen soll.

„Das macht man dann eigentlich relativ flott, damit die Zeit gut genutzt ist. Was man am Bewohner langsamer macht, wird dann aber mit diesen Zwischensachen flotter gemacht.“ (I3, 31).

Die Mitarbeiter schätzen die Pflegebeziehung zu den Bewohnern als intensiver und persönlicher ein. Durch die Dauerpräsenz und die konstante Arbeitssituation ist die Kontakthäufigkeit zwischen Mitarbeiter und Bewohner erhöht und die Befindlichkeiten der Bewohner können besser eingeschätzt werden. Durch die räumliche und personelle Gestaltung der Pflegeoase erhalten die Bewohner mehr Ansprache und Aufmerksamkeit, als in den Wohnbereichen.

„Ja gut, es wird persönlich, es sind halt sechs Mann und man ist praktisch wie eine Familie. Das ist einfach doch, doch es ist etwas familiärer, weil man eben die gleichen Personen alle Tage hat.“ (I2, 7)

„Es ist auf jeden Fall wesentlich intensiver, erstens einmal, weil es ja viel weniger Bewohner sind und man ist ja drin.“ (I1, 116)

„Na ja mittlerweile kann man ja besser auf die Bewohner eingehen, weil man sie ja jetzt intensiver kennt. [...]Das war im Wohnbereich nicht möglich.“ (I3, 112-115)

4.3.3 Belastungserleben

Belastungen

Das Belastungserleben der Mitarbeiter lässt sich in drei Arten von Belastungen unterteilen (körperliche, organisatorische und psycho-soziale Belastungen), wobei sich die einzelnen Belastungen gegenseitig beeinflussen können. Als körperliche Belastungen nennen die Mitarbeiter die Transfersituationen, Mobilisation und Lagerung der Bewohner. Weiter ist allgemein die Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Bewohnern mit einer körperlichen Anstrengung verbunden. Dies wird durch den Umstand schwindender Kräfte der Mitarbeiter während des Arbeitstages noch verstärkt. Ebenfalls verstärkend auf das Erleben von körperlicher Belastung wirken sich gesundheitliche Einschränkungen der Mitarbeiter aus. In den Interviews wird angemerkt, dass die Mitarbeiter nach einem Arbeitstag sehr erschöpft sind und sich teilweise ausgelaugt fühlen.

„Also es ist, für mich ist es anstrengend. Es ist anstrengend. Ich weiß abends, was ich getan habe, wenn ich heim komme. Kann man halt nicht ändern, ist halt so.“ (I2, 65).

„Da merk ich dann wie in meinen Armen und meinen Händen einfach die Kraft nachlässt. Das ist das, was mich ein bisschen bedrückt, dass das nicht mehr so geht.“ (I3, 61).

Eine bedeutende organisatorische Belastung stellt die Zubereitung von Speisen, die Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsversorgung der Bewohner dar. Die Mitarbeiter sind sich der Wichtigkeit dieser Tätigkeiten bewusst und verwenden daher viel Zeit hierfür. Dennoch ist dieser Anspruch teilweise nicht mit dem zur Verfügung stehenden Zeitkontingent eines Arbeitstages und den sonstigen zu erledigenden Aufgaben zu vereinbaren.

„Und dann muss ich ja schon wieder das Essen eingeben, da brauch ich schon auch meine Zeit.“ (I2, 81).

Die Mitarbeiter haben zwar die Möglichkeit Unterstützung aus den Wohnbereichen zu holen, allerdings haben die Kollegen durch ihr eigenes Arbeitspensum selbst nur wenig Zeit. Es entsteht somit ein Zwiespalt in vielerlei Hinsicht. Für die Mitarbeiter entstehen Belastungssituationen, wenn die zu erledigenden Aufgaben nicht mit dem zur Verfügung stehenden Zeitkontingent zu bewerkstelligen sind. Verstärkt werden diese Belastungen noch durch den Anspruch, trotzdem den Bewohnerbedürfnissen gerecht zu werden. Die Berücksichtigung der eigenen, persönlichen Bedürfnisse wird von den Mitarbeitern dabei häufig vernachlässigt. Dies führt dazu, dass die Mitarbeiter auf ihre Pausen verzichten, durcharbeiten und das Gefühl haben sich rechtfertigen zu müssen, wenn sie langsamer gearbeitet haben.

Heute habe ich mir mal Zeit gelassen, weil mir meine Gelenke weh getan haben, hab ich mal einfach mal, aber ich hab trotzdem ganz schön geschafft. Die G. hat heute noch einen zum waschen. (I2, 85)

„Aber ich setz mich dann erst hin, wenn wirklich alles fertig ist [...].“ (I3, 67).

„Man arbeitet einfach durch, weil man sagt, das möchte ich erreichen und das möchte ich schaffen.“ (I2, 59).

Weitere organisatorische Belastungen sind die erschwerte Beseitigung von Körpergerüchen, da während der Körperpflege zum Schutz der Bewohner nicht immer gleich ein Fenster geöffnet werden kann. Auch die Handhabung der Betten und Vorhänge ist zuweilen eine Belastung für die Mitarbeiter. Die Mobilisation der Bewohner ist, neben der körperlichen Belastung, auch sehr zeitaufwändig und stellt für die Mitarbeiter eine organisatorische Herausforderung dar. Störungen der Arbeitsroutine werden zuweilen auch als Belastung angesehen.

Als psychisch belastend empfinden es die Mitarbeiter, wenn sich Bewohner unwohl fühlen, die Versorgung eines Bewohners dauerhaft erschwert ist sowie eine ablehnende oder aggressive Haltung des Bewohners gegenüber den Mitarbeitern vorliegt.

„Ich mein er äußert das ja dann auch. Z.B. bei der Grundpflege, dass er nur schimpft, dass er einen wegstößt und nach einem schlägt will oder versucht wegzuhalten. Er kann es ja nicht mehr so deutlich sagen, aber man merkt dann natürlich an der Art und Weise schon [...] so geht das dann die ganze Zeit, die ganze Zeit. Und das macht keinen Spaß so zu pflegen, überhaupt nicht.“ (I1, 78).

Die Mitarbeiter fühlen sich hilflos bei einer erschwerten Ernährungssituation oder Nahrungsverweigerung.

„Das war einmal mit der Frau G. Wie dann gar nichts mehr ging mit Essen und Trinken, aber man hat halt das Beste versucht. [...]ich hab mich dann auch mal mit den Kolleginnen unterhalten darüber und hab gesagt, naja, wenn nichts mehr geht, geht nichts mehr. Was soll man tun? Eigentlich ne? Also die einzige Möglichkeit wäre noch eine PEG gewesen und dann nur auf diese Art und Weise hätte man die Bewohnerin eigentlich nur noch gut versorgen können. Da dies aber unerwünscht war, haben wir eigentlich gar keinen Einfluss mehr darauf gehabt. Das war dann manchmal für mich auch ein wenig grenzwertig, weil man musste eigentlich zusehen, mehr oder weniger, wie die verhungert und verdurstet die Bewohnerin.“ (I1, 48).

Durch die eingeschränkte oder nicht mehr mögliche verbale Kommunikation mit den Bewohnern, müssen die Mitarbeiter auf anderem Wege versuchen die Bedürfnisse der Bewohner zu erkennen. Dies ist gerade bei der Schmerzerfassung und -behandlung äußerst schwierig.

„Das ist das was mich jetzt belastet, einfach so. Und es kann ja auch keiner sagen, das tut mir weh.“ (B2, 33).

Eine bedeutende psycho-soziale Belastung erleben die Mitarbeiter der Pflegeoase bei mangelnder Wertschätzung und Missachtung ihrer Arbeitsorganisation in der Oase von anderen Berufsgruppen und Kollegen im Wohnbereich. In der Anfangsphase der Pflegeoase waren viele Abläufe noch unstrukturiert und sowohl die Bewohner als auch die Mitarbeiter mussten sich erst an das neue Umfeld gewöhnen. Hinzu kam, dass die Mitarbeiter durch das Begleitprojekt zur wissenschaftlichen Implementierung der Pflegeoase besonders im Fokus

der Einrichtung standen, was die Anforderung an die Mitarbeiter noch erhöhte. Mittlerweile haben sich die Mitarbeiter an ihr neues Arbeitsumfeld gewöhnt und können sich besser organisieren. Dennoch reagieren sie sehr sensibel auf Kritik zu ihrer Arbeitsweise von außerhalb der Pflegeoase. Ebenfalls sehr belastend wurde der Sterbeprozess eines Bewohners beschrieben, der eine Lungenentzündung hatte und daher anhaltend laut und röchelnd geatmet hatte.

„[...]diese Atmung, dieses, wenn man dann da drin ist, und man hört das die ganze Zeit.“ (I1, 58).

„Ich hab ja wirklich schon mehrere Tode erlebt, wie sie verstorben sind und bei manchen geht es halt, sag ich jetzt mal relativ ruhig und relativ doch schnell. Und da war es halt jetzt durch diese Atmung schon allein, diese laute Atmung und ständig. Schon allein das war belastend. Also wenn jetzt das nicht gewesen wär, dann wär es auch ein bisschen einfacher gewesen. Und im Prinzip hat man sich mit dem Ganzen, Tod und Sterben sowieso schon intensiv auseinandergesetzt.“ (I1, 68).

Zu Beginn der Arbeit in der Pflegeoase gaben die Mitarbeiter an, dass ihnen gelegentlich die Ansprache und der Austausch mit den Kollegen, gerade bei zu treffenden Entscheidungen oder Belastungssituationen, gefehlt hatten.

„Na ja mit niemanden so richtig zu reden. Wenn man so in den Wohnbereichen ist, kann man sich ja auch mal austauschen und dann kann man auch mal sagen, wie siehst du das, könnte ich das jetzt anders machen. Das geht ja hier nicht, wenn die Situation ist, dann ist keiner da.“ (I3, 103).

Weitere psycho-soziale Belastungen, die von den Mitarbeitern genannt werden, sind private Gründe, körperlicher Abbau der Bewohner mit abnehmender Selbständigkeit und Angst vor Bewohnerstürzen.

Entlastungen

Der Umgang mit den eben beschriebenen Belastungssituationen ist nicht einfach und nicht immer können sich die Mitarbeiter hiervon befreien. Es fällt den Mitarbeitern schwer, die schlechte Verfassung eines Bewohners zu ertragen und einzusehen, dass sich der Zustand nicht mehr verbessern wird. Im Umgang mit den bisherigen existenziellen Belastungen (Sterben, Nahrungsverweigerung) half den Mitarbeitern bei der Einsicht zum Zustand des Bewohners, dass sie die Bewohnerentscheidung (z.B. nicht mehr essen zu wollen)

respektieren oder, dass ein Bewohner selbst durch eine Therapie nicht wieder genesen würde (z.B. bei einer Lungenentzündung im hohen Alter und schlechtem Allgemeinzustand) und sie dem Bewohner unnötiges Leid ersparen können.

„[...]wenn sie dann mal so wache Momente hatte, hat sie das aber auch klar geäußert, geh weg, ich mag doch nicht mehr. Also das war auch ein wenig ein Trost. [...]Dass sie das eben bewusst entschieden hat für sich. Jetzt ist Schluss, ich mag nicht mehr. Und so ungefähr wir sollen das jetzt akzeptieren. Also so kam das bei mir an. [...] Also so kam das bei mir an und das war dann für mich ein klarer Trost. Weil ich mir dann gedacht habe, dann ist es eben doch in ihrem Sinne.“ (I1, 48-54).

Wie bereits erwähnt, nehmen die Mitarbeiter das Sterben eines Bewohners in der Pflegeoase durch ihre Dauerpräsenz intensiver wahr. Im speziellen Fall des sterbenden Bewohners mit der Lungenentzündung und den belastenden Atemgeräuschen, musste eine Mitarbeiterin während ihres Dienstes die Pflegeoase für einige Minuten verlassen, weil die Belastung zu groß wurde. Diese kurze Unterbrechung tat der Mitarbeiterin nach eigenen Angaben gut und sie fühlte sich danach besser.

„[...] und einmal bin ich dann auch raus, muss ich ehrlich sagen, da bin ich dann einfach mal raus. Ich konnte es nicht mehr hören. Und da habe ich gedacht, jetzt gehe ich einfach mal bloß für fünf Minuten, geh ich einfach mal raus.“ (I1, 64).

Generell ist es für die Mitarbeiter eine Entlastung, wenn die Bewohner eine ausreichende Schmerzversorgung erfahren und hierzu von ärztlicher Seite gut betreut werden. Im Umgang mit allgemeinen Arbeitsbelastungen, wie Mobilisation oder Zeitdruck, greifen die Mitarbeiter auf folgende Möglichkeiten zurück: Spezielle Arbeitstechniken, Einsatz von Hilfsmitteln oder personelle Unterstützung aus den Wohnbereichen. Außerdem versuchen die Mitarbeiter besser Prioritäten zu setzen, die eigenen Kräfte einzuteilen und Pausen in den Arbeitsalltag zu integrieren, wobei ihnen letzteres schwer fällt. Des Weiteren versuchen die Mitarbeiter, gerade in stressigen Situationen, Hektik und unruhiges Arbeiten zu vermeiden, da sonst auch die Bewohner unruhig werden.

„[...]da muss man einfach schauen, ruhig arbeiten, weil wenn du Hektik machst, dann werden die auch hektisch [...].“ (I2, 23).

4.3.4 Personenbezogene Veränderungen

Veränderungen durch die Pflegeoase bei den Bewohnern

Die Mitarbeiter konnten bei den Bewohnern der Pflegeoase einige Veränderungen in deren Verhalten, Aussehen und Stimmungslage erkennen. So zeigen die Bewohner in der Pflegeoase weniger Verhaltensauffälligkeiten, wie Unruhe, Aggression und Schreien. Zudem erscheinen die Bewohner gepflegter. Im Interview mit dem Nachdienst wird deutlich betont, dass die Bewohner ruhiger schlafen als im Wohnbereich und auch besser durchschlafen. Allgemein wirken die Bewohner auf die Mitarbeiter ruhiger, ausgeglichener und aufgeschlossener. Am Zustand der Pflegebedürftigkeit hat sich seit dem Einzug in die Pflegeoase nichts verändert.

Veränderungen durch die Pflegeoase bei den Mitarbeitern

Die Mitarbeiter stellen auch Veränderungen an sich selbst fest. So fühlen sie sich durch das ruhigere Arbeitsumfeld selbst entspannter. Die Einstellungen zum Pflegeverständnis haben sich in der Pflegeoase nicht verändert.

4.3.5 Wahrnehmungen und Beobachtungen zum Bewohnerwohlbefinden

Die Mitarbeiter stellen fest, dass die Bewohner der Pflegeoase sich erst an ihr neues Umfeld gewöhnen mussten. Am Anfang waren die Bewohner sehr unruhig, was sich im Laufe der Zeit deutlich vermindert hat. Das Wohlbefinden wird von den Mitarbeitern als vorwiegend gut eingeschätzt, weil die Bewohner einen ruhigen und friedlichen Eindruck machen sowie guter Stimmung sind. Allerdings können die Mitarbeiter nicht einschätzen, ob die Bewohner in der Pflegeoase mehr Wohlbefinden empfinden als in den Wohnbereichen. Gelegentlich beobachten die Mitarbeiter auch Anzeichen für Unwohlsein, wie Unruhe oder Ablehnen von Essen und Trinken. Insgesamt schätzen die Mitarbeiter aber das Umfeld Pflegeoase als geeignet für die Bewohner ein. Die Gesellschaft scheint ihnen gut zu tun, sie erhalten mehr Anreize, Integration und Aufmerksamkeit. Sie freuen sich über Kontaktaufnahme mit den Mitarbeitern und lachen. Zu bedenken geben die Mitarbeiter, dass gelegentlich auch Störungen von Mitbewohnern durch Verhaltensauffälligkeiten vorkommen. Auch sei immer wieder zu hinterfragen, ob sich die Bewohner wirklich in der Pflegeoase wohl fühlen. Mit dem Einsatz von demenzgerechten Medien, wie Musik und Filmen, haben die Mitarbeiter der Pflegeoase durchgehend gute Erfahrungen gemacht. Auch wenn einige Bewohner nicht mehr in der Lage sind einen Film visuell wahrzunehmen, so erleben sie doch die

Geräuschkulisse und spüren, dass sie nicht allein sind. Die Mitarbeiter stellen fest, dass die Bewohner durch den Medieneinsatz ruhiger und entspannter werden und Freude zeigen.

„[...]Job er jetzt die DVD so richtig sieht, aber er hört sie zumindest die Stimmen und da muss er dann immer herzlich lachen, wenn ihm das gefällt. Ach der kann so herzlich lachen. Ob er es dann gesehen hat, das bezweifele ich, aber er hat zumindest was gehört.“ (I3, 43).

4.3.6 Erwartungen und Befürchtungen

In den Einzelinterviews wurden die Mitarbeiter zu ihren Erwartungen und Hoffnungen sowie zu ihren Befürchtungen und Bedenken, im Hinblick auf die Pflegeoase und der Arbeit in diesem Umfeld, befragt. Die Mitarbeiter hatten im Vorfeld die Hoffnung, in der Pflegeoase ein dauerhaftes Arbeitsumfeld zu finden, in dem sie sich wohlfühlen können. Dies war mit der Befürchtung verbunden, dass sich die Pflegeoase möglicherweise nicht in der Einrichtung etabliert und nach einer gewissen Zeit wieder aufgelöst werden könnte. Eine Mitarbeiterin war anfänglich nicht von der Vorstellung angetan in der Pflegeoase zu arbeiten, weil sie Sorge vor einer Abschottung zum Rest der Einrichtung und Bedenken wegen dem Alleinsein hatte. Nach dieser anfänglichen Ablehnung der Pflegeoase als Arbeitsplatz, entschied sie sich schließlich doch dafür es zu probieren. Getragen war diese Entscheidung von der Erwartung, in der Pflegeoase besser für den Bewohner sorgen zu können und ein ruhigeres Arbeitsumfeld als im Wohnbereich vorzufinden. Eine Mitarbeiterin gibt an, dass sie sich die Raumgestaltung der Pflegeoase persönlicher vorgestellt hatte und diese für die Bewohner zu modern sei. Als weitere Erwartungen wurden die Freude über die kleinere und vor allem konstante Bewohnergruppe sowie die Hoffnung auf einen persönlicheren Umgang mit den Bewohnern und dem Team genannt.

4.3.7 Besondere Erlebnisse

Negative Erlebnisse

Als besonderes Erlebnis im negativen Sinne, weil für die Mitarbeiter sehr belastend, wurde die Nahrungsverweigerung einer Bewohnerin und die Verneinung einer künstlichen Ernährung durch die Angehörigen beschrieben. Ebenso verhielt es sich mit der erschwerten Sterbesituation eines Bewohners. Die Anfangsphase der Pflegeoase war für die Mitarbeiter ebenfalls ein einschneidendes Erlebnis, weil die Eingewöhnung durch das baulich erst halb fertige Bewohnerbad, noch nicht eingespielte Abläufe und Strukturen als sehr unangenehm empfunden wurde.

Positive Erlebnisse

Als positive Erlebnisse beschreiben die Mitarbeiter das gemeinsame Lachen mit den Bewohnern sowie kleinere, gemeinsame Aktivitäten (z.B. malen). Die Mitarbeiter freuen sich darüber, dass die Bewohner in der Pflegeoase mehr Ansprache und Aufmerksamkeit bekommen als in den Wohnbereichen. Die Mitarbeiterin im Nachdienst war sehr erstaunt über die deutlichen, positiven Verhaltensänderungen der Bewohner in der Nacht.

4.4 Psychische Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse der schriftlichen Befragung von Mitarbeitern der Pflegeoase und den Wohnbereichen der Einrichtung zu deren psychischen Belastung und Beanspruchung dargestellt. Mitarbeiter der Pflegeoase werden mit MP und Mitarbeiter der Wohnbereiche mit MW abgekürzt.

4.4.1 Psychische Belastung der einzelnen Mitarbeiter

Die Einzelwerte der MP und MW zur psychischen Gesamtbelastung sind in der folgenden Tabelle (Tab.3) dargestellt.

Tab. 3: Psychische Belastung der einzelnen Mitarbeiter der beiden Untersuchungsgruppen

| Mitarbeiter | Summe der Antwortpunkte pro Fragebogen (max. 22 Punkte möglich) | Psychische Gesamtbelastung des einzelnen Mitarbeiters |
|-------------|--|---|
| MP 1 | 1 | Gering |
| MP 2 | 2 | Gering |
| MP 3 | 8 | Unterdurchschnittlich |
| MP 4 | 4 | Gering |
| MW 1 | 10 | Grenzbereich zwischen unter- und überdurchschnittlich |
| MW 2 | 4 | Gering |
| MW 3 | 0 | Gering |
| MW 4 | 7 | Grenzbereich zwischen gering und unterdurchschnittlich |

Drei von vier MP haben eine geringe durchschnittliche psychische Belastung in ihrem Arbeitsumfeld. MP3 weist eine unterdurchschnittliche Belastung auf. In der Gruppe der MW weisen zwei von vier Mitarbeitern eine geringe psychische Belastung auf. MW1 befindet sich mit seiner durchschnittlichen Belastung im Grenzbereich zwischen unter- und überdurchschnittlich und MW4 zwischen gering und unterdurchschnittlich.

4.4.2 Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Pflegeoase

Die Belastung im Bereich Arbeitsinhalt ist bei allen MP als gering einzustufen, ebenso wie die Arbeitsorganisation und -ablauf. Im Bereich soziales Klima weist MP3 eine hohe Belastung auf, wohingegen die Belastung der anderen drei Mitarbeiter als gering einzuschätzen ist. Alle

vier MP haben eine geringe Belastung im Bereich der allgemeinen beruflichen Einstellung. Im Bereich der außerberuflichen Ressourcen weisen drei von vier MP eine durchschnittliche Belastung auf, wohingegen die Belastung von MP1 als gering einzuschätzen ist (Tab.4).

Tab. 4: Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Pflegeoase

| Bereiche der psychischen Belastung | Mitarbeiter | Summenwerte der einzelnen Mitarbeiter | Belastungsschwere |
|--|-------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Arbeitsinhalt (max. 8 Punkte pro Fragebogen) | MP1 | 0 | Gering |
| | MP2 | 0 | Gering |
| | MP3 | 0 | Gering |
| | MP4 | 1 | Gering |
| Arbeitsorganisation und –ablauf (max. 3 Punkte pro Fragebogen) | MP1 | 1 | Gering |
| | MP2 | 1 | Gering |
| | MP3 | 1 | Gering |
| | MP4 | 1 | Gering |
| Soziales Klima (max. 4 Punkte pro Fragebogen) | MP1 | 0 | Gering |
| | MP2 | 0 | Gering |
| | MP3 | 4 | Hohe Belastung |
| | MP4 | 0 | Gering |
| Allgemeine berufliche Einstellung (max. 3 Punkte pro Fragebogen) | MP1 | 0 | Gering |
| | MP2 | 0 | Gering |
| | MP3 | 1 | Gering |
| | MP4 | 1 | Gering |
| Außerberufliche Ressourcen (max. 4 Punkte pro Fragebogen) | MP1 | 1 | Gering |
| | MP2 | 2 | Durchschnittliche Belastung |
| | MP3 | 2 | Durchschnittliche Belastung |
| | MP4 | 2 | Durchschnittliche Belastung |

4.4.3 Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Wohnbereiche

Die Belastung in den Bereichen Arbeitsinhalt und soziales Klima ist bei allen MW als gering einzuschätzen. Im Bereich der Arbeitsorganisation und –ablauf haben zwei MW eine hohe und zwei ein geringe Belastung. Genauso verhält es sich im Bereich allgemeine berufliche Einstellung. Im Bereich außerberufliche Ressourcen haben MW 1 und MW 4 eine hohe, MW2 eine durchschnittliche und MW3 eine geringe Belastung (Tab.5).

Tab. 5: Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Wohnbereiche

| Bereiche der psychischen Belastung | Mitarbeiter | Summenwerte der einzelnen Mitarbeiter | Belastungsschwere |
|--|-------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Arbeitsinhalt (max. 8 Punkte pro Fragebogen) | MW1 | 1 | Gering |
| | MW2 | 1 | Gering |
| | MW3 | 0 | Gering |
| | MW4 | 1 | Gering |
| Arbeitsorganisation und -ablauf (max. 3 Punkte pro Fragebogen) | MW1 | 2 | Hohe Belastung |
| | MW2 | 2 | Hohe Belastung |
| | MW3 | 1 | Gering |
| | MW4 | 1 | Gering |
| Soziales Klima (max. 4 Punkte pro Fragebogen) | MW1 | 2 | Gering |
| | MW2 | 0 | Gering |
| | MW3 | 0 | Gering |
| | MW4 | 1 | Gering |
| Allgemeine berufliche Einstellung (max. 3 Punkte pro Fragebogen) | MW1 | 2 | Hohe Belastung |
| | MW2 | 0 | Gering |
| | MW3 | 0 | Gering |
| | MW4 | 2 | Hohe Belastung |
| Außerberufliche Ressourcen (max. 4 Punkte pro Fragebogen) | MW1 | 4 | Hohe Belastung |
| | MW2 | 2 | Durchschnittliche Belastung |
| | MW3 | 0 | Gering |
| | MW4 | 3 | Hohe Belastung |

4.4.4 Durchschnittliche Beanspruchung der einzelnen Mitarbeiter

Die durchschnittliche Beanspruchung der MP liegt in zwei von vier Fällen im geringen Schwerebereich. MP2 weist eine unterdurchschnittliche Beanspruchung und MP4 eine Beanspruchung im Grenzbereich, zwischen überdurchschnittlich und hoch, auf. Die Gruppe der MW weisen ebenfalls in zwei von vier Fällen eine geringe Beanspruchung auf. Bei MW4 ist eine unterdurchschnittliche und bei MW1 eine hohe Beanspruchung festzustellen (Tab.6).

Tab. 6: Durchschnittliche Beanspruchung der einzelnen Mitarbeiter

| Mitarbeiter | Summe der Antwortpunkte pro Fragebogen (max. 17 Punkte möglich) | Durchschnittliche Beanspruchung des einzelnen Mitarbeiters |
|-------------|---|--|
| MP 1 | 2 | Gering |
| MP 2 | 7 | Unterdurchschnittlich |
| MP 3 | 6 | Gering |
| MP 4 | 11 | Grenzbereich zwischen überdurchschnittlich und hoch |
| MW 1 | 13 | Hoch |
| MW 2 | 0 | Gering |
| MW 3 | 0 | Gering |
| MW 4 | 7 | Unterdurchschnittlich |

5 Zusammenfassung und Diskussion

Im Folgenden werden zunächst die Forschungsfragen dieser Studie beantwortet und anschließend die wichtigsten Ergebnisse der Studie mit anderen wissenschaftlichen Untersuchungen zu Pflegeoasen verglichen. Anschließend werden die Limitationen der Studie deutlich gemacht.

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Nachfolgend werden die fünf Forschungsfragen dieser Studie beantwortet.

Forschungsfragen zur Lebensqualität der Bewohner nach der Definition von H.I.L.D.E.

Die H.I.L.D.E.-Referenzdaten sollen die Wertebereiche mit einer guten bis sehr guten Lebensqualität für den Bewohner der jeweiligen Kompetenzgruppe definieren und „[...]erlauben eine Lokalisation von Problemlagen und bieten Ansatzpunkte für eine gezielte Förderung des Bewohnerbefindens.“ (Becker et al., 2011, S.91).

Welchen Einfluss hat das Leben in einer Pflegeoase auf die Lebensqualität von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, nach der Definition des Assessment H.I.L.D.E.?

Der Einfluss der Pflegeoase Vis-à-Vis auf die Lebensqualität der Bewohner ist im Rahmen dieser Studie positiv. Die Bewohner der Pflegeoase erleben positive Alltagssituationen in etwas größerer Anzahl und Häufigkeit, als die verglichenen Bewohner der herkömmlichen Versorgung. Die einzelnen Bewohnerwerte liegen in der PG deutlich häufiger über den H.I.L.D.E.-Referenzdaten, als die der verglichenen Bewohner der herkömmlichen Versorgung. Die Anzahl der negativ erlebten Situationen hat sich in der Pflegeoase deutlich verringert. Die Konstanz an positiven Alltagssituationen ermöglicht den Bewohnern der Pflegeoase eine solide Basis für deren emotionales Erleben. Die Anzahl und Häufigkeit der selbständig ausgeübten Aktivitäten hat sich in der Pflegeoase erhöht und liegt für jeden Bewohner der PG in der Pflegeoase zu allen Zeitpunkten im oder über dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Dies kann sich ebenfalls positiv auf den Erhalt der Lebensqualität auswirken. Aktivitäten des Bewohners, die ihm keine Freude bereiten, sind in der Pflegeoase häufiger gegeben, als bei den verglichenen Bewohnern der herkömmlichen Versorgung. Allerdings ist dies nicht unmittelbar mit einer Einschränkung der Lebensqualität

gleichzusetzen. In jedem Fall müssen diese Aktivitäten bewohnerindividuell interpretiert und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen durchgeführt werden.

Wie stellt sich die Lebensqualität, nach der Definition des Assessment H.I.L.D.E., von Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, die in einem Einzel- oder Mehrbettzimmer eines Pflegeheims leben, dar?

Die Ausprägung der Lebensqualität der Bewohner in der herkömmlichen Versorgung der Einrichtung ist, anhand der gemessenen H.I.L.D.E.-Werte, in vielen Punkten mit der Lebensqualität der Pflegeoasenbewohner vergleichbar. Die Einzelwerte der Bewohner erreichen häufig Wertebereiche mit guter bis sehr guter Lebensqualität nach der Definition von H.I.L.D.E. Allerdings stehen sich die Einzelwerte der beiden Bewohner häufig diametral gegenüber und liegen weniger häufig über den Mittelwerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten.

Zum subjektiven Erleben der Mitarbeiter in der Pflegeoase

Wie erleben und bewerten die Mitarbeiter der Pflegeoase ihr neues Arbeitsumfeld?

Die Mitarbeiter nehmen die Pflegeoase unter zahlreichen Gesichtspunkten wahr und bewerten diese überwiegend in gleicher Weise. Die Arbeitsbedingungen der Pflegeoase beinhalten für die Mitarbeiter vielfältige Verbesserungen, im Vergleich zur Arbeit in den Wohnbereichen. Dies wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und auf das Wohlbefinden der Bewohner aus. Die Möglichkeit einer bewohner- und bedürfnisorientierten Pflege und Versorgung wird von Mitarbeitern der Pflegeoase wahrgenommen und sehr geschätzt. Darüber hinaus sind die Mitarbeiter auch mit Belastungssituationen unterschiedlichen Ursprungs und Schweregrads konfrontiert, denen sie oft machtlos gegenüber stehen. Insgesamt ist das Erleben der Mitarbeiter in der Pflegeoase jedoch von positiven Aspekten der täglichen Pflege getragen und lässt die Mitarbeiter Freude an ihrer Arbeit empfinden.

Zur psychischen Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter in der Pflegeoase und den Wohnbereichen

Wie stellt sich die Beanspruchung und psychische Belastung der Mitarbeiter in der Pflegeoase und den Wohngruppen vergleichend dar?

Die Mitarbeiter der Wohnbereiche erleben eine geringfügig stärkere psychische Belastung in den Bereichen Arbeitsorganisation und –ablauf sowie allgemeine berufliche Einstellung, als die Mitarbeiter der Pflegeoase. Sowohl bei den Mitarbeitern der Wohngruppen als auch der Pflegeoase ist die Beanspruchung leicht bis stark erhöht, wobei die Schwere der Beanspruchung und somit die Gefahr von langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei den Mitarbeitern der Wohnbereiche etwas höher liegt.

Zur Dokumentationsanalyse

Welchen Einfluss hat die Pflegeoase auf Schmerzmittel- und Psychopharmakaverordnungen, Dekubitusvorkommen und Verlauf des Body Mass Index?

Innerhalb der Studie konnte kein Zusammenhang zwischen der Pflegeoase und den untersuchten Parametern festgestellt werden.

5.2 Diskussion zur Lebensqualität in der Pflegeoase

Die Werte zum Schmerzerleben und den Schmerzbereichen sind in der Pflegeoase rückläufig und in der VG konstant. Aus den Ergebnissen der Adenaustudie (Schuhmacher et al., 2011, S. 46) geht hervor, dass die Werte zur Schmerzstärke und die Anzahl der Schmerzbereiche der Bewohner in der Programmgruppe im Durchschnitt leicht ansteigt. Außerdem unterliegt die Kontrollgruppe größeren Schwankungen hinsichtlich beider Werte, wobei diese zum ersten und letzten Messzeitpunkt annähernd identisch sind. Aus der Studie im Heywinkelhaus liegen keine Ergebnisse zur Dimension Schmerz vor.

Im Vergleich zur Adenaustudie (Schuhmacher et al., 2011, S.45) und zum Projekt im Heywinkelhaus (Hotze et al., 2011, S.82), halten sich die Bewohner der PG und VG auch außerhalb der Einrichtung auf. Der maximale Bewegungsradius der beiden Vergleichsstudien liegt bei Orten innerhalb der Einrichtung. Die Bewohner der PG sind mindestens zu einem Messzeitpunkt im Außenbereich der Einrichtung bzw. dem unmittelbar angrenzenden Einrichtungsgelände. Ein Bewohner der VG erreichte zu drei Messzeitpunkten diesen Bewegungsradius. Der parallel zur Grundstücksgrenze der Einrichtung verlaufende Fußweg,

wird von Einrichtungsmitarbeitern für Spaziergänge mit den Bewohnern genutzt. Dieser Weg liegt zwar außerhalb der Einrichtung, wird aber, aufgrund seiner unmittelbaren Nähe, zum Gelände der Einrichtung gezählt. Aus diesem Grund wurde bei den H.I.L.D.E.-Datenerhebungen der PG und VG zu deren Bewegungsradius dieser Bereich mit dem Punktwerte 4 angegeben. Die Bewohner der PG und VG waren demzufolge auch bei einem Bewegungsradius von vier zum Teil außerhalb des Einrichtungsbereichs. Damit die Bewohner der PG und VG ihren Bewegungsradius verändern können, brauchen sie die Unterstützung der Pflegenden und des Sozialteams. Im Laufe des Erhebungszeitraums waren die zeitlichen Ressourcen der Pflegeoasenmitarbeiter und des Sozialteams, wegen Mitarbeiterfluktuation und hohem Krankenstand, knapp bemessen. Dies wirkte sich zeitweise auch auf den Bewegungsradius der Bewohner aus. Auch technische Schwierigkeiten, wie ein längerfristiger Fahrstuhl ausfall, schränkten den Bewegungsradius der Bewohner vorübergehend auf das Bewohnerzimmer und den angrenzenden Wohnbereich ein. Auch wenn die Häufigkeit, mit der die Bewohner der PG die Einrichtung im Erhebungszeitraum verlassen haben, gesunken ist, haben diese Bewohner dennoch einen größeren Bewegungsradius als die Bewohner der angeführten Studien (Schuhmacher et al., 2011; Hotze et al., 2011), bei vergleichbaren Stichprobenmerkmalen.

Aus der Garchingstudie (Dettbarn-Reggentin, Reggentin, 2010, S.20) sowie den Studien zu den Pflegeoasen in Luxemburg (Rutenkröger, Kuhn, 2010, S.33, 121) und Holle (Rutenkröger, Kuhn, 2008, S.20) liegen keine expliziten Angaben zum Bewegungsradius der Bewohner vor. Allerdings ist aufgrund des Vorhandenseins einer ebenerdigen Terrasse bzw. einem bettengängigen Balkon davon auszugehen, dass die Bewohner dieser beiden Pflegeoasen häufiger im Freien sein können, als die Bewohner der PG. Die Pflegeoase in Idar-Oberstein (Brandenburg et al., 2011, S.31) liegt im zweiten Stock der Einrichtung und besitzt weder Freibereich noch Balkon. Aus dieser Studie liegen keine Angaben zum Bewegungsradius der dort lebenden Bewohner vor.

Im Hinblick auf mögliche Lieblingsplätze der Pflegeoasenbewohner ist die künftige Berücksichtigung des Bewegungsradius entscheidend. Bei allen Bewohnern der PG wurde von den Studienteilnehmern unter anderem die Außenanlage der Einrichtung oder allgemein die Natur als Lieblingsplätze der Bewohner angegeben. Das Bestreben der Pflegeoasenmitarbeiter sollte weiterhin dahingehend sein, diesen Bewohnern einen

entsprechenden Bewegungsradius zu ermöglichen. Hotze et al. (2011, S. 83) geben an, dass nur bei vier der elf Bewohner der Programmgruppe ein Lieblingsplatz angegeben werden kann. Für die Kontrollgruppe kann für jeden Bewohner mindestens ein Lieblingsplatz benannt werden. Anders die Ergebnisse der eigenen Studie. Hier kann für jeden Bewohner der PG und VG mindestens ein Lieblingsplatz benannt werden und die Anzahl der Lieblingsplätze liegt in der PG höher. Die Anzahl der ungeliebten Plätze ist in der Programmgruppe der Heywinkelhausstudie geringer als in der Kontrollgruppe. Die Kontrollgruppe hält sich außerdem häufiger sowohl an den Lieblingsplätzen als auch an den ungeliebten Plätzen auf. Die Anzahl und Häufigkeit der ungeliebten Plätze ist in der VG und der Kontrollgruppe der Heywinkelhausstudie höher als in der jeweiligen Pflegeoasengruppe. Allerdings halten sich die Bewohner der PG, anders zur Heywinkelhausstudie, häufiger an deren Lieblingsplätzen auf als die VG. Von der Adenastudie liegen keine Werte zu Lieblingsplätzen oder ungeliebten Plätzen vor. Vorwiegender Lieblingsplatz der PG und VG ist entweder das Bett oder das Bewohnerzimmer. Dies ist nicht allzu verwunderlich, da die Bewohner dort die Möglichkeit haben zu entspannen und zu ruhen. Durch die Funktionsmöglichkeiten der speziellen Pflegebetten der Einrichtung, konnten die Bewohner der PG und VG auch im Bett problemlos und situationsangepasst mobilisiert werden, z.B. beim Essen. Aus den übrigen zur Verfügung stehenden Vergleichsstudien liegen keine Angaben zu möglichen Lieblingsplätzen oder ungeliebten Plätzen der Bewohner vor.

Der Vergleich zeigt, dass in der PG etwas mehr und häufiger positive Alltagssituationen erlebt werden als in der VG, wobei die Bewohnerwerte der PG deutlich häufiger über den Durchschnittswerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten liegen. Diese Ergebnisse decken sich mit denen der Adenastudie, wobei in dieser Studie nicht mit Einzelwerten, sondern mit Durchschnittswerten der Bewohner zu den einzelnen Messzeitpunkten gerechnet wurde (Schuhmacher et al., 2011, 54-55). Die Bewohner der PG erlebten bereits vor dem Einzug in die Pflegeoase im Schnitt eine etwas höhere Anzahl an positiven Alltagssituationen als die VG. Auch wenn die Anzahl der positiven Alltagssituationen zu t4 in der PG um eine Situation kleiner und in der VG um eine größer ist als zu t1, so sind die Werte des einzelnen Bewohners in der PG konstanter zum jeweiligen Ausgangswert. Somit könnte die Pflegeoase einen stabilisierenden Effekt auf das Erleben von positiven Alltagssituationen und auf die Lebensqualität der PG-Bewohner haben.

Die Ausgangswerte der PG und VG zu den negativ erlebten Alltagssituationen sind bereits überdurchschnittlich hoch, im Vergleich zu den H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen liegt in der Pflegeoase höher als in der VG. Im Laufe der Studie verringert sich die Anzahl und Häufigkeit der negativen Situationen in der Pflegeoase, im Gegensatz zur VG, deutlich. So haben die Bewohner der PG zwar eine höhere Anzahl an negativen Situationen, aber deren Vorkommen ist vergleichbar hoch mit der VG, die weniger negative Situationen erlebt. Grundsätzlich sollten die allgemein erhöhten Werte zum negativen Erleben, sowohl in der PG als auch in der VG, ein Anlass für die Mitarbeiter sein, nach bewohnerindividuellen Ansätzen zu suchen, diese Werte zu reduzieren. Der Rückgang an negativen Alltagssituationen in der Pflegeoase ist als durchweg positiv zu deuten und stellt für die dort lebenden Bewohner eine Verbesserung der Lebensqualität dar.

Ein Vergleich der negativen Alltagssituationen mit der Adenaustudie ist nicht möglich, da in dieser Studie keine Angaben zum negativen Erleben der Bewohner gemacht werden. Hotze et al. (2011) beschreiben die Ergebnisse zum emotionalen Erleben ihrer Programmgruppe als „Verflachung“ (Hotze et al., 2011, S.87) der Emotionalität (positive und negative Situationen), im Vergleich zur eigenen Kontrollgruppe und den H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Allerdings ist nicht spezifiziert, in welchem Verhältnis die Werte der Kontrollgruppe zu den H.I.L.D.E.-Referenzdaten stehen. Ein Vergleich mit dieser Studie kann demzufolge nur dergestalt aussehen, dass das Verhältnis zwischen den beiden Untersuchungsgruppen in der eigenen Studie genau umgekehrt ist. Die PG der eigenen Studie erlebt mehr positive und negative Situationen als die VG. Aufgrund der Datenerhebung mit QUALID kann an dieser Stelle kein Vergleich mit der Garchingstudie, der Studie in Idar-Oberstein sowie Holle und Luxemburg erfolgen.

Im Vergleich der PG zur VG, werden in der Pflegeoase mehr und häufiger vom Haus angebotene und angeleitete Aktivitäten ausgeübt. Außerdem liegen die Bewohnerwerte zur Anzahl und Gesamthäufigkeit der Aktivitäten in der Pflegeoase häufiger über den Mittelwerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Allerdings sind beide Werte zu den Aktivitäten in der Pflegeoase rückläufig, während diese in der VG konstant bis leicht ansteigend sind. Das Verhältnis der Aktivitätenanzahl zwischen PG und VG ist mit den Ergebnissen der Adenaustudie vergleichbar. Deren Werte zeigen für die Programmgruppe ebenfalls mehr Aktivitäten an als in der Vergleichsgruppe. Allerdings liegen die Einzelwerte der Studie zu

dieser H.I.L.D.E.-Teilfrage vergleichsweise seltener über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert, als die Bewohnerwerte der PG und VG der eigenen Studie. Die Häufigkeiten der Aktivitäten liegen bei der PG und VG zu allen vier Messzeitpunkten unter dem Durchschnitt der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Anders die Ergebnisse der Adenastudie, deren Durchschnittswerte der Bewohner sich zu vier von sechs Messzeitpunkten über dem H.I.L.D.E.-Mittelwert befinden. Ein Vergleich mit der Studie im Heywinkelhaus ist aufgrund der unspezifischen Angaben kaum möglich. Hotze et al., (2011, S. 83) geben in ihrer Ergebnisdarstellung lediglich an, dass die angeleiteten Aktivitäten in beiden Untersuchungsgruppen etwa gleich häufig vorkommen. An dieser Stelle fehlen die Bezüge der Ergebnisse zu den H.I.L.D.E.-Referenzdaten.

Die Berichte der anderen Pflegeoasenstudien wurden, wegen der Verwendung anderer Messinstrumente, hinsichtlich Beschäftigungs- und Therapieangeboten sowie Angaben zu Tagesabläufen durchgesehen. Dies geschah vor dem Hintergrund, aus diesen Angaben mögliche Schlussfolgerungen zur Anzahl und Häufigkeit vergleichbarer Aktivitäten, im Sinne von H.I.L.D.E., ableiten zu können. Es fanden sich Angaben zu den eingesetzten Beschäftigungs- und Therapieangeboten sowie einige Angaben zur geplanten Häufigkeit oder Einsatzzeiten. Rutenkröger und Kuhn (2010, S.127) beschreiben für eine der beiden Pflegeoasen in Luxemburg den Tagesablauf eines Bewohners. Demnach sind, neben den pflegerischen Tätigkeiten, dreimal täglich Angebote, wie z.B. Massagen, Spaziergänge und Mikrobewegungen mit den Beinen, vorgesehen. In der Garchingstudie sind für Therapie und psychosoziale Betreuung täglich zwei Stunden am Nachmittag angesetzt. In dieser Zeit erhalten die Bewohner z.B. Basale Stimulation, Massagen und Aromatherapie (Dettbarn-Reggentin, Reggentin, 2010, S.25-26). Weder die genannten Pflegeoasenstudien, noch Holle oder Idar-Oberstein liefern konkrete Hinweise für die Anzahl und Häufigkeit tatsächlich ausgeübter Aktivitäten seitens der Bewohner.

Neben der Anzahl und Häufigkeit der Aktivitäten ist außerdem zu diskutieren, in welchem Maße der Bewohner dabei Freude empfindet. Die Anzahl der Freude an den Aktivitäten liegt in der Pflegeoase in sechs von neun Fällen über den H.I.L.D.E.-Mittelwerten. Allerdings werden von einem Bewohner innerhalb der Pflegeoase bis zu drei Aktivitäten ausgeübt, die ihm keine Freude bereiten. Nun ist in diesem Kontext keine Freude nicht gleichbedeutend mit Abneigung. Es kann sein, dass die Aktivitäten dem Bewohner zwar nicht besonderen

Genuss verschaffen, diese ihn aber nicht zwingend in seiner Lebensqualität einschränken müssen. Allerdings ist dies eine mit Vorsicht zu genießende Interpretation, die in jedem Fall bewohnerindividuell zu hinterfragen ist. Im Falle des Pflegeoasenbewohners der eigenen Studie, nahm dieser im Laufe des Erhebungszeitraums an immer weniger Aktivitäten teil, die ihm keine Freude bereiteten.

Durch den kontinuierlichen Rückgang der angeleiteten Aktivitäten, der in der PG zu beobachten war, besteht für die Bewohner der Pflegeoase die Möglichkeit einer eingeschränkten Lebensqualität. Der Rückgang der angebotenen Aktivitäten ist, ähnlich wie der eingeschränktere Bewegungsradius der Bewohner, auf knappe zeitliche Ressourcen der Pflegenden und Mitarbeiter des Sozialteams zurückzuführen. In Anbetracht der Tatsache, dass die meisten Aktivitäten den Bewohnern Freude bereiten, sollten die Mitarbeiter eine Teilnahme an diesen Aktivitäten häufiger ermöglichen.

Die Werte zur Anzahl und Häufigkeit der selbständigen Aktivitäten liegen in der Pflegeoase und VG zu allen Messzeitpunkten über den Durchschnittswerten der H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Die Bewohner der PG üben zu t4 fast dreimal so viele selbständige Aktivitäten aus als zu t1, während bei den Bewohnern der VG jeweils eine Aktivität zu t4 hinzukommt. Entsprechend verhalten sich auch die Werte der Gesamthäufigkeit. Nach Schuhmacher et al. (2011, S.50-51) liegen die Durchschnittswerte der Bewohner zur Anzahl und Gesamthäufigkeit der selbständigen Aktivitäten, zu allen sechs Messzeitpunkten unter den H.I.L.D.E.-Referenzdaten. Dies bedeutet, dass die Bewohner der eigenen Studie in der Pflegeoase mehr und häufiger selbständige Aktivitäten ausführen, als die vergleichbare Stichprobe der Adenastudie. Die Ergebnisse der Studie im Heywinkelhaus (Hotze et al., 2011, S.83) stimmen insofern mit denen der eigenen Studie nicht überein, da für deren Programmgruppe mehr selbständige Aktivitäten benannt werden können, als für die Kontrollgruppe. Die Anzahl der selbständigen Aktivitäten der eigenen Studie ist in der PG und VG etwa gleich. Aus den übrigen Pflegeoasenstudien ergeben sich abermals keine konkreten Hinweise auf tatsächlich ausgeübte selbständige Aktivitäten der Bewohner. Der Anteil der Aktivitäten, die dem Bewohner keine Freude bereiten, ist in der Pflegeoase höher als in der VG. An dieser Stelle ist abermals zu hinterfragen, aus welchem Grund einem Bewohner die Aktivität keine Freude bereitet. In der Pflegeoase üben die Bewohner drei dieser Aktivitäten in unterschiedlicher Häufigkeit aus. Dazu gehören in dieser Studie die

Selbstpflege (wozu auch die Unterstützung der Körperpflege gezählt wird), Bewegung (auch Transferaktionen sowie größere Mobilisation in Folge von Unsicherheit und Schmerzen) und zwanghaftes Verhalten (an den Händen nuckeln). Diesen Aktivitäten ohne Freude für die Bewohner wird bewohnerindividuell begegnet, z.B. durch mehr Sicherheit bei Transfersituationen und vorheriger Bedarfsmedikation bei Schmerzen, vermehrte Kommunikation bei der Körperpflege und Berücksichtigung individueller Wünsche zu Ablauf und Zeitpunkt der Maßnahmen sowie der Einsatz von Entspannungstherapie bei Zwangshandlungen, wie z.B. durch Fühlkissen oder eine Therapiepuppe. Sowohl die Anzahl als auch die Gesamthäufigkeit der selbständigen Aktivitäten liefern einen wesentlichen Beitrag zur Realisierung der Lebensqualität der Pflegeoasenbewohner in der Dimension Aktivität nach H.I.L.D.E.

5.3 Diskussion zum subjektiven Erleben der Mitarbeiter in der Pflegeoase

Die Arbeit in der Pflegeoase kann von den Mitarbeitern selbständiger organisiert werden und Aufgaben flexibler verteilt werden. Des Weiteren ist das Aufgabenfeld für die Mitarbeiter übersichtlicher, was mit der kleinen und konstanten Gruppengröße begründet wird. Vor Beginn der Arbeit informieren sich die Mitarbeiter umfangreich zum Zustand und Befinden der Bewohner. Dies dient als Grundlage für die erste Prioritätensetzung bei den zu erledigenden Aufgaben. Die Mitarbeiter sehen in der räumlichen und personellen Gestaltung der Pflegeoase die Möglichkeit zu einer bewohnerorientierteren Pflege und Versorgung gegeben. Durch die ständige Präsenz lernen die Mitarbeiter die Bewohner nicht nur besser kennen, sondern haben auch eine intensivere Wahrnehmung für Auffälligkeiten und Unwohlsein. Dadurch können gezielte und zeitnahe Einschätzungen zum Befinden der Bewohner getroffen und die notwendigen Maßnahmen initiiert werden. Der Großteil der Tätigkeiten der Mitarbeiter in der Pflegeoase sind pflegerische und hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Betreuungs- und Therapieangebote finden mit anderen Berufsgruppen statt und meist außerhalb der Pflegeoase. Die Mitarbeiter der Pflegeoase sehen deutlich die Notwendigkeit eines verantwortungsvollen Informationsaustauschs unter den Kollegen und anderen Berufsgruppen. Allerdings wird der weitestgehende Wegfall von Absprachen zum Arbeitsablauf und –organisation während der Arbeitszeit als angenehm und arbeitsförderlich beschrieben. Die Teamatmosphäre wird von allen Mitgliedern als gut bezeichnet und mit Wohlbefinden verbunden, da zwischen den Mitarbeitern der Pflegeoase gegenseitiger

Respekt und Wertschätzung herrschen sowie überwiegend gleiche Ansichten zum Team- und Pflegeverständnis vertreten werden. Im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter spielt das Erreichen von selbst gesteckten Zielen eine wichtige Rolle. Die Mitarbeiter empfinden daher große Wertschätzung für das ruhigere und störungsfreiere Arbeitsumfeld der Pflegeoase, da sie dadurch konzentrierter, ohne externe Unterbrechungen und selbständiger ihrer Arbeit nachgehen können (Vgl. Schuhmacher et al., 2011, S.72). Die Pflegebeziehung wird von den Mitarbeitern als intensiver und persönlicher erlebt, unter anderem auch, weil die Bewohner mehr Ansprache und Aufmerksamkeit erhalten als in den Wohnbereichen. Die Mitarbeiter sehen in der Pflegeoase die Möglichkeit zu einer besseren Umsetzung ihres Pflegeverständnisses gegeben (Vgl. Brandenburg et al., 2011, S.112) und haben das vorrangige Ziel, das Wohlbefinden der Bewohner zu erhalten und zu fördern. Diese Einstellung, in Verbindung mit der Dauerpräsenz der Mitarbeiter und einer zu starken Bindung die Bewohner, birgt einige Risiken. Dettbarn-Reggentin und Reggentin (2010, S.68) weisen in Zusammenhang auf die differenzierte Betrachtung von Nähe und Distanz zu den Bewohnern hin, was die Mitarbeiter der Garchingstudie und der eigenen Studie in ihre Überlegungen zur Pflegebeziehungen mit einbeziehen. Die Mitarbeiter sind geneigt, zur Erreichung ihrer Ziele und somit der Förderung ihrer Arbeitszufriedenheit, durchzuarbeiten und verzichten auf Pausen. Dieser Zwiespalt, zwischen den eigenen Ansprüchen an eine gute Pflege und den sich daraus ergebenden Belastungen, wird auch in den Studien von Rutenkröger und Kuhn (2008a, S.187) sowie Brandenburg et al. (2011, S.122) beschrieben. Die Belastungen der Mitarbeiter lassen sich in drei Arten unterteilen, die sich aber wechselseitig bedingen sowie unterschiedlich häufig und intensiv auftreten. Als körperliche Belastung wird die Versorgung von schwerstpflegbedürftigen Bewohnern im Allgemeinen angesehen. Zu diesem Ergebnis kommen auch Brandenburg et al. (2011, S.111). Organisatorische Belastungen hängen in der Regel mit Störungen und Behinderungen der Arbeitsabläufe zusammen. Meist handelt es sich hierbei um die Erschwernis, Unterstützung aus den Wohnbereichen bei Mobilisation oder Transfer der Bewohner zu organisieren. In diesem Zusammenhang weisen Rutenkröger und Kuhn (2008a, S.188) auf die Notwendigkeit eines Schnittstellenmanagements hin, um negative Folgen für den Bewohner infolge unzureichender oder gefährlicher Mobilisation und Transfers zu vermeiden. Zu den psychosozialen Belastungen zählen unter Anderem problematische Ernährungssituationen, die Erschwernis einer adäquaten Schmerzversorgung durch die eingeschränkte verbale

Kommunikation der Bewohner sowie Sterbesituationen. Aus der Dokumentationsanalyse der Schmerzmittelverordnung wurde deutlich, dass die Bewohner in der Regel ein Bedarfsmedikament verschrieben bekommen hatten, was für die Mitarbeiter allerdings nicht immer als eine Entlastung empfunden wurde, weil dadurch die Problematik der Schmerzeinschätzung nicht behoben war. Während der Sterbesituationen in der Pflegeoase empfanden es die Mitarbeiter als Entlastung, dass die betroffenen Bewohner eine Erhöhung der Schmerzmedikation durch den Arzt erhielten. Möglicherweise steckt dahinter die Erleichterung darüber, die Verantwortung der erschwerten Schmerzeinschätzung nicht alleine tragen zu müssen und diese unter ärztlicher Aufsicht geschieht. Ebenfalls sehr belastend empfinden die Mitarbeiter eine Missachtung oder mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeitsorganisation von außen. Dies war gerade in der Anfangsphase der Pflegeoase ein Problem und führte zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem Pflegeoasenteam und Mitarbeitern der Wohnbereiche sowie anderen Berufsgruppen. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen von Brandenburg et al. (2011, S.119) und Schumacher et al. (2011, S.71). Die eigenen Ergebnisse zur teilweisen Belastung durch die alleinige Verantwortung für die Arbeit in der Pflegeoase, decken sich mit den Ergebnissen der Adenastudie (Schuhmacher et al., 2011, S.71). Der Umgang mit belastenden Situationen fällt den Mitarbeitern nicht immer leicht. Aus diesem Grund ist eine enge Begleitung des Teams durch die Leitung und die Koordination von regelmäßigen Teamgesprächen unerlässlich. Im Hinblick auf Veränderungen der Verhaltensweisen der Bewohner ist festzustellen, dass diese wesentlich ruhiger, ausgeglichener und entspannter wirken sowie aufgeschlossener auf ihr Umfeld reagieren (Vgl. Rutenkröger, Kuhn, 2008, S.188; Hotze et al., 2011, S.77-81). Nach einer mehrwöchigen Eingewöhnungszeit, scheinen sich die Bewohner in der Pflegeoase wohl zu fühlen. Dies zeigt sich nicht nur am Tag, durch weniger Verhaltensauffälligkeiten (Schreien, Aggression) und allgemeiner guter Stimmung der Bewohner, sondern auch in der Nacht, durch ein deutlich besseres Schlafverhalten. Dieser Befund wird durch die Ergebnisse von Dettbarn-Reggentin und Reggentin (2010, S.69) bestätigt.

Gelegentlich kommt es jedoch durch Verhaltensauffälligkeiten und auch zu kurzzeitigen Störungen der Mitbewohner. In solchen Situationen versuchen die Mitarbeiter die Ursache für das Verhalten zu finden, z.B. durch einen Lagewechsel vom Bett in den Stuhl. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass der Bewohner die Pflegeoase für Beschäftigungs- und

Therapieangebote kurzzeitig verlassen kann. Die Erwartungen der Mitarbeiter an die Pflegeoase als ein ruhigeres und persönlicheres Arbeitsumfeld haben sich bestätigt. Die gleichen Erwartungen der Mitarbeiter an die Arbeit in der Pflegeoase finden sich bei Dettbarn-Reggentin und Reggentin (2010, S.68). Des Weiteren liegen die Hoffnungen der Mitarbeiter auf einem langfristigen Bestehen der Pflegeoase und somit dem Erhalt ihres wertgeschätzten Arbeitsumfeldes. Anfängliche Befürchtungen oder Bedenken, wie die Sorge vor einem abgeschottet und die allgemeine Sorge vor dem Allein sein, haben sich nicht bestätigt.

5.4 Diskussion zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen

Die psychische Gesamtbelastung im Arbeitsfeld ist bei den Mitarbeitern der Pflegeoase weniger stark ausgeprägt, als bei den befragten Mitarbeitern der Wohnbereiche. Dieses Ergebnis bestätigen Werner und Hug (2011) in ihrer Studie. Durch den Einsatz des BGW-Fragebogens wurden in dieser Studie mögliche Unterschiede zwischen segregativen Wohngruppen und Wohngemeinschaften, jeweils für Menschen mit Demenz, untersucht und verglichen. Zu deutlicheren Ergebnissen, hinsichtlich einer geringeren Belastung der Mitarbeiter in der Pflegeoase, kommen Brandenburg et al. (2011, S.121), allerdings mit einem anderen quantitativen Messinstrument, dem BHD- Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Rutenkröger und Kuhn (2010, S.93), durch den Einsatz des Maslach Burnout Inventory.

Im Rahmen der eigenen Studie wird die höhere Belastung der Mitarbeiter in den Wohngruppen, anhand der Bereiche Arbeitsorganisation und –ablauf und allgemeiner beruflicher Einstellungen, deutlich. Diese Bereiche werden, wie aus der Ergebnisdarstellung zum subjektiven Erleben der Mitarbeiter in der Pflegeoase hervorgeht, in der Pflegeoase im Vergleich zu den Wohnbereichen als besser eingeschätzt. Die dortigen Mitarbeiter sind sehr zufrieden mit den ruhigeren und störungsfreieren Arbeitsbedingungen im Vergleich zu den Wohnbereichen. Auch können die Mitarbeiter in der Pflegeoase mehr Einfluss auf die Arbeitsorganisation und die Gestaltung der Tätigkeiten ausüben und somit selbständiger Arbeiten. Hinzu kommt die kleinere, konstante und homogene Bewohnergruppe in der Pflegeoase, auf die sich die Mitarbeiter besser einstellen können. Alle diese Verbesserungen tragen dazu bei, dass die psychische Belastung der Mitarbeiter in der Pflegeoase in diesen beiden Bereichen als insgesamt geringer eingeschätzt werden kann, als die der Mitarbeiter

in den Wohnbereichen. Im Bereich außerberufliche Ressourcen besteht in beiden Arbeitsfeldern ein Interventionsbedarf, da die Mitarbeiterwerte erhöht sind. Außerberufliche Ressourcen, wie z.B. die Fähigkeit in der Freizeit zu entspannen, stellen einen wichtigen Ausgleich zu Belastungssituationen im Arbeitsumfeld dar und müssen unbedingt gefördert werden. Das soziale Klima stellt in beiden Arbeitsfeldern, bis auf einen Mitarbeiter in der Pflegeoase, keine Belastung dar. Aufgrund der kleinen Stichprobe empfiehlt sich bei einzelnen, abweichenden Mitarbeiterwerten ein Teamgespräch mit weiteren Mitarbeitern der Wohnbeiche und im Team der Pflegeoase, um Ursachen besser verstehen und entsprechende Maßnahmen planen zu können. In beiden Arbeitsfeldern ist die Beanspruchung bei jeweils zwei Mitarbeitern leicht bis stark erhöht. Dies stellt eine ernst zu nehmende Situation dar, die hinterfragt werden muss, denn durch anhaltende Beanspruchung können langfristige körperliche und psychische Beeinträchtigungen der Mitarbeiter hervorgerufen werden. Für eine genauere Analyse der beiden Arbeitsfelder im Vergleich bedarf es einer größeren Stichprobe und der Erhebung über einen längeren Zeitraum.

5.5 Limitationen

Im Unterscheid zu einem Zufallsfehler, der eine gleichmäßige Streuung der Messergebnisse um den wahren Wert bewirkt, führt ein systematischer Fehler (Bias) zu einer Verzerrung der gemessenen Ergebnisse in eine Richtung (Behrens, Langer, 2010, S.208-209). Eine Möglichkeit zur Vermeidung von systematischen Fehlern ist die Randomisierung. Eine zufällige Verteilung der ausgewählten Bewohner in die Untersuchungsgruppen PG und VG war aus ethischen Gründen nicht vertretbar. Aus den Bewohnern der Einrichtung wurde eine Stichprobe gewählt, die anhand der Einschlusskriterien für eine Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen dienen sollte. Entscheidend für die Zuordnung der Bewohner war jedoch die professionelle Einschätzung der Einrichtungsmitarbeiter. Bei dieser Einschätzung mussten die möglichen Bewohnerkonstellationen in der Pflegeoase verglichen werden, um eine möglichst harmonische Gruppenatmosphäre zu erschaffen, in der sich alle Bewohner der Pflegeoase wohl fühlen können. Die fehlende Randomisierung wird zwar im gewählten Studiendesign berücksichtigt, schützt aber nicht vor einer systematischen Verzerrung der Ergebnisse aufgrund des Selectionbias. Das Problem der Randomisierung in einem psychosozialen Forschungsfeld wird in der Literatur häufig beschrieben (Woods, 1999;

Radzney et al. 2001 S.28/29; Rutenkröger, Kuhn, 2008a, S. 193). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass randomisierte kontrollierte Studien (RCT) in diesem Forschungssetting kaum zu realisieren sind.

Die Anwendung des H.I.L.D.E. sollte von Bezugspersonen der dementen Bewohner in PG und VG erfolgen (Becker et al., 2011, S.33). Aus diesem Grund konnte eine verdeckte Datenerhebung nicht erfolgen. Aufgrund der fehlenden Verblindung der Datenerhebung besteht die Gefahr weiterer systematischer Fehler, wie der Performancebias und Beobachterbias. Des Weiteren besteht die Möglichkeit von Confundern. Gemeint sind Störgrößen, die zu einer unbeobachteten Heterogenität der Untersuchungsgruppen führen (Behrens, Langer, 2010, S.217). Die Möglichkeit einer Ergebnisverzerrung durch Unterschiede zwischen einer auf die Versorgung von Menschen mit Demenz spezialisierten Einrichtung (Pflegeoase) und einer herkömmlichen nicht spezialisierten Einrichtung (Kontrollgruppe), wie sie bei Brandenburg et al. (2011, S.125) diskutiert wird, ist durch die gerontopsychiatrische Spezialisierung des gesamten Senioren- und Pflegenzentrums Rupprechtstegen als gering einzuschätzen. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass Besonderheiten im Studienverlauf, hinsichtlich Mitarbeiterwechsel in der Pflegeoase und Kommunikationsschwierigkeiten zwischen der Pflegeoase und anderen Berufsgruppen der Einrichtung, eine Störgröße für den Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen darstellt.

Durch die Erhöhung von zwei auf vier Messzeitpunkte war es möglich, ein differenzierteres Bild von der Lebensqualität der Bewohner in der PG und VG darzustellen. Darauf weisen auch Brandenburg et al. (2011, S.125) in der Diskussion des empirischen Vorgehens ihrer eigenen Studie hin.

Eine weitere Limitation liegt in der Verwendung des H.I.L.D.E. begründet. Die Antwortmöglichkeiten zu den angeleiteten und angebotenen Aktivitäten des Bewohners wurden von den beteiligten Berufsgruppen teilweise unterschiedlich interpretiert. In der Durchführungsanleitung zur praktischen Anwendung des H.I.L.D.E. erläutern Becker et al. (2011, S.47-92) die Bedeutung der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Allerdings wurde diese von den meisten Studienteilnehmern kaum bis gar nicht verwendet. In den meisten Fällen konnten diese Unklarheiten in den Nachbesprechungen zu jeder H.I.L.D.E.-Erhebung

behoben werden. Es bleibt allerdings unklar, inwiefern die letztendlichen Ergebnisse von dieser Einschränkung betroffen sein könnten.

6 Empfehlungen und Ausblick

Ausgehend von den Ergebnissen der Vis-à-Vis-Studie sollen abschließend noch einige Empfehlungen für die Praxis formuliert und ein Ausblick für das Forschungsfeld gegeben werden. Empfohlen werden:

- Fortlaufende H.I.L.D.E.-Erhebungen in der Einrichtung, für eine Langzeitevaluation und weitere Ergebnisse zum Vorher-Nachher-Vergleich.
- Ausbau und Strukturierung ethischer Fallbesprechungen, für die Auswahl von neuen Bewohnern, zur Beurteilung der Lebenssituation in der Pflegeoase sowie zur ethischen Einschätzung bei anhaltendem Unwohlsein oder anderen Verhaltensauffälligkeiten der Pflegeoasensbewohner.
- Fortführung der regelmäßigen Teambesprechungen in der Pflegeoase, zur Erörterung der Zufriedenheit der einzelnen Bewohner, Maßnahmenplanung und -abstimmung, Besprechen von organisatorischen Verbesserungen und Konzepterweiterungen.
- Supervision zwischen den Mitarbeitern der Pflegeoase und dem Sozialteam.
- Erweiterung und regelmäßige Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien und Auszugskriterien.

Mit dem Bericht zur Vis-à-Vis-Studie wird ein weiterer wissenschaftlicher Beitrag für das Verstehen der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in einer Pflegeoase geliefert. Dass dieses Forschungssetting immer mit einer kleinen Stichprobe verbunden sein wird, liegt im Setting selbst begründet. Aus diesem Umstand heraus sind zwei Notwendigkeiten gegeben. Erstens können viele Einzelwerte aus vielen Pflegeoasen zu einem größeren Verständnis führen und zweitens müssen Langzeiterhebungen über einen größeren Zeitraum als zwei Jahre gemacht werden. Am besten sollten bereits längere Zeit vor einem möglichen Einzug in die Pflegeoase, Werte zur Lebensqualität erhoben werden, die dann mögliche Veränderungen durch die Intervention bei einzelnen Bewohnern sichtbar machen. Bisher lassen sich aus dem Vergleich der Pflegeoasen keine statistisch verallgemeinerbare Schlüsse ziehen, da die Oasen, Bewohner, Mitarbeiter und Forschungsmethoden sowie die Organisationen mit deren Strukturen, Abläufen und Kultur unterschiedlich sind.

Die wissenschaftliche Begleitung der Pflegeoasen, am besten schon während deren Entstehung, ist als sinnvolle Ergänzung von Projekten in der stationären Altenhilfe anzusehen. Dadurch werden neue Sichtweisen und wertvolle Erfahrungen in das

Projektvorhaben gebracht. Die Studie zeigt nicht nur die Schwierigkeiten der Lebensqualitätsforschung im Allgemeinen auf, sondern auch zum Teil die Schwierigkeit des Forschens in einem Pflegeheim. Quantitative Messmethoden haben in der stationären Altenhilfe durchaus ihre Berechtigung, allerdings sollte immer ein Abgleich mit qualitativen Daten erfolgen. Ein Zusammenschluss von Forschungseinrichtungen (Expertengruppe Pflegeoase) ist in jedem Falle zu befürworten. Auf diesem Wege können Methoden in ähnlicher Weise verwandt und Ergebnisse besser miteinander verglichen werden. An den grundsätzlichen Problemen der Forschung in psychosozialen Feldern, muss weiterhin gearbeitet werden. Auch hier kann ein Forschungsverbund eine wertvolle Bereicherung darstellen, wenn es darum geht Begriffe schärfer voneinander abzugrenzen sowie geeignete Studiendesigns und Instrumente zu entwickeln. Die unterschiedlichen Bedingungen einer jeden Pflegeoase sind aus wissenschaftlicher Betrachtung ein Hindernis bei der Generierung vergleichbarer Ergebnisse. Sie stellen aber möglicherweise ein wichtiges Erfordernis für die Lebensqualität des einzelnen Bewohners in der jeweiligen Pflegeoase dar. In jedem Falle sollte die Entscheidung der Einrichtung für eine eigene Pflegeoase aus dem Bedarf heraus entstehen. Der Einzug in die Pflegeoase sollte für den einzelnen Bewohner mit einer Chance auf Verbesserung seiner bisherigen Lebensqualität verbunden sein. Der Umstand einer fortgeschrittenen Demenz und schwerer Pflegebedürftigkeit sollte nicht zwingend Grund für einen Umzug sein. Die Entscheidung, einen Menschen aus seiner vertrauten Umgebung herauszunehmen, sollte auch nicht von einer Person alleine getroffen werden. Auch hier könnte das H.I.L.D.E eine Unterstützung solcher Entscheidungen sein.

Die Ausprägung der Lebensqualität in der stationären Altenhilfe ist auch in der Pflegeoase zahlreichen Einflüssen unterworfen, die größtenteils nur schwer zu definieren und zu vergleichen sind (Bartholomeyczik, 2011, S. 34). Von daher ist auch die Lebensqualität des einzelnen Bewohners nur bedingt mit der eines anderen Bewohners zu vergleichen. Die bisherigen Ergebnisse zum Einfluss der Pflegeoase auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz liefern einen, mit Vorsicht zu verstehenden, Hinweis auf das mögliche Potential, das diese Wohn- und Versorgungsform für Menschen mit fortgeschrittener Demenz zur Förderung der Lebensqualität bereithalten kann.

7 **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

| | |
|--|----|
| Abb.1: Grundriss der Pflegeoase Vis-à-Vis | 24 |
| Abb.2: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse | 42 |
| Abb.3: Übersicht zum Bewegungsradius der PG und VG zu den vier Messzeitpunkten | 50 |
| Abb.4: Übersicht zu den Lieblingsplätzen der PG und VG sowie der Häufigkeit des dortigen Aufenthalts | 51 |
| Abb. 5: Übersicht zu den ungeliebten Plätzen der PG und VG sowie der Häufigkeit des dortigen Aufenthalts | 52 |
| Abb.6: Vergleichende Übersicht zwischen der Anzahl und der Häufigkeit von angebotenen und angeleiteten Aktivitäten der Bewohner der PG und VG im zeitlichen Verlauf..... | 54 |
| Abb.7: Vergleichende Übersicht zwischen der Anzahl und der Häufigkeit der selbständigen Aktivitäten der Bewohner der PG und VG im zeitlichen Verlauf | 56 |
| Abb.8: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners PG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 61 |
| Abb.9: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners PG_B2_SD-P im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 61 |
| Abb.10: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners PG_B3_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 62 |
| Abb.11: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners VG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 63 |

| | |
|--|----|
| Abb.12: Anzahl der positiv erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.1 des Bewohners VG_B2_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 64 |
| Abb.13: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners PG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 65 |
| Abb.14: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners PG_B2_SD-P im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 66 |
| Abb.15: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners PG_B3_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 66 |
| Abb.16: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners VG_B1_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 67 |
| Abb.17: Anzahl der negativ erlebten Alltagssituationen und Häufigkeit der Antwortmöglichkeiten der HILDE-Teilfrage E1.2 des Bewohners VG_B2_SD-S im zeitlichen Verlauf der vier Messzeitpunkte | 68 |
| Tab.1: Prozess der Stichprobenauswahl anhand der Einschlusskriterien und Verteilung der Bewohner in PG und VG | 35 |
| Tab.2: Übersicht zum zeitlichen Studienverlauf und dazugehörigen Aufgaben | 40 |
| Tab.3: Psychische Belastung der einzelnen Mitarbeiter der beiden Untersuchungsgruppen | 86 |
| Tab.4: Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Pflegeoase | 87 |
| Tab.5: Belastungsanalyse der einzelnen Mitarbeiter der Wohnbereiche | 88 |
| Tab.6: Durchschnittliche Beanspruchung der einzelnen Mitarbeiter | 89 |

8 Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik S. (2008): Warum Assessmentinstrumente?. In: CNE, 1, 2-4

Bartholomeyczik S.; Linhart M.; Mayer H.; Mayer H. (2008): Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. München Jena, Urban & Fischer Verlag

Bartholomeyczik S.; Halek M. (2011): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Offene Fragen für die Forschung. In: Dibelius O.; Maier W. (Hg.) (2011): Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen. Stuttgart, Kohlhammer, S.32-37

Bartholomeyczik S.; Hunstein D. (2006): Standardisierte Assessmentinstrumente – Möglichkeiten und Grenzen. In: Pflegewissenschaft, 5, 315-317

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2011): Die Pflegeoase. Jeder Tag ein neues Erlebnis. Förderung der Lebensqualität schwerstkranker Menschen mit Demenz.

URL:<http://www.isgos.de/cms/images/stories/PDFs/vortrag%20mueller.pdf> [19.04.2011]

Behrens J.; Langer G. (2010): Evidenc-based Nursing and Caring. Bern, Hans Huber Verlag

Becker S.; Kaspar R.; Kruse A. (2006): Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39, 350-357

Becker S.; Kaspar R.; Kruse A. (2011): H.I.L.D.E. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Bern, Verlag Hans Huber

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (o.J. a): Gefährdungsermittlung und –beurteilung. Psychische Belastung und Beanspruchung. Anleitung zur Mitarbeiterbefragung in der stationären Altenpflege.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (o.J. b): Gefährdungsermittlung und –beurteilung. Psychische Belastung und Beanspruchung. Anlage.

Bollig, G.; Jung-Henkel, B.; Fuchs-Hlinka, G. (2008): Kommunikation mit dementen Menschen. Herausforderung und Chance für interprofessionelle Palliative-Care-Teams. In: Palliativmedizin, 8, 123-126

Brandenburg, H.; Adam-Paffrath, R.; Brühl, A.; Burbaum, J. (2011): Pflegeoasen. (K)ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz!?. Vallendar, Philosophisch-Theologische Hochschule

Brod M.; Stewart A. L.; Sands L.; Walton P. (1999): Conceptualization and Measurement of Quality of Life in Dementia. The Dementia Quality of Life Instrument (DQoL). In: The Gerontologist, 39(1), 25-35

Dettbarn-Reggentin J. (2008): Die Pflegeoase ist keine Universal-Lösung. In: Altenpflege, 48 (3), 27-28

Dettbarn-Reggentin J.; Reggentin H. (2010): Pflegeoase Pur Vital Seniorenpark Alztal in Garching. Berlin, Institut für sozialpolitische und gerontologische Studien

Enßle J. (2010): Demenz. Instrumentarien und Betreuungskonzepte zur Erfassung von Lebensqualität. Hamburg, Diplomica Verlag

Ettema T. P.; Dröes R. M.; de Lange J.; Mellenbergh G. J.; Ribbe M. W. (2005): A review of quality of life instruments used in dementia. In: Quality of Life Research, 14, 675-686

Feil N.; de Klerk-Rubin V. (2010): Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München, Reinhardt Verlag

Fließ S. (2011): Beitrag zur Dienstleistungsmarketing-Forschung. Aktuelle Forschungsfragen und Forschungsergebnisse. Wiesbaden, Gabler Verlag

Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P. R. (1975): Mini-Mental State (a practical method for grading the state of patients for the clinician). Journal of Psychiatric Research, 12, 189–198

Haas B. K. (1999): A multidisciplinary concept analysis of quality of life. In: Western Journal of Nursing Research, 21(6), 728-742

Hoe J.; Katona C.; Roch B.; Livingston G. (2005): Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia. The LASER-AD study. In: Age and Ageing, 34, 130-135

Hoe J.; Hancock G.; Livingston G.; Orrell M. (2006): Quality of life of people with dementia in residential care homes. In: British Journal of Psychiatry, 188, 460-464

Hotze E.; Böggemann M. (2011): Wissenschaftliche Evaluation des beschützten Wohnbereichs für Menschen mit schwerer Demenz im Heywinkelhaus. Osnabrück, Hochschule Osnabrück

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2009): Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz. Köln, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Jonas I. (2007): An Pflegeoasen scheiden sich die Geister. In: ProAlter, 4, 41-46

Jonas I. (2009): Die Qualitätsgeleitete Pflegeoase. Ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase. In: ProAlter, 2, 46-51

Karlawish J. H. T.; Casarett D.; Klocinski J.; Clark C. M. (2001): The relationship between caregiver's global ratings of alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity and the caregiving experience. In: The American Geriatrics Society, 49, 1066-1070

Kitwood T. (2008): Demenz. Der personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Hans Huber Verlag

Kuckartz U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften

Lamnek S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel, Beltz Verlag

Lawton M.P.; Van Haitsma K.; Klapper J. (1996): Observed Affect in Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease. In: Journal of Gerontology, 51B, 3-14

LoBiando-Wood G.; Haber J. (2005): Pflegeforschung. München, Urban & Fischer Verlag

Mahoney FI.; Barthel D. (1965): Functional Evaluation. The Barthel Index. In: Maryland State Medical Journal, 14, 61-65

Mayring P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel, Beltz Verlag

Mayring P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel, Beltz Verlag

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2009): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen

Mozley C. G.; Huxley P.; Sutcliffe C.; Bagley H.; Burns A.; Challis D.; Cordingley L. (1999): "Not Knowing where I am doesn't mean I don't know what I like. Cognitive impairment and quality of life responses in elderly people. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 14, 776-783

Nagile G. (2007): Quality of Life in Dementia. In: The Canadian Journal of Neurological Sciences, 34, 57-61

Oppikofer S. (2008): Lebensqualität bei Demenz. Eine Bestandsaufnahme, Sichtung und Dokumentation bestehender Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz. Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 5. Zürich, Zentrum für Gerontologie Universität Zürich

Paff H. (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung und Deutschlandergebnisse. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt

Polit D. F.; Beck C. T.; Hungler B. P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Bern, Hans Huber Verlag

Radzey B.; Kuhn C.; Rauh J.; Heeg S. (2011): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter. In: BMFSFJ, Schriftenreihe Bd. 207.1. Stuttgart, Kohlhammer

Ready R. E.; Ott B. R. (2003): Quality of life measures for dementia. In: Health and Quality of Life Outcomes, 1, 1-9

Reggentin H.; Dettbarn-Reggentin J. (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Stuttgart, Kohlhammer-Verlag

Riepe M. (2010): Lebensqualitätsforschung bei Demenzkranken ist sinnlos. Psychiatrische Praxis, 37, 7-10

Roick C.; Hinz A.; Gertz H. J. (2007): Kann Lebensqualität bei Demenzkranken valide bestimmt werden? Eine aktuelle Übersicht über Messinstrumente und methodische Probleme. In: Psychiatrische Praxis, 34, 108-116

Rüsing D. (2010): Wohnformen für Menschen mit Demenz.

<http://www.uni->

[wh.de/fileadmin/media/g/pflege/dzd/Downloads/Tagungsbaende/Tagungsband_Wohnformen_28092010.pdf](http://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/pflege/dzd/Downloads/Tagungsbaende/Tagungsband_Wohnformen_28092010.pdf) [17.12.2011]

Rutenkröger A.; Boes C. (2006): Menschen bleiben bis zum Ende. Lebensqualität und Einschätzungsinstrumente. In: DeSSorientiert. Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase, 2, 12-18

Rutenkröger A.; Kuhn C. (2008a): im Blick haben. Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Stuttgart, Demenz Support Stuttgart gGmbH

Rutenkröger A.; Kuhn C. (2008b): Studie in der Pflegeoase Holle. Das Konzept tut den Bewohnern gut. In: Altenheim.10. 18-21

Rutenkröger A.; Kuhn C. (2010): DaSein. Pflegeoasen in Luxemburg. Eine Evaluationsstudie. Stuttgart, Demenz Support Stuttgart

Schmieder M. (2007): Eine Oase für Mitarbeiter und Bewohner. In: *Altenheim*, 8, 16

Schnell M. W.; Heinritz C. (2006): *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.* Bern, Hans Huber Verlag

Schölzel-Dorenbos C. J. M.; Ettema T. P.; Bos J.; Boelens-van der Knoop E.; Gerritsen D. L.; Hoogeveen F.; de Lange J.; Meihuizen L.; Dröes R. M. (2007): Evaluating the outcome of interventions on quality of life in dementia. Selection of the appropriate scale. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 511-519

Schuhmacher B.; Denkinger H., Heine Y.; Hils A.; Klie T. (2011): Innovative und herkömmlicher Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich. *PflegeOASE.* Freiburg, Institut für angewandte Sozialforschung

Stoppe G.; Maeck L. (2011): Einwilligungsfähigkeit bei Demenzkranken. In: Dibelius O.; Maier W. (Hg.) (2011): *Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen.* Stuttgart, Kohlhammer, 151-155

Sturma D. (2011): Ethische Überlegungen zum Umgang mit demenziell erkrankten Personen. In: Dibelius O.; Maier W. (Hg.) (2011): *Versorgungsforschung für demenziell erkrankte Menschen.* Stuttgart, Kohlhammer, 93-98

Sütterlin S.; Hoßmann I.; Klingholz R. (2011): *Demenzreport. Wie sich die Regionen Deutschland, Österreich und Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können.* Berlin, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Thompson L.; Kingston P. (2004): Measure to assess the quality of life for people with advanced dementia. Issues in measurement and conceptualization. In: *Quality in Aging*, 5, 29-39

Werner B.; Hug A. (2011): Psychische Belastung und Beanspruchung Pflegender in der Schwerstpflege. In *Pflegewissenschaft*, 13 (4), 233-251

Whitehouse P. (1999): Quality of Life in Alzheimer`s Disease. Future Directions. In: *Journal of Mental Health and Aging*, 5 (1), 107-111

Witzel A. (2000): Das problemzentrierte Interview.

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520> [20.02.2012]

Woods B. (1998): Promoting Well-Being and Independence for People with Dementia. In:
International Journal of Geriatric Psychiatry, 14, 97-109

World Health Organization (1997): WHOQL. Measuring Quality of Life.

http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf [09.10.2011]

9 Anhang

Anhang 1: Forschungsethischer Ansatz des Instituts für Gerontologie und Ethik

Anhang 2: Vorlage Einverständniserklärung der Mitarbeiter zum Interview

Anhang 3: Vorlage Einverständniserklärung zur Studienbeteiligung der Bewohner

Anhang 4: Informationsbroschüre zum Studienvorhaben für Angehörige und Betreuer

Anhang 1: Forschungsethischer Ansatz des Instituts für Gerontologie und Ethik

Verpflichtung zum forschungsethischen Ansatz

Alle Mitarbeitenden am Projekt Pflegeoase Vis-à-Vis verpflichten sich:

- ihren Beitrag in hoher wissenschaftlicher Qualität zu erbringen
- ihren Beitrag in ethischer Angemessenheit und Vertretbarkeit zu leisten
- keinen Menschen gegen seinen Willen zu einer Befragung, Abbildung oder sonstigen Veröffentlichung heranzuziehen
- keinen Menschen und keine Organisation vorsätzlich zu schaden.
- die erhobenen bewohnerbezogenen Daten anonym bearbeitet werden

Des Weiteren verpflichten sich alle Projektbeteiligten dem Leitbild des Senioren- und Pflegezentrums Rupprechtstegen. Ziel der Pflege und Betreuung ist die höchstmögliche Zufriedenheit hinsichtlich der körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner zu erreichen.

Sabine L. Distler
Heimleiterin

Brigitte Schorr /i.V. Dirk Müller
Pflegedienstleiterin / stv. Pfllegedienstleiter

Jeanette Schoan
Gerontotherapeutin

Iberé Worofka
Wissenschaftliche Mitarbeiterin des
Instituts für Gerontologie und Ethik

Anhang 2: Vorlage Einverständniserklärung der Mitarbeiter zum Interview

Einverständniserklärung zum Interview

Name, Vorname

Ich stimme einem Interview mit Iberé Worofka, zur Erfassung der Mitarbeiterperspektive innerhalb der Pflegeoase zu.

Ich stimme der Aufzeichnung des Interviews mittels eines Tonbandgeräts zu.

Ich bin mit der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse unter Berücksichtigung der Wahrung meiner Anonymität einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang 3: Vorlage Einverständniserklärung zur Studienbeteiligung der Bewohner

Einverständniserklärung

Als Angehöriger/ gesetzliche/r Betreuer/in der Bewohnerin/des Bewohners

Bitte ankreuzen

stimme ich einem Einzug in die Pflegeoase Vis-à-Vis zu

bin ich damit einverstanden, dass im Rahmen des Projekts Pflegeoase Vis-à-Vis eine Begleitforschung zur Lebensqualität mit dem Forschungsinstrument H.I.L.D.E. durchgeführt wird.

bin ich mit der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse unter Berücksichtigung der Wahrung der Anonymität des Bewohners/der Bewohnerin einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Neue Versorgungsform

Pflegeoase Vis-à-Vis

Informationen für Angehörige und Betreuer

Hintergrund Pflegeoase

Im Jahre 1998 eröffnete in Sonnweid in der Schweiz die erste Pflegeoase für schwerstpflegeberdürftige Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz. Das Konzept der Pflegeoase sieht vor, für eine kleine, homogene Gruppe von dementen Pflegeheimbewohnern/innen einen Lebensraum zu schaffen, in dem sie Gemeinschaft sowie individuelle Pflege und Betreuung erfahren können. (Schmieder, 2007)

In einer Pflegeoase sollen laut dem Kuratorium Deutscher Altenhilfe (KDA) bis zu acht Bewohnerinnen und Bewohner wohnen können. (KDA, 2009) Das Bayerische Sozialministerium definierte eine Reihe von Kriterien, die für einen Umzug in eine Pflegeoase gegeben sein müssen, wie eine weit fortgeschrittenen Demenz, Immobilität, stark eingeschränkte verbale Kommunikation und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand. (Müller, 2011)

Projektbeschreibung

Die Einführung der Pflegeoase Vis-à-Vis im Senioren- und Pflegezentrum Rupprechtstegen wird vom Institut für Gerontologie und Ethik an der Evangelischen Hochschule Nürnberg wissenschaftlich begleitet und vom Bayerischen Sozialministerium und der Theo-Wormland-Stiftung finanziell gefördert.

Wichtigster Bestandteil der wissenschaftlichen Begleitung ist die Erforschung der Auswirkungen der Pflegeoase auf die Lebensqualität der dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner. Mittels einer Vorher-Nachher-Studie soll die Lebensqualität der Bewohner/innen vor und nach dem Umzug in die Pflegeoase verglichen werden. Für die Datenerhebung wurde das Forschungsinstrument H.I.L.D.E. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen) ausgewählt. H.I.L.D.E. dient der

„[...]standardisierten Erfassung und Interpretation der aktuellen Lebensverhältnisse[...]“ von Menschen mit einer Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen. Je nach Schweregrad der Demenz können die Bewohner in die Erfassung ihrer Lebensqualität mit einbezogen werden. Bei weit fortgeschrittenen Demenzen ermöglicht H.I.L.D.E. die Einschätzung der Lebensqualität durch geschulte Pflegepersonen und Angehörige. (Becker et al., 2011, S.33) Im Projekt Pflegeoase Vis-à-Vis wird die Datenerhebung von Pflegepersonen durchgeführt, die dem Bewohner/der Bewohnerin vertraut sind. In der Pflegeoase Vis-à-Vis können bis zu sechs Bewohner/innen leben.

Konzeptbeschreibung

Das Konzept der Pflegeoase Vis-à-Vis vereint

- die Möglichkeit einer individuellen pflegerischen Versorgung und Betreuung, durch die ständige Anwesenheit einer Pflegeperson
- das Erleben von Gemeinschaft, innerhalb der Pflegeoase sowie bei Therapie- und Betreuungsangeboten der Einrichtung
- die Gewährleistung von Privatsphäre durch flexible Raumtrennelemente
- den Einsatz spezieller Pflegebetten, die eine Mobilisation im und aus dem Bett unterstützen
- die Verwendung eines Lichtmanagementsystems, das sowohl die visuellen als auch die biologischen Bedürfnisse der Bewohner/innen und der Pflegenden berücksichtigt
- die Schaffung einer angenehmen, freundlichen und harmonisch abgestimmten Wohnatmosphäre.

Projektplanung

- Ende Mai findet die Erfassung der Lebensqualität der Pflegeoasenbewohner/innen mit H.I.L.D.E. vor dem Umzug in die Pflegeoase statt.
- Anfang/Mitte Juni ist der Umzug der Bewohner/innen in die Pflegeoase geplant.
- Im Juni und Juli können sich die Bewohner/innen einleben.
- Anfang August findet die Erfassung der Lebensqualität der Pflegeoasenbewohner/innen mit H.I.L.D.E. nach dem Umzug in die Pflegeoase statt.
- Von August bis Oktober sind die Datenauswertung und das Verfassen des Abschlussberichts geplant.

Quellen

Becker S.; Kaspar R.; Kruse A. (2011): H.I.L.D.E. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Bern. Verlag Hans Huber

Schmieder M. (2007): Eine Oase für Mitarbeiter und Bewohner. In: Altenheim. 08. 16

URL:<http://www.isgos.de/cms/images/stories/PDFs/vortrag%20mueller.pdf> [19.04.2011]

Kuratorium Deutscher Altenhilfe (2009): Die Qualitätsgeleitete Pflegeoase. Ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase. In: Pro Alter. 02. 46-51

Kontakt

Institut für Gerontologie und Ethik

an der Evangelischen Hochschule Nürnberg

Bärenschanzstraße 4

90429 Nürnberg

ibere.worofka@i-ge.de