

ABSCHLUSSBERICHT

QueDo – Projekt:

Qualitätsentwicklung in der speziellen Dementenbetreuung in der Domuswohngruppe im Ludwigstift

Projektdauer: 01. August 2005 - 31. Juli 2007



Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg

Ingrid Hastedt

Falkertstr. 29

70176 Stuttgart

**WOHLFAHRTSWERK
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	3
1.KONZEPTION DER DOMUS-WOHNGRUPPE IM LUDWIGSTIFT UND FORMALE RAHMENBEDINGUNGEN.....	5
1.1 Gebäudebeschreibung.....	5
1.2 Betreuungssetting	7
2. FORMALE RAHMENBEDINGUNGEN.....	9
2.1 Allgemeines.....	9
2.2 Vertragliches	9
2.3 Zugangsvoraussetzungen.....	10
2.4 Keine geschlossene Abteilung	12
2.5 Entgelte	12
3. ZIELE	14
4. ABLAUF UND METHODIK.....	15
4.1 Ablauf.....	15
4.2 Methodik.....	16
5. ERGEBNISSE.....	20
5.1 Soziodemografische Daten – Beschreibung der Stichprobe	20
5.2 Ergebnisse des pflegebezogenen Verhaltensassessments	21
5.3 Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung mit Dementia Care Mapping	25

5.4 Mitarbeiterbefragung	48
5.5 Angehörigenbefragung	50
5.6 Leitfaden für Angehörige	52
5.7 Personalveränderungen	52
6. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	55
7. DANKSAGUNG	58
8. ANHANG	59

EINLEITUNG

Dementielle Erkrankungen führen häufig zu einer Überforderung des sozialen Umfelds sowie bei der häuslichen Pflege zu einer Unterversorgung der Betroffenen. Vielfach ist dies der Auslöser für den Umzug in eine Pflegeeinrichtung.

In vielen Pflegeheimen sind über 60% der Bewohner an einer Form der Demenz erkrankt¹, daneben sind Multimorbidität und unterschiedliche körperliche Einschränkungen für den Hilfe- und Pflegebedarf der Bewohner verantwortlich. Die Einrichtungen verfolgen dabei unterschiedliche Ansätze, um bei der Vielfalt unterschiedlicher Hilfebedarfe angemessene Unterstützung für den Einzelnen zu gewährleisten. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Frage, ob es für Bewohner mit einer demenziellen Erkrankung besondere Wohnbereiche geben sollte. Die immer noch häufigste Form² ist die **integrative Versorgung**, bei der die Bewohner unabhängig vom Krankheitsbild gemeinsam in einem Wohnbereich leben. Ein sogenanntes **teilsegregatives Angebot** liegt vor, wenn ausgewählte Bewohner mit einer Demenzerkrankung, die in unterschiedlichen Wohnbereichen leben, tagsüber in einer zentralen Betreuungsgruppe zusammenfinden. In der **segregativen** Betreuung wird bereits beim Einzug in einen Wohnbereich auf eine hohe Homogenität der Gruppe bezüglich des Krankheitsbildes geachtet.

Eine spezifische Form der segregativen Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen im Pflegeheim ist das sogenannte „Domus-Prinzip“, das seit 1999 im Rahmen der „Gemeinsamen Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“ umgesetzt wird.³ Diese speziellen Wohnbereiche sind nicht für alle Menschen mit Demenz vorgesehen, sondern für Personen in schwerem Krankheitsstadium mit begleitenden Verhaltensauffälligkeiten. Dadurch wird eine gewisse Homogenität der gemeinsam in einem Wohnbereich lebenden Menschen gewährleistet. Im Rahmen eines Auswahlverfahrens vor dem Einzug wird dazu mittels vorgegebener Assessmentinstrumente das Vorhandensein bzw. das Ausmaß definierter Werte und Kriterien überprüft.

¹ vgl. Heeg, S. et al: Abschlussbericht zum Modellprojekt „Milieuthherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit Evaluation (MIDEMAS), Stuttgart 2003.

² ebenda

³ Näheres hierzu siehe: Weyerer, S. et al.: Evaluation der Besonderen Stationären Dementenbetreuung in Hamburg“, Mannheim, 2004.

An die Pflege- und Betreuungskräfte in einer Domus-Wohngruppe werden besondere Qualifikationsanforderungen gestellt. Die meisten demenziellen Erkrankungen sind gekennzeichnet durch fortschreitende Verschlechterungen der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Orientierung, Denken, Sprache und Urteilsvermögen. Neben diesen Störungen treten häufig auch psychische Auffälligkeiten - wie Depressivität, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und Aggressionen - auf. Vor allem die nicht-kognitiven Symptome der Demenz können neben einer Verschlechterung der Lebensqualität des Erkrankten auch zu einer erheblichen Belastung der Betreuenden führen. Verglichen mit konventionellen Pflegeheimbereichen ist deshalb die maximal finanzierbare Personalmenge in einem Domus-Wohnbereich mit einem z.B. für Hamburg durchschnittlichen Personalschlüssel von 1:1,7 um einiges höher⁴.

Trotz der besseren personellen Ressourcen in einem Domus-Wohnbereich bleibt die Betreuung eine anspruchsvolle Aufgabe. Die Homogenität der Bewohner hinsichtlich des schweren Erkrankungsstadiums in Verbindung mit Verhaltensauffälligkeiten bedingen eine große zeitliche Intensität für die Begleitung und Pflege.

In einem zweijährigen, von der Mühschlegelstiftung finanzierten Projekt von August 2005 bis Juli 2007 sollte durch gezielte Maßnahmen in der Domus-Wohngruppe des Ludwigstifts in Stuttgart u. a. eine Verbesserung die Betreuungs- und Pflegequalität der Bewohner im Zusammenhang mit der Mahlzeitsituation erreicht werden.

Als besondere Herausforderung stellte sich die Veränderung der Bewohnerschaft über die Jahre seit Einzug hin zu einer Pflegebedürftigkeit dar. Dies brachte es mit sich, dass die Mitarbeiter der Domus-Wohngruppe sich zunehmend beansprucht fühlten von der stark zunehmenden körperlichen Versorgung der Bewohner. Um hier Entlastung zu schaffen, wurde ein Mobiler Dienst zur Übernahme grundpflegerischer Tätigkeiten beauftragt, so dass die Mitarbeiter der Domus-Wohngruppe sich wieder verstärkt der Betreuung widmen konnten.

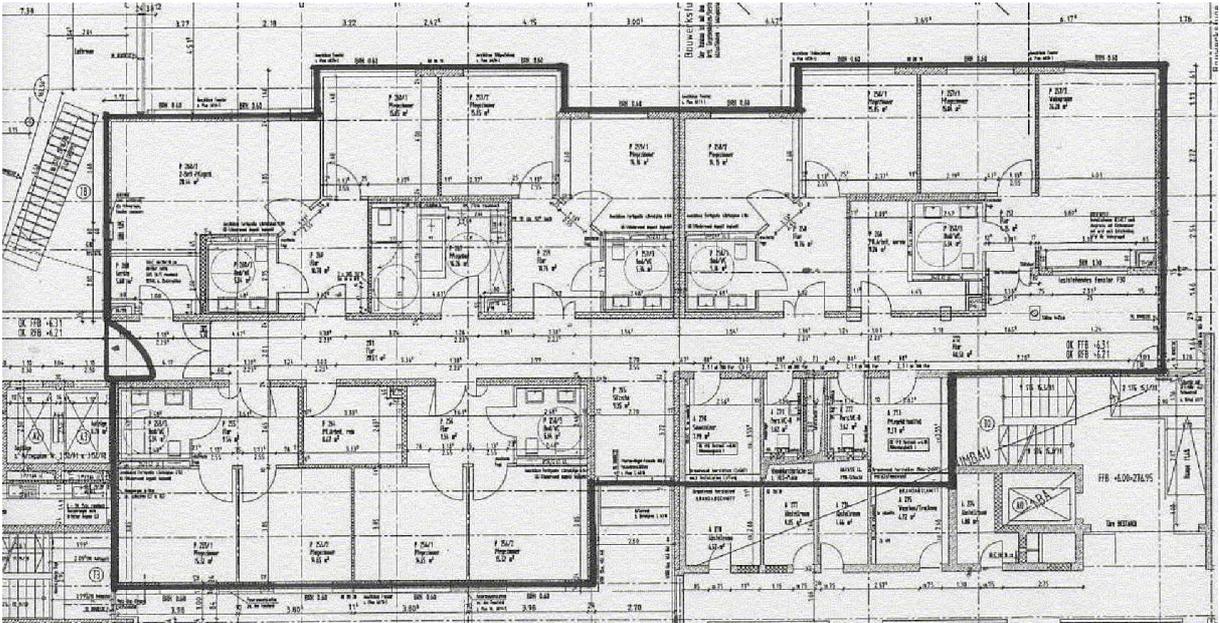
Mitunter dank dieses Einsatzes konnten wir über unsere begleitenden Erhebungen nachweisen, dass das Wohlbefinden der Bewohner der Domus-Wohngruppe durchaus höher liegt als das von vergleichbaren Gruppen.

⁴ Der Durchschnittspersonalschlüssel lässt sich jedoch nicht genau planen, da die Personalmenge von den Pflegestufen der Bewohner abhängig ist.

1.KONZEPTION DER DOMUS-WOHNGRUPPE IM LUDWIGSTIFT UND FORMALE RAHMENBEDINGUNGEN

1.1 GEBÄUDEBESCHREIBUNG

Im Jahr 2001 wurde im Zuge der Wiedereröffnung des Ludwigstifts in Stuttgart-West nach einem Neubau ein gesonderter Wohnbereich für Menschen mit demenziellen Erkrankungen nach dem Domus-Prinzip eingerichtet. Die Pflegeeinrichtung befindet sich in einem L-förmigen Gebäudetrakt, in dem sich insgesamt 80 Pflegeplätze im 1. bis 4. Obergeschoss befinden. Im Erdgeschoss sind u.a. die Räume einer Tagespflege untergebracht. Auf jeder Pflegeheimtage gibt es 20 Pflegeplätze, davon 12 Plätze in einem, 8 Plätze im anderen Flügel. Der spezifische Wohnbereich für mobile, hochgradig an Demenz erkrankte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten hat 12 Plätze und befindet sich im 2. Obergeschoss des Gebäudes. Die Bewohner leben in 10 Einzel- bzw. einem Doppelzimmer. Jeweils zwei Bewohner nutzen gemeinsam ein Bad. Eine Wohn- und Essküche ist am Ende des Flurs gelegen. Da diese aus einem ursprünglich als Einzelzimmer konzipierten Raum unter Hinzunahme eines Teils des Flurs entstand, ist ihre Wohnfläche begrenzt. Dies fördert zwar einerseits die Wohnlichkeit, andererseits bringt es Platzprobleme mit sich, wenn mehrere Rollstuhlfahrer zeitgleich an den Tischen sitzen möchten. Aufgrund von Brandschutzaufgaben musste die Wohnküche vom Flur abgetrennt werden, so dass eine Kommunikation mit den sich dort aufhaltenden Bewohnern lediglich durch Blickkontakt durch eine Glasscheibe, nicht jedoch verbal möglich ist. In einem weiteren Raum, der kein Tageslicht erhält, ist ein Snoezelen-Zimmer eingerichtet.



Grundriss



Wohnküche

1.2 BETREUUNGSSETTING

Die Domus-Wohngruppe im Ludwigstift war das erste Angebot dieser Art in Baden-Württemberg. Es wird dort die Maxime der Alltagsorientierung gelebt, in der das Leben „rund um die Wohnküche“ ein zentrales Element darstellt. Dort wird von den Alltagsbegleitern einmal wöchentlich das Mittagessen, sowie täglich das Dessert, der Kuchen für den Nachmittagskaffee sowie Fingerfood für das Abendessen zubereitet.

Zur Aktivierung der Bewohner bestehen sowohl Gruppen- (z.B. Gymnastik, Singen, Spiele spielen, Einkäufe, Bügeln) als auch Einzelangebote (z.B. Snoezelen, Entspannungsbad, Wellness usw.). Die psychosoziale Betreuung durch die Alltagsbegleiter wird durch die Pflege unterstützt.

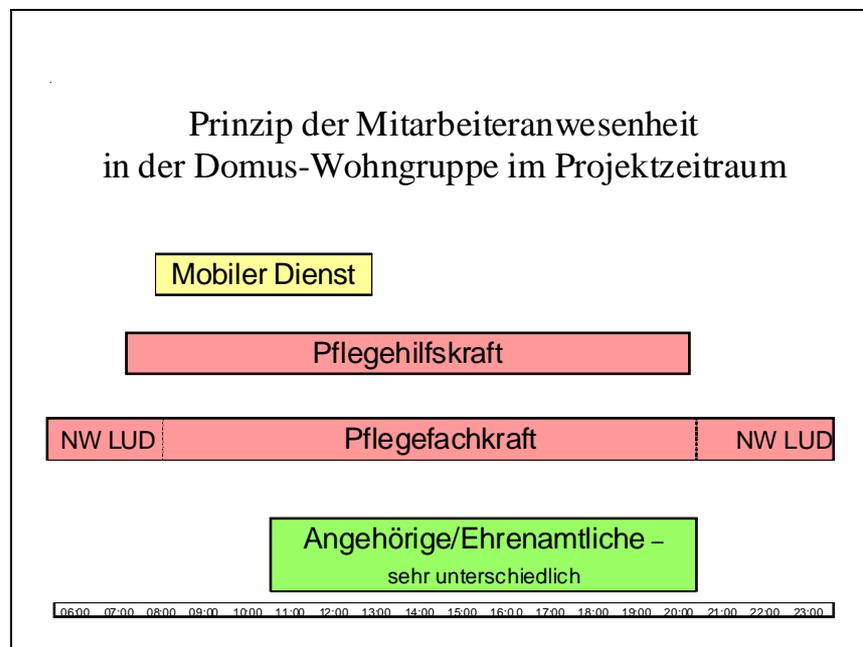


Milieugestaltung in der Sitzecke im Flur

SCHICHTABDECKUNG

Die Vollzeitstellen für Fachkräfte allein in der Domus-Wohngruppe lagen während der Projekt-Laufzeit ca. bei 4,4 Stellen, die von ca. 5 Fachkräften ausgefüllt wurden. Die Vollzeitstellen der Hilfskräfte ohne Schüler betragen ca. 0,8 VK.

Die Schichtabdeckung über den Tag variierte. Das Prinzip der Schichtabdeckung ist jedoch aus folgender Grafik ersichtlich:



Über den Tag verteilt sind grundsätzlich Pflegefach- und Pflegehilfskräfte anwesend, zudem Angehörige/Bezugspersonen und vereinzelt Ehrenamtliche.

2. FORMALE RAHMENBEDINGUNGEN

2.1 ALLGEMEINES

Mittlerweile existieren auch in Baden-Württemberg spezielle Regelungen für „mobile Personen mit einer therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenzerkrankung und schweren (stark ausgeprägten) Verhaltensauffälligkeiten“⁵. In einem Rahmenvertrag zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Verbänden der Pflegekassen sind die Strukturvorgaben für Pflegeheime, die ein solches Angebot vorhalten, formuliert sowie der Adressatenkreis genau festgelegt. Unter anderem ist eine Größe von mindestens 12 Plätzen erforderlich.

Der Domus-Wohngruppe im Ludwigsstift wurde am 30.11.2006 das speziell für Demenzbereiche entwickelte IQD-Qualitätssiegel verliehen; das Siegel gilt 2 Jahre.

2.2 VERTRAGLICHES

Das Ludwigsstift mit seiner Domus-Wohngruppe und den konventionellen Pflegebereichen ist eine stationäre Pflegeeinrichtung nach Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Für die Domus-Wohngruppe existiert ein eigener Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI, der am 18.12.2003 in Kraft trat und damit den vorher gemeinsam mit dem restlichen Pflegeheim bestehenden Versorgungsvertrag ablöste.

Mit den Bewohnern wird ein Heimvertrag abgeschlossen.

Landesweite Rahmenbedingungen zur Personalausstattung der Pflegeheime sind im Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege nach § 75 Abs. 1 SGB XI für Baden-Württemberg vom 09.07.2002 geregelt. In § 17 Abs. 2 und 3 werden die von der Pflegestufe der Bewohner abzuleitenden Personalschlüssel definiert:

⁵ Anhang 1 zum „Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege gem. § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg vom 12.12.1996 mit den in der „Großen Runde“ am 09.07.2002 beschlossenen Änderungen“

	Personalrichtwerte für Pflege & Betreuung		Personalrichtwerte für Einrichtungen gemäß Anhang 1
	von	bis	
Pflegestufe 1	1: 3,96	1: 3,13	1: 2,38
Pflegestufe 2	1 : 2,83	1: 2,23	1: 1,70
Pflegestufe 3	1: 2,08	1 : 1,65	1: 1,25

Personalrichtwerte für vollstationäre Pflege in Baden-Württemberg gemäß Rahmenvertrag

Für die Domus-Wohngruppe gelten diese Vorgaben nicht: Die Niederschrift der Schiedsstelle gemäß § 76 SGB XI vom 14.05.2002, in der die strittigen Pflegesätze festgesetzt wurden, macht zu den Personalmengen, die für das festgesetzte Entgelt vorzuhalten sind, keine Angabe. Der oben genannte Rahmenvertrag wurde erst im Juli 2002 geeint, vorher waren die darin festgeschriebenen Personalschlüssel umstritten. Seit 2002 wurde jedoch keine Pflegesatzverhandlung geführt. Es existiert zum Zeitpunkt des QueDo-Projekts deshalb auch keine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) in der in Baden-Württemberg seit 2003 Personalschlüssel einrichtungsbezogen festgelegt werden.

Für die fachliche Leitung einer Domus-Wohngruppe sind Kranken- oder Altenpfleger, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Heilerziehungspfleger, Alten- und Ergotherapeuten zugelassen. Sie müssen mindestens über 3 Jahre Berufserfahrung sowie über eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 380 Stunden verfügen.

2.3 ZUGANGSVORAUSSETZUNGEN

Vor dem Einzug eines Bewohners in die Domus-Wohngruppe ist die vorherige Genehmigung der zuständigen Pflegekasse erforderlich. Dieses ist insofern ungewöhnlich, als Genehmigungen der Pflegekasse vor dem Einzug in ein Pflegeheim ansonsten nicht erforderlich sind und die Pflegekasse auch keine höheren Leistungen gewährt als für einen konventionellen Pflegeplatz.

Die detaillierten Einzugskriterien sind im Anhang 1 des „Rahmenvertrags zu § 75 SGB XI stationär für Baden-Württemberg“ geregelt. Darin wird die Zielgruppe eingegrenzt auf „mobile Personen mit einer therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenzerkrankung, die stationärer Pflege (unabhängig von einer Einstufung) bedürfen und schwere Verhaltensauffälligkeiten aufweisen.“

Vor dem Einzug muss abgeklärt werden, ob die Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind. Das methodische Vorgehen ist dabei genau vorgegeben. Erforderlich sind:

- die Diagnose eines Facharztes für Neurologie, Psychiatrie oder eines Arztes mit Weiterbildung in Klinischer Geriatrie,
- eine Punktzahl unter 13 im Mini-Mental-Status-Test,
- mindestens eine Verhaltensauffälligkeit im schwarz markierten Bereich oder 3 Auffälligkeiten im grau unterlegten Segment des Cohen-Mansfield Agitation Inventory,
- eine qualifizierte Pflegedokumentation sofern die Person bereits im Pflegeheim lebt.

Nach einer Platzanfrage durch Angehörige, Krankenhaus oder Pflegeheim besucht die Wohnbereichsleitung den potentiellen Bewohner, um nähere Informationen sowie biographische Daten von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen zu erhalten und das o.g. Assessment durchzuführen. Das fachärztliche Gutachten wird i.d.R. durch die Klinik oder den betreuenden Neurologen bzw. Psychiater erstellt. Der Antrag und die erforderlichen Unterlagen werden dann an die Pflegekasse geschickt, die die medizinischen Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Begutachtung weiterleitet. Das Ergebnis wird der Pflegekasse mitgeteilt, die daraufhin dem Versicherten eine Kostenübernahme zu- oder versagt. Erst nach der Zusage der Kostenübernahme darf der Um- bzw. Einzug in die Domus-Wohngruppe erfolgen.

Die weiteren Anforderungen, z.B. an das Betreuungskonzept, die personelle und räumliche Ausstattung finden sich im Anhang im Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege.

2.4 KEINE GESCHLOSSENE ABTEILUNG

Die Domus-Wohngruppe ist keine „geschlossene Abteilung“, wenngleich für diese Personengruppe andernorts die Betreuung mit richterlichem Unterbringungsbeschluss vorkommen kann. Keiner der Domus-Bewohner des Ludwigsstifts hat einen richterlichen Unterbringungsbeschluss.

Der Wohnbereich der Domus-Gruppe ist durch eine große Glastür vom Gemeinschaftsbereich des benachbarten konventionellen Wohnbereiches getrennt. Die Tür kann normal geöffnet und geschlossen werden, wurde im Laufe der Jahre aber unterschiedlich gestaltet. Während des Projektzeitraums befand sich schräg vor der Tür ein Blumenkasten, weshalb die Bewohner diese nicht als Ausgang betrachten. Für den Fall, dass Bewohner den Wohnbereich trotzdem durch die Tür verlassen, ertönt in Wohngruppe ein Rufsignal, auf welches das Betreuungspersonal dann adäquat reagieren kann.

Amtsrichterliche Genehmigungen werden bei Notwendigkeit für das Anbringen von Bettgittern bzw. anderen potenziellen freiheitsentziehenden Maßnahmen eingeholt. Im Projektzeitraum wurden für alle Bewohner mit einer Ausnahme Bettgitter amtsrichterlich genehmigt und angewendet. Bei fünf Bewohnern stellte diese Maßnahme jedoch nach amtsrichterlichem Entscheid keine Freiheitsentziehung mehr dar. Ein Bewohner trägt eine Fixierweste, einer eine Fixierhose, in einem Fall findet eine 5-Punkt-Fixierung statt. Die Zimmertür wird bei zwei Bewohnern zum Eigenschutz abgeschlossen. Die einzelnen Maßnahmen haben sich teils überlappt, teils wurden sie im chronologischen Zeitverlauf nacheinander notwendig.

Die Tendenz der amtsrichterlichen Beschlüsse hat sich während der Projektzeit dahingehend entwickelt, dass die Fixierungen eher abgenommen haben und laut Amtsrichter zunehmend keine Freiheitsentziehung stattfindet.

2.5 ENTGELTE

In der Regel wohnen Selbstzahler in der Domus-Wohngruppe, die finanziell durch die Pflegekasse unterstützt werden. Es besteht ein vom konventionellen Pflegebereich abweichender gesonderter Pflegesatz.

	Pflegestufe 1		Pflegestufe 2		Pflegestufe 3	
	Pflegeheim	Domus	Pflegeheim	Domus	Pflegeheim	Domus
Pflegeentgelt	45,71	58,81	57,06	70,23	73,24	87,65
Entgelt für Unterkunft & Verpflegung	20,85	20,85	20,85	20,85	20,85	20,85
Investitionskosten EZ	12,25	12,25	12,25	12,25	12,25	12,25
Ausbildungsumlage	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02	1,02
Summe je Pflgetag	79,83	92,93	91,18	104,35	107,36	121,77
Summe monatlich (31 Tage)	2.474,73	2.880,83	2.826,58	3.234,85	3.328,16	3.774,87
Eigenanteil monatlich	1.451,73	1.857,83	1.547,58	1.955,85	1.896,16	2.342,87

Entgelte in der Domus-Wohngruppe und im konventionellen Pflegeheim des Ludwigstifts

3. ZIELE

Ziel war es, herauszufinden, wie sich das Wohlbefinden der Bewohner nach einer aus der praktischen Erfahrung heraus wünschenswerten personellen Verbesserung bei ansonsten konstanten Bedingungen entwickelt. These war, dass eine Steigerung der Präsenzzeiten für individuelle Betreuung und für speziell mehr Personal während der Essenszeiten für die vorhandene Betreuungs- und Lebensqualität förderlich wäre.

Ein weiteres Ziel, das durch die Personalaufstockung erreicht werden sollte, war die Entlastung der Mitarbeiter in der Domus-Wohngruppe. Das bereits vorhandene Betreuungspersonal sollte, während der Mobile Dienst bei Bewohnern die Grundpflege übernahm, die Alltagsbegleitung der Bewohner außerhalb ihres Zimmers intensivieren. Konkret sollte hier erforscht werden, in welcher Weise sich die spezifische Zusammensetzung der Bewohner, das Wohn- und Versorgungssetting der Domus-Wohngruppe und die höhere Mitarbeiterausstattung im Rahmen des Projekts auf die psychische Belastung und Beanspruchung auswirkt.

Die Angehörigen sollten verstärkt wertschätzend in die Pflege und Betreuung eingebunden werden, um ebenfalls die Betreuungs- und Lebensqualität der Bewohner zu steigern. Unter anderem sollten die Angehörigen hierzu Handlungsanleitungen zum Umgang mit ihren erkrankten Angehörigen erhalten, wo dies gewünscht ist.

Die Angehörigen befürchteten vor Projektbeginn eine gewisse Leer, wenn der Bewohner zunehmend pflegebedürftig wird („aber ich kann doch nicht immer nur bei ihr sitzen“). Deshalb entschlossen wir uns im Projektzeitraum einen Leitfaden zu entwickeln, der den Angehörigen Hilfestellung für die Ideenfindung zu einzelnen Beschäftigungen zu gestalten, damit diese teils empfundene Leere bei den Angehörigen als nicht zu belastend empfunden wird.

Weiterhin stand die These im Raum, dass sich zusätzliche Personalressourcen und Qualifizierung günstig auf die Mitarbeiterfluktuation auswirken und daraus vermutlich resultierende Nachteile in der Betreuung der Bewohner zu verringern wären: Kontinuität auf Mitarbeiterseite schafft einen stärkeren Bezug zwischen Bewohnern und Mitarbeiter und der gegenseitige Umgang wird erleichtert, da die Mitarbeiter die Bewohner schon länger kennen.

4. ABLAUF UND METHODIK

4.1 ABLAUF

Im Rahmen des Projekts wurde durch das zusätzlich über die Mühlshlegel-Stiftung finanzierte Personal der Mitarbeiterereinsatz in der Domus-Wohngruppe verändert. Um eine deutliche Abgrenzung vom pflegesatzfinanzierten Leistungsvolumen zu erreichen, wurde der ambulante Pflegedienst „Mobile Dienste Wohlfahrtswerk Region Stuttgart West/Süd“ täglich für 4 Stunden in der Domus-Wohngruppe eingesetzt. Bei der Personaleinsatzplanung durch den Mobilen Dienst wurde ebenso wie in der Domus-Wohngruppe generell unter den gegebenen Rahmenbedingungen auf Kontinuität geachtet, damit die Mitarbeiter möglichst wenig wechseln. Ausgewählt wurden für den Einsatz in der Domus-Wohngruppe von Seiten des Mobilen Dienstes speziell vier Mitarbeiter (davon 2 Fachkräfte und 2 Hilfskräfte), die nach einer Einführungsphase und der Überprüfung der Eignung eigenständig im Mitarbeiter-Team der Domus-Wohngruppe eingesetzt werden konnten. Wichtig war hierbei, dass kein fixer Tourenplan abgearbeitet wurde, sondern die Mitarbeiter des Mobilen Dienstes jederzeit auf die aktuellen Tagesbedürfnisse der Bewohner eingehen konnten.

Die Projektfinanzierung der Mühlshlegelstiftung ermöglichte dem Ludwigstift für die Domus-Wohngruppe eine Personalaufstockung von 0,5 Vollkraftstellen über 2 Jahre - zusätzlich zu der aus dem Pflegesatz finanzierbaren Pflegemenge. Vom ambulanten Pflegedienst des Trägers wurden vorrangig grundpflegerische Leistungen über ca. 20 Stunden/Woche bei den Bewohnern der Domus-Wohngruppe erbracht.

Der Mobile Dienst erbrachte in der Domus-Wohngruppe täglich in der Zeit von 08.30 – 12.30 Uhr folgende Leistungen:

- Große Toilette
- Einfache Hilfe bei Ausscheidungen
- Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Mobilisation
- Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes.

Die Leistungen waren nicht auf spezielle Bewohner beschränkt, sondern bezogen sich auf alle Bewohner. Allerdings wurden täglich im oben angegebenen Zeitraum ca. 4-5 Bewohner grundpflegerisch versorgt, wobei auch zusätzlich 1-3 Bewohner bei der Nahrungsaufnahme durch den Mobilen Dienst unterstützt wurden. Die Mitarbeiter des Mobilen Dienstes wurden in den besonderen Aufgabenbereich der Domus-Wohngruppe eingearbeitet.

4.2 METHODIK

In einer Längsschnittstudie wurden von 01. August 2005 bis 31. Juli 2007 Hilfebedarfe und Wohlbefinden der Bewohner durch zwei anerkannte quantitative und qualitative Messmethoden erhoben. Zum Einsatz kamen das pflegebezogene Verhaltensassessment und das Dementia Care Mapping. Darüber hinaus wurden jeweils eine Mitarbeiter- und eine Angehörigenbefragung durchgeführt.

4.2.1 PFLEGEBEZOGENES VERHALTENSASSESSMENT

Grundlage der Planung von Maßnahmen ist der individuelle Hilfebedarf der Bewohner, der unterschiedliche Bereiche betrifft. Um die Situation und Veränderung über den Projektzeitraum festzustellen, wurde das multidimensionale Pflege- und Verhaltensassessment „Mannheimer Arbeitsheft zur Beurteilung von Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen durch Pflegekräfte“ der Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim - kurz das pflegebezogene Verhaltensassessment (= pVA) - mit Stand 2004 (nach Weyerer et.al 2004) angewendet. Dieses bildet folgende Bereiche ab:

- Soziodemographische Charakteristika,
- Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (Barthel-Index, IADL-Items) und weitere funktionelle Beeinträchtigungen (sensorische Beeinträchtigungen, Dekubitus, Stürze),
- Demenzsymptome anhand der PVA-Kurzskala "Demenz"; diese ist ein von der Arbeitsgruppe Psychogeriatric entwickeltes Screening-Verfahren zur Identifikation fortgeschrittener demenzieller Prozesse in der stationären Pflege, das von Pflegekräften bearbeitet werden kann,
- Nicht-kognitive Symptome, wie z.B. Wahn, Halluzinationen, Depression/Dysphorie, Schlafstörungen,

- Agitiertheit und Verhaltensauffälligkeiten im engeren Sinne anhand der im Rahmen des Hamburger Modells modifizierten Fassung des Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory (CMAI-mod.; Cohen-Mansfield 1996),
- Soziale Kontakte und Aktivitäten (innerhalb und außerhalb der Einrichtung),
- Einbindung von Angehörigen und Ehrenamtlichen,
- Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen anhand einer modifizierten Fassung der Modified Apparent Emotion Scale (Albert et al. 2001),
- Sicherheitsmaßnahmen/freiheitseinschränkende Maßnahmen,
- Medizinische Versorgung: Medikation (Beers et al. 1991, Beers 1997, Rote Liste 2002), Arztkontakte, Krankenhausaufenthalte.

4.2.2 DEMENTIA CARE MAPPING

Eine externe Gutachterin erhob in teilnehmender Beobachtung strukturiert nach „Dementia Care-Mapping“ (DCM) zu acht Zeitpunkten das Wohlbefinden der Bewohner. Die Beobachtung nach der Vorgehensweise des DCM erfasst das Wohlbefinden und Verhalten der Bewohner auf der Grundlage der 24 Handlungskategorien, die Handlungen der Mitarbeiter in dieser Zeit im Hinblick auf Vorliegen von personalen Detraktionen (Handlungen, die Menschen mit Demenz erniedrigen), sowie positive Ereignisse, die als Episoden guter Betreuungs- und Pflegepraxis gekennzeichnet sind. Die einzelnen Beobachtungen wurden im Anschluss mit der zuständigen Pflegefachkraft und dem anwesenden Team besprochen. Diese Rückmeldungen fließen in den Handlungsplan ein, der von den Mitarbeitern in der Domus-Wohngruppe erarbeitet wird und zentrales Organ der geplanten Maßnahmen mit dem einzelnen Bewohner ist.

Konkret dargestellt werden im DCM folgende Elemente erfasst:

- 1) Die Beobachtung des Verhaltens der einzelnen Personen mit Demenz im öffentlichen Bereich einer Einrichtung anhand von 24 Verhaltenskategorien (Behaviour Category Coding/BCC). Die Kodierung erfolgt in 5-Minuten-Takten.
- 2) Die parallel zum Kodieren der Verhaltenskategorien erfolgende Einschätzung des relativen Wohlbefindens (well or ill-being/WIB) der einzelnen Personen mit Demenz. Hier stehen sechs Stufen von +5 bis -5 zur Verfügung. Kodiert wird gemeinsam mit den Verhaltenskategorien in 5-Minuten-Takten.
- 3) Positive Ereignisse werden als qualitative Beobachtung unkodiert aufgezeichnet, wenn sie auftreten (Positive Event Recording/PER). Positive Ereignisse (PEs) halten einen

wertschätzenden Kontakt im Sinne des personenzentrierten Ansatzes fest und belegen damit die positiven Potentiale der betreuenden Personen.

- 4) Personale Detraktionen werden als kodierte Beobachtung festgehalten (Personal Detraction Coding/PDC). Personale Detraktionen (PDs) sind Handlungen, bei denen Personen mit Demenz Erniedrigungen erfahren und die Anerkennung als Person gemindert wird. Zur Kodierung der personalen Detraktionen stehen 17 Kategorien in je vier Schweregraden zur Verfügung.

Die Daten werden analysiert, in einem schriftlichen Bericht aufgearbeitet und in einer Feedbacksitzung mit den Mitarbeitern besprochen und diskutiert. Aus dem Gespräch wird ein Handlungsplan zur Weiterentwicklung personenzentrierter Pflege erstellt.

4.2.3 ANGEHÖRIGENBEFRAGUNG

Die Angehörigen der Bewohner der Domus-Wohngruppe wurden in die Evaluation der Betreuungs- und Pflegequalität mit einbezogen. Dazu wurde ein Instrument ausgewählt, das für die Angehörigenbefragung in einem gerontopsychiatrischen Pflegebereich entwickelt und im Hinblick auf das Projekt modifiziert wurde. Dabei handelte es sich um ein semistandardisiertes leitfadengestütztes Interview. Der eingesetzte Fragebogen wurde bereits vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim innerhalb der Studie „Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung“ in Hamburg eingesetzt. Für alle Bewohner wurden jeweils die ihnen am nächsten stehenden Angehörigen kontaktiert. Die Befragung wurde durch geschulte unabhängige Interviewerinnen bei insgesamt 10 Angehörigen nach ca. einem Jahr Projektlaufzeit durchgeführt.

4.2.4 MITARBEITERBEFRAGUNG

Die Betreuung und Pflege hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe ist mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen der Mitarbeiter verbunden⁶. Eine Fragestellung des Projekts lautete, in welcher Weise sich die Pflege von schwerst dementen Menschen über die zwei Jahre auf die psychische Belastung und Beanspruchung der Mitarbeiter auswirkt. Dazu wurden sowohl die Mitarbeiter der Domus-Wohngruppe als auch des Mobilen Dienstes (festangestellte Fachkräfte, die über den Projektzeitraum in der Domus-Wohngruppe arbeiteten) anhand des Instruments „Gefährdungsermittlung und -beurteilung. Mitarbeiterbefragung für die stationäre

⁶ Zimmer, A./Weyerer, S. 1998 in BGW vgl. Literaturangabe vgl. Fußnote unten.

Altenhilfe“⁷ (vgl. Anhang) vom 02.11. bis 09.11.2007 befragt. Wie auch bei der Angehörigenbefragung war die Teilnahme freiwillig und anonym.

Der zweigliedrige Fragebogen erfasst durch auf die tägliche Tätigkeit abzielende Fragen das Ausmaß der subjektiv empfundenen Belastung und Beanspruchung anhand ausgewählter Risikofaktoren. Der *Belastungsfragebogen* orientiert sich primär an Arbeitsmerkmalen, der *Beanspruchungsfragebogen* besteht aus individuellen Einschätzungen zum eigenen körperlichen und psychischen Befinden.



Milieugestaltung in der Domus-Wohngruppe

⁷ BGW Gefährdungsermittlung und -beurteilung. Psychische Belastung und Beanspruchung. Manual zur Mitarbeiterbefragung für die stationäre Altenpflege. Berufsgenossenschaft die Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, o.O, o.J.

5. ERGEBNISSE

Im Folgenden wird eine Auswahl der Ergebnisse über die 8 Messzeitpunkte (07.10.2005 = t₁, 20.12.2005 = t₂, 22.03.2006 = t₃, 08.05.2006 = t₄, 13.06.2006 = t₅, 25.09.2006 = t₆, 14.12.2006 = t₇, 04.04.2007 = t₈) des pflegebezogenen Verhaltensassessment und der 8 Messzeitpunkte des Dementia Care Mappings dargestellt, die sich auf 13 Personen beziehen. Darüber werden die Ergebnisse der Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung überblicksartig erläutert.

5.1 SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN – BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Im Projektzeitraum zog eine Bewohnerin aus der Domus-Wohngruppe aus; das Zimmer wurde dann durch einen Neueinzug von extern wieder belegt. Während der zweijährigen Erhebungsphase gab es lediglich einen Bewohnerwechsel wegen Tod. Sofern sich im Folgenden die Ergebnisse auf 12 Bewohner beziehen, sind ausschließlich die Bewohner zu t₈ gemeint, sofern sich die Ergebnisse auf 13 Bewohner beziehen, sind alle Bewohner über die 2 Jahre Projektzeitraum gemeint.

Die Bewohner der Domus-Wohngruppe waren über den gesamten Projektzeitraum vorwiegend Frauen, zu t₈ waren 10 Bewohner weiblich, 2 männlich. Zwei Bewohner befanden sich zu t₈ bei in der Gruppe der 70 – 79-Jährigen, 8 in der Gruppe der 80 - 89-Jährigen und 2 Bewohner in der Gruppe der 90 - 99 Jährigen.

Vor dem Einzug in die Domus-Wohngruppe haben 11 Bewohner „am Ort der Einrichtung“ gelebt.

Die Bewohner waren in 9 Fällen verwitwet, zwei waren verheiratet, einer ledig. Angehörige waren bei jedem Bewohner vorhanden.

Die Bewohnerstruktur nach Pflegestufen stellte sich im Projektzeitraum wie folgt dar: Zu t₁ befanden sich 2 Bewohner in Pflegestufe 1, 6 Bewohner in Pflegestufe 2 und 4 Bewohner in Pflegestufe 3. Über den Erhebungszeitraum hinweg kann festgestellt werden, dass ab t₄ kein Bewohner mehr der Pflegestufe 1 zugeteilt war. Nun lag vermehrt die Pflegestufe 2 (7 Bewohner) und die Pflegestufe 3 (5 Bewohner) vor. Zu t₇ war das Verhältnis ausgeglichen (6x Pflegestufe 2 und 6x Pflegestufe 3), zu t₈ befanden sich 7 Bewohner in Pflegestufe 3 und 5 Bewohner in Pflegestufe 2.

Angehörige und Ehrenamtliche wurden in die Pflege und Betreuung der Bewohner eingebunden. Vor t₈, jedoch ohne größere Unterschiede zu den übrigen Erfassungen, wurden 8 Angehörige „mehrmals pro Woche oder täglich“ in die Betreuung eingebunden, von 3 Bewohnern wurden keine Angehörigen in die Betreuung eingebunden. In einem Fall wurden die Mitarbeiter der Domus-Wohngruppe einmal pro Woche von Angehörigen in der Betreuung/Pflege unterstützt. Bei 6 von 12 Bewohnern führten die Angehörigen auch pflegerische Tätigkeiten aus, bei 9 Bewohnern übernahmen sie Anteile der Betreuung (z.B. spazieren gehen). Hauswirtschaftliche Tätigkeiten wurden von den Angehörigen nicht übernommen. Ehrenamtliche wurden bei allen Bewohnern in die Pflege und Betreuung eingebunden und übernahmen sowohl im pflegerischen, betreuenden als auch im hauswirtschaftlichen Bereich Aufgaben.

Eine gesetzliche Betreuung war bei jedem Bewohner angeordnet.

5.2 ERGEBNISSE DES PFLEGEBEZOGENEN VERHALTENSASSESSMENTS

Während alle Bewohner eine nach der im pVA enthaltenen Dementia Screening Scale mittelschwere bis schwere Demenz aufwiesen, waren die weiteren Krankheitsdiagnosen zahlreich und unterschiedlich. Sie variierten in der Anzahl von einer zusätzlichen Diagnose bis 7 Diagnosen pro Bewohner, so dass insgesamt von einer vorliegenden Multimorbidität der Bewohnerschaft gesprochen werden konnte.

Eine ärztliche Behandlung fand bei allen Bewohnern regelmäßig-, spätestens alle vier Wochen - statt. Psychiater bzw. Gerontopsychiater wurden prinzipiell zu den Behandlungen hinzugezogen. Sedativa nahm ausschließlich ein Bewohner ein, Neuroleptika erhielten 5 Personen täglich und 7 Personen nie.



Auf dem Sofa unter dem Fenster der Wohnküche

5.2.1. KÖRPERLICHER HILFEBEDARF

Die durchschnittlichen Ergebnisse der Messung der Alltagskompetenz in den letzten 4 Wochen über pVA wiesen eine deutliche Zunahme des körperlich bedingten Hilfebedarfs im Zeitverlauf auf: Zwischen t_1 und t_4 lagen die Punkte zwischen 18,33 und 19,0. Zwischen t_5 und t_8 befanden sie sich zwischen 10,0 und 12,92 Punkten. Zu t_8 lagen die Werte bei 11,67 Punkten. Der Durchschnitt über die acht Messzeitpunkte lag bei 15,08 Punkten. Aus der Grafik im Anhang zur „Entwicklung der körperlichen Selbstständigkeit“ wird zudem deutlich, dass es bei sechs Bewohnern zu t_5 (Juni 2006) ein rapides Absinken der Werte ergab, was jedoch bis zu t_6 , in einem Fall bis zu t_7 wieder kompensiert wurde.

Im Einzelnen benötigten die Bewohner vollständige Unterstützung im Bereich Toilette, Baden/Duschen sowie Ankleiden. Beim Bett/(Roll-)Stuhltransfer waren 7 Personen völlig hilfebedürftig, 3 benötigten geringe Hilfe, und jeweils eine Person bedurfte erheblicher Hilfen beim Transfer und Lagewechsel bzw. war völlig selbstständig. Bis zu 50m konnten 8 der 12 Personen nicht selbstständig gehen, 2 Personen nur mit Hilfsperson und 2 Personen mit Hilfsmitteln. Treppensteigen über ein Stockwerk war einem Bewohner möglich.

In den zwei Jahren der Erhebungsphase ist ein Bewohner mit leichten Folgen gestürzt. Alle Bewohner waren stuhl- und harninkontinent.

Das Sehvermögen war ausschließlich bei 2 Personen gut, 7 sahen schlecht, benutzen jedoch keine Brille, 3 sahen schlecht und benutzen eine Brille. Das Hörvermögen war bei 2 Personen gut, bei 10 Personen schlecht, ein Hörgerät wurde jedoch nicht benutzt. Ein Sprachverständnis war bei 9 Personen nicht zu bemerken, bei 3 Personen wurden nach Wiederholung einfache Aufforderungen verstanden.

Im Bereich der Orientierung fand ein Erkennen von Personen bei 8 Bewohnern nie statt, bei 4 Personen gelegentlich. Namentlich wurden Bekannte/Angehörige/Personal von 11 Personen nie erkannt, ein Bewohner erkennt Namen gelegentlich. Auf den eigenen Namen reagierten 10 Personen nie, 2 gelegentlich. Ereignisse wurden von keinem erinnert, verwechseln von Personen fand ständig statt. 11 Personen hatten im Zimmer immer Orientierungsschwierigkeiten; einer gelegentlich. Im Haus hatten alle Bewohner Orientierungsschwierigkeiten.

Eine Art „Sun-Downing“, also verstärkte Unruhe gegen Abend, wurde in der Domus-Wohngruppe nicht bemerkt.

In den letzten vier Wochen waren 2 Bewohner nie, 4 gelegentlich, 6 häufig zurückgezogen oder apathisch. Im Vergleich zu t₂ waren ebenfalls 6 Bewohner häufig zurückgezogen oder apathisch, jedoch 6 Bewohner gelegentlich apathisch. Gut gelaunt erschienen zu t₈ 4 Personen häufig, 3 gelegentlich und 5 Personen nie. Zu t₂ schienen 3 Personen häufig, 6 Personen gelegentlich und 3 Personen nie gut gelaunt zu sein. Die Tendenz traurig oder depressiv zu sein, schien sich ebenfalls von t₂ zu t₈ zu einem höheren Grad verschoben zu haben. Zu t₂ waren 7 Personen gelegentlich und 4 häufig traurig oder depressiv, eine nie.

Die Verhaltensauffälligkeiten nach dem Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory, die zu jedem Item über die jeweils letzten zwei Wochen angegeben wurden, liegen ausschließlich in 4 der 25 Items im auffälligen Bereich: 6 Bewohner fassten andere mit schmutzigen Händen an, drei Bewohner drangen „mehrmals in der Stunde“ bis zu „1-2mal pro Woche in fremde Räume/fremde Betten“ ein. Eine intensive Beweglichkeit lag bei ebenfalls drei Personen von „mehrmals in der Stunde“ bis zu „mehrmals wöchentlich“ vor. Bei den weiteren Items fiel i.d.R. eine Person in den auffälligen Bereich.

5.2.2 FREMDEINSCHÄTZUNG SOZIALKONTAKTE ÜBER DAS PFLEGEBEZOGENE VERHALTENSASSESSMENT

Kommunikation

Die Entwicklung der sozialen Kontakte wurde ab dem Zeitpunkt t₂ ebenfalls über den pVA erfasst (vgl. Anhang „Soziale Kontakte zu anderen Heimbewohnern“). Über die sieben Erhebungszeitpunkte hin verlief die Anzahl der sozialen Kontakte (jeweils im Rückblick über die letzten vier Wochen) wie folgt: zu t₂ schien den Fachkräften in der Domus-Wohngruppe, dass sich 3 Bewohner gerne und häufig unterhielten und interessiert waren (vgl. Diagramm „ist interessiert“), 4 Bewohner schienen zurückgezogen und bezüglich eines Kontakts beschränkt auf das Notwendigste (vgl. Diagramm „ist zurückgezogen“), 5 Bewohner zeigten gegenüber den Mitarbeitern keine Anzeichen von Kommunikation (vgl. Diagramm „keine Kommunikation“). Ab dem Zeitpunkt t₅ bis zu t₈ ist sind 7 bzw. 8 Bewohner vermerkt, die in die Kategorie „Keine Kommunikation“ fielen.

Die darüber hinaus erfassten „Sozialen Kontakte zum Personal“ (vgl. Anhang) veränderten sich ebenfalls in der Anzahl der in die gleichen Kategorien eingeordneten Verhaltensweisen („interessiert“, „zurückgezogen“, „keine Kommunikation“). Allerdings scheinen die drei Kategorien hier eher gleich verteilt. Zu t₂ lagen die Nennungen für jede der drei Kategorie bei 4 Bewohnern, wie z.B. auch zum Zeitpunkt t₆. Zu den anderen

Erhebungszeitpunkten schwankten die Nennungen zwischen 2 und 6 Bewohnern. Zu t_8 lag die Kontakthäufigkeit von „ist interessiert“ bei 6 Personen, von „ist zurückgezogen“ bei 3 Personen und von „keine Kommunikation“ bei 3 Personen.

Es zeigt sich somit, dass den Bewohnern eine Kommunikation mit dem Personal besser möglich ist als eine Kommunikation innerhalb der Bewohnerschaft.



Blick in den Flur und eine Sitzecke der Domus-Wohngruppe

5.3 ERGEBNISSE DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG MIT DEMENTIA CARE MAPPING

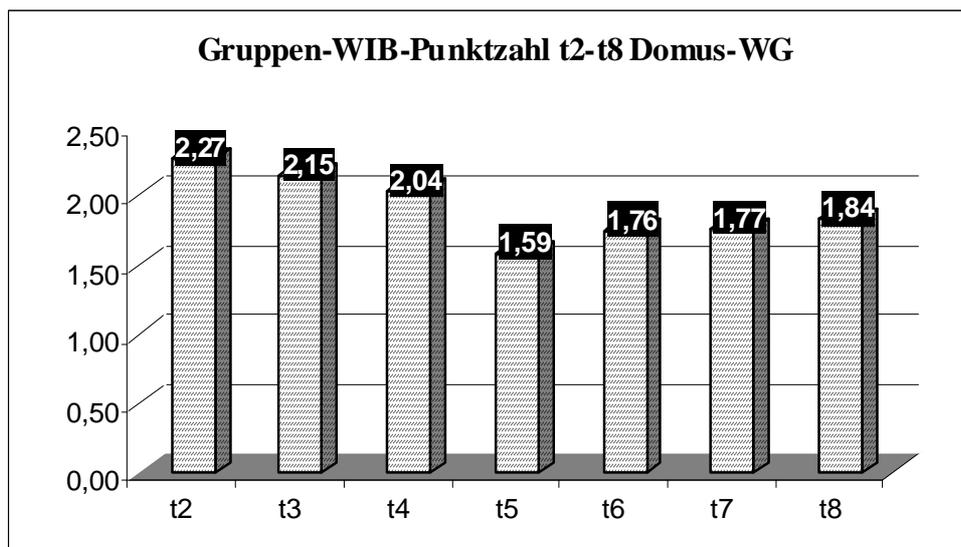
Das von Kitwood entwickelte Verfahren des Dementia Care Mapping (= DCM) setzt in der Qualitätsmessung und -entwicklung beim Aspekt der Ergebnisqualität an. Ein ausgebildeter „Mapper“ beobachtet über einen längeren Zeitraum und auf systematische Weise das Erleben und Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in einem Gemeinschaftsbereich, bildet es in Form einer schriftlichen Dokumentation ab und spiegelt es an die Pflegenden zurück. Durch diesen Feedbackprozess erhalten die Mitarbeiter die Möglichkeit, ihre Beziehungsqualität zu reflektieren, entsprechende Interventionsstrategien zu entwickeln und in ihrer Wirkung besser einschätzen zu können (z.B. bei herausforderndem Verhalten von Bewohnern).

Im Rahmen des DCM-Verfahrens wird in einem öffentlichen Gemeinschaftsraum bei einer kleinen Gruppe von Menschen mit Demenz über ca. sechs Stunden hinweg alle 5 Minuten das Verhalten ausgewählter Bewohner auf der Grundlage von 24 Handlungskategorien wie z.B. "Essen" oder "sich mit Medien beschäftigen" - sogenannten Behaviour Category Cods (= BCCs) - kodiert. Gleichzeitig wird der Status des Wohlbefindens bei diesen Handlungen mittels einer sechsstufigen Skalierung - von „+5“ = außerordentliches Wohlbefinden bis „-5“ extreme Zustände von z.B. Apathie, Wut, sogenannte Well- or Illness-being-Werte (= WIB-Werte), aufgezeichnet. Ergänzt wird dieser Kodierungsrahmen von der Erfassung sogenannter "personaler Detraktionen" einerseits und einer Auflistung "positiver Ereignisse".

In der Domus-Wohngruppe wurde das DCM-Verfahren am 07.10.2005, 20.12.2005, 22.03.2006, 08.05.2006, 25.09.2006, 14.12.2006, 13.03.2007, 13.06.2007 durchgeführt.

5.3.1. WOHLBEFINDENSWERTE DER BEWOHNER

Gemäß der Bradford-University sind Wohlbefindenswerte im Bereich 1,5 – 2,0 als „gut“, im Bereich 2,1 – 2,6 mit „sehr gut“ und ab 2,7 als „exzellent“ zu werten. Die unten dargestellten Werte der Bewohner der Domus-Wohngruppe liegen zu Beginn des Beobachtungszeitraums im Bereich „sehr gut“ ($t_2 = 2,27$ Punkte), sanken bis zum Zeitpunkt t_5 (= 1,59 Punkte) kontinuierlich ab und stiegen dann wieder bis zu t_8 wieder auf 1,84 Punkte an:

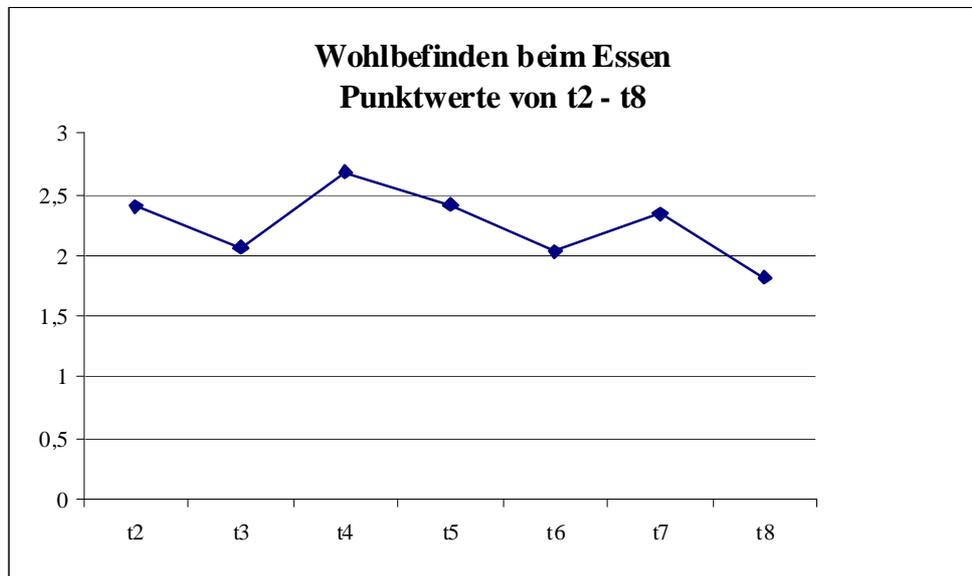


Das deutliche Absinken des Wohlbefindens zum Zeitpunkt t_4 korrelierte mit einem deutlichen Absinken der funktionalen Kompetenz (vgl. Kapitel 5.2.1), was auf eine sprunghafte Verschlechterung der kognitiven Kompetenzen im Verlauf der demenziellen Erkrankung schließen lässt.

Aus den DCM-Beobachtungen und den nicht standardisierten Befragungen seitens der Expertin bzgl. wahrgenommener Veränderungen bei den Mitarbeitern im Umgang mit den Bewohnern geht hervor, dass die individuelle Zuwendung für die Bewohner zunimmt. Dies betrifft sowohl pflegerische als auch aktivierende Maßnahmen.

Die Qualität der Mahlzeitenkultur

Die Ergebnisse des DCM geben auch Auskunft über das Wohlbefinden während der Mahlzeiten:



Das Wohlbefinden der Bewohner während des Essens und Trinkens liegt im Projektzeitraum zwischen 1,82 und 2,68, was einer Bewertung zwischen „gut“ (1,8 – 2,3) und „sehr gut“ (2,4 – 2,9) entspricht. Bezieht man in die statistischen Daten des DCM gleichzeitig den Hilfebedarf beim Essen gemäß dem Barthel-Index in die Bewertung mit ein, lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Bewohner, die unselbständig beim Essen sind, im Projektzeitraum zunimmt (von 6 auf 10 von insgesamt 12 Bewohnern). Das Wohlbefinden verblieb aber dennoch auf einem konstant hohen Niveau. Dies lässt auf eine positive Mahlzeitenkultur schließen, die sich nicht zuletzt auch in einem quantifizierbaren größeren Zeitaufwand in der individuellen Zuwendung und Unterstützung bei den Mahlzeiten widerspiegelt.

Einzelne Aspekte der positiven Mahlzeitenkultur

Orientierung an der Lebenswelt

Die Domus-Wohngruppe erhält ihre Mahlzeiten aus der Verteilerküche im Ludwigstift. Das Mittagessen wird im Wärmewagen angeliefert. Durch das Austeilen im Schöpfsystem kann von den Mitarbeitern dem individuellen Wunsch der Bewohner nach einer bestimmten Menge oder nach einer bestimmten Komponente unmittelbar entsprochen werden. Die einzelnen Gänge der Mahlzeit werden nacheinander serviert, um keine Überforderung entstehen zu lassen.

Die Mahlzeiten werden zu gemeinsamen Zeiten eingenommen, wobei jedoch insbesondere beim Frühstück ein großer Zeitkorridor besteht, der dem Einzelnen individuellen Spielraum lässt, wann er das Frühstück einnehmen möchte. Im Projektverlauf wurde das Mittagessen ein- bis zweimal in der Woche zusammen mit den Bewohnern in der Wohngruppe gekocht, regelmäßig wurden einzelne Komponenten zu den Hauptmahlzeiten zubereitet und Kuchen gebacken, so dass stets ein anregender Duft von frisch Gekochtem oder Gebackenem durch den Wohnbereich zog. Das Kochen und Backen wurde bewusst als Mittel der sinnlichen Stimulation, der Förderung des Gemeinschaftserlebnisses und Motivation zum Essen eingesetzt. Mit Tischtüchern wurde zeitweise versucht eine besondere Tischkultur zu schaffen, was letztlich nicht beibehalten wurde, da es sich als nicht praktikabel erwies.

Personenzentrierte Begleitung während der Mahlzeiten

Die Anordnung der Tische wurde im Projektzeitraum mehrmals variiert. Zu Projektbeginn gab es eine große Tafel. Mit zunehmendem Hilfebedarf, steigender Immobilität, Zunahme der Rollstuhlfahrer und der Entwicklung von herausforderndem Verhalten einzelner Bewohner wurden bis zu drei Tischgruppen gebildet. Es wurde darauf geachtet, dass die Bewohner ihre gewohnten Plätze einnehmen konnten. So war es möglich, dass sich die Mitarbeiter z.T. mit mobilen Hockern zur Unterstützung beim Essen neben die Bewohner setzen und in sitzender Haltung auf Augenhöhe das Essen reichen konnten. Gespräche mit den Bewohnern am Tisch, auch kürzere Sequenzen, waren aufgrund der fortgeschrittenen Demenz im Projektverlauf kaum noch möglich. Es wurde aber auf persönliche Ansprache, aufmerksames Nachfragen oder freundliche Ermunterung zum Essen oder Trinken geachtet. Auf persönliche Vorlieben wurde eingegangen, z.B. Schokostreusel in den Kaffee, die extra Portion Zucker in den Tee oder eine beliebte Beilage.

Im Projektverlauf wurde deutlich, dass auf die Veränderungen der individuellen Bedarfe der Bewohner ein Augenmerk gelegt wurde: Für eine Bewohnerin mit motorischer Unruhe wurde es zunehmend schwierig, in der Wohnküche in Gemeinschaft zu essen, da sie sich sehr leicht ablenken ließ. Damit sie in Ruhe essen konnte, nahm sie dann die Mahlzeiten in Begleitung einer Mitarbeiterin auf ihrem Zimmer ein. Da sie jedoch auch gerne in Gesellschaft war, wog das Team gemeinsam ab, welche Mahlzeiten sie eher „allein“ und welche sie in Gesellschaft einnehmen konnte. Das Projekt ermöglichte es, mit der zusätzlichen Personalausstattung den wachsenden Bedarfen bei der individuellen Unterstützung während der Mahlzeiten gerecht zu werden.

Selbständigkeit bei den Mahlzeiten

Es wurde sorgfältig darauf geachtet, dass jeder Bewohner möglichst selbständig isst. Dies drückte sich beispielsweise darin aus, dass bei einer Bewohnerin, die sehr langsam und immer nur von einer Stelle am Teller aß, dieser von den Mitarbeiterinnen während des Essens nach und nach gedreht wurde, bis der Teller selbständig leer gegessen worden war. Es wurde laufend und geduldig zum Essen und Trinken motiviert und angeleitet, Zwischenmahlzeiten angeboten oder gleichermaßen an alle Bewohner kleinere Leckereien gereicht. Unterschiedliche Stufen der Ermöglichung selbständigen Essens wurden umgesetzt: Mahlzeiten kleingeschnitten angeboten, Essenstücke schon auf Gabel aufgespießt, die Hand mit Gabel bzw. Löffel zum Mund geführt etc.

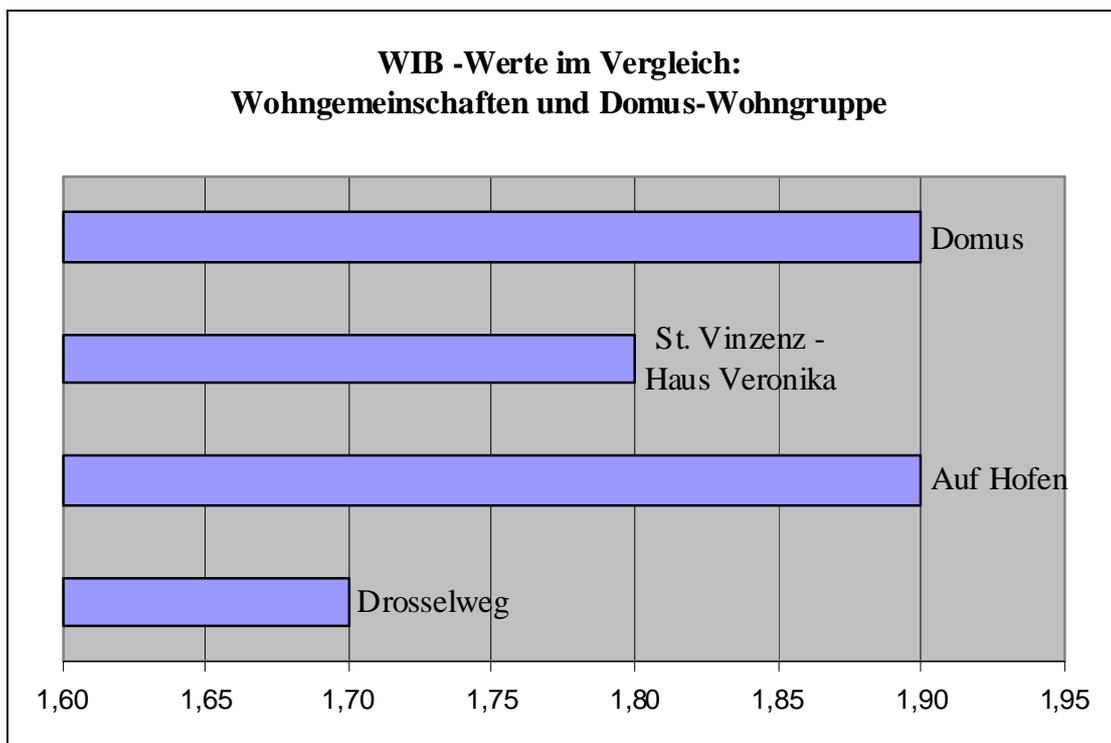
Förderliches Milieu während der Mahlzeiten

Die räumliche und soziale Umgebung wirkt sich maßgeblich auf das Wohlbefinden beim Essen und Trinken aus. Die räumliche Enge in der Wohnküche brachte es mit sich, dass die Geräuschbelastung bei den Mahlzeiten zeitweise sehr hoch war. Es wurde darauf geachtet, dass der Geräuscheinfluss möglichst niedrig war und eine ruhige Atmosphäre entstand. Im Hinblick darauf wurde versucht, dem wechselnden herausforderndem Verhalten der Bewohner im Projektverlauf möglichst Rechnung zu tragen: zu Projektbeginn ging es eher darum, das Mobilitätsbedürfnis von unruhigen Bewohnern zu lenken (z.B. durch das Arrangement der Tische), später vor allem auf das Lärm machende Verhalten von Bewohnern Einfluss zu nehmen.

Die Bewohner wurden von den Mitarbeitern zunehmend als „interessiert“ wahrgenommen, was in summa ein Resultat guter sozialer Kontakte bzw. personenzentrierter Pflege bedeutet.

Bewertung der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Einrichtungen

Vergleicht man die WIB-Werte mit den Daten aus der „Evaluationsstudie Wohngemeinschaften für ältere Menschen mit Pflegebedarf in Baden – Württemberg“ fällt auf, dass - gemessen am Interpretationsniveau für die stationäre Pflege (vgl. Kitwood 1997⁸)- alle in der baden-württembergischen Studie betrachteten Wohngemeinschaften sowie die Domus-Wohngruppe Durchschnittswerte aufweisen, die in den Bereich „gut“ (1,5 bis 2,0) einzuordnen sind. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings der Unterschied, dass die Durchschnittswerte aus den WGs aus jeweils einem bis maximal zwei Mappings resultieren, wohingegen die Werte der Domus-Wohngruppe für 7 Erhebungszeitpunkte (vgl. oben) stehen. (Näheres zum Hintergrund der Datenerfassung in den Wohngemeinschaften mit DCM in der Evaluationsstudie des Wohlfahrtswerks (2007).



Ausreißer im negativen Bereich der WIB-Werte gab es wie in den Wohngemeinschaften wenige. Im positiven Bereich der WIB-Werte wurden mehr Ergebnisse festgehalten. Personale Detraktionen wurden äußerst wenige vermerkt, dafür gab es mehrere positive Ereignisse.

⁸ Kitwood, T.: Demenz Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Hans-Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1997.

Verglichen mit Ergebnissen im MIDEMAS-Projekt⁹ lag die durchschnittliche Befindlichkeit bzw. konkret der Mittelwert bei 0,9 (vor den Interventionen) bzw. 1,1 Punkten (nach den Interventionen), was mit einem befriedigenden Ergebnis einhergeht. In sechs stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg mit Demenzwohngruppen à 12-14 Bewohner fanden baulich- räumliche Veränderungen, pflegeorganisatorische Veränderungen und Inhouse-Schulungen des Personals statt, so dass das Konzept der milieutherapeutischen Wohngruppen umgesetzt werden konnte.

Vergleichswerte aus konventionellen Pflegeheimen finden sich bei der 3-jährigen Studie „Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen durch Dementia Care Mapping“¹⁰ des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso) in Saarbrücken, die - über 12 Einrichtungen verteilt - im Durchschnitt WIB-Werte zwischen 0,97 und 1,36 aufweisen.

5.3.2. VERHALTENSKATEGORIEN DER BEWOHNER (BCC)

Bei der Einschätzung der Pflegekultur werden gemäß der Bradford Dementia Group¹¹ 24 Verhaltenskategorien unterschieden. Bei der Einschätzung der Pflegekultur wird unter den 24 Verhaltenskategorien nochmals differenziert. „Typ1-Kategorien“ beziehen sich auf diejenigen, bei denen ein deutliches Potential für die Unterstützung des Personseins nach Kitwood durch positive Interaktion vorhanden ist. Zu dieser Kategorie gehören die Verhaltenskategorien „mit anderen interagieren“ (= A), „Selbstaussdruck oder Kreativität“ (= E), „essen und trinken“ (= F), „an einer sportlichen Übung teilnehmen“ (=J), „selbstständiges Gehen“, „stehen oder bewegen im Rollstuhl“ (= K), „sich mit Arbeit oder arbeitsähnlicher Tätigkeit beschäftigen“ (= L), „sich mit Medien beschäftigen“ (= M), „sich unabhängig selber pflegen“ (= O), „praktische, physische oder personale Pflege erfahren“ (= P), „an einer religiösen Aktivität teilnehmen“ (= R), „Tätigkeiten bezogen auf sexuellen Ausdruck“ (= S), „Beschäftigung mit sinnlicher Wahrnehmung“ (= T) und „Ausscheiden“ (= X). Kategorie A bezieht sich ausschließlich auf verbale und nonverbale Kommunikation, alle anderen Kategorien in Typ 1 weisen eine offensichtliche Tätigkeitskomponente auf (z.B. ein Spiel spielen oder mit Selbstpflege beschäftigt sein).

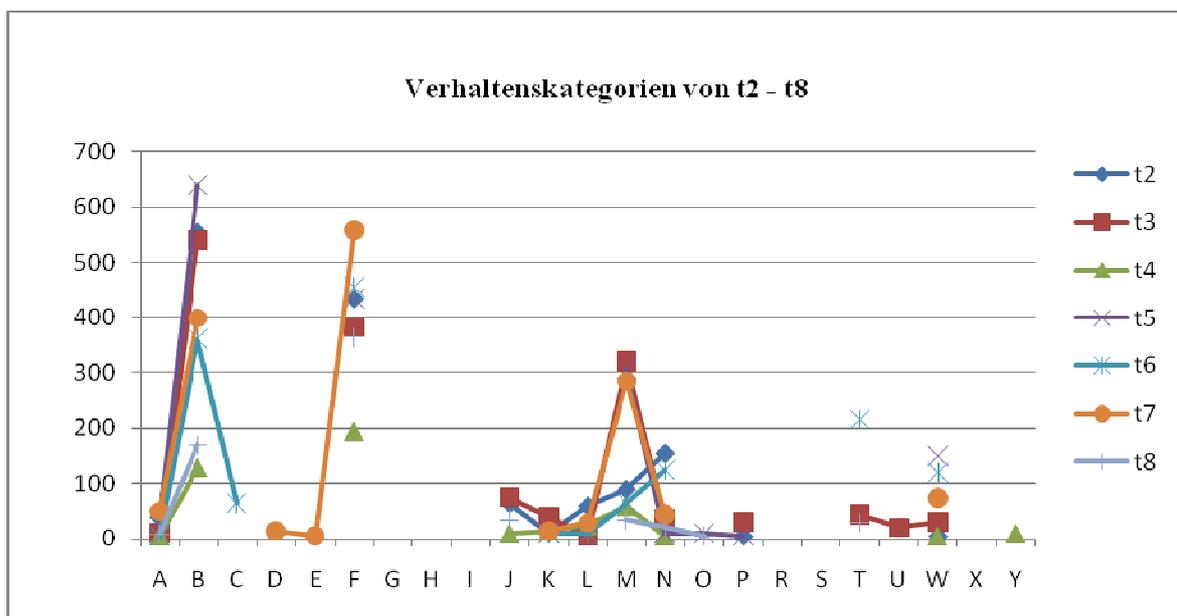
⁹ vgl. Fußnote 1.

¹⁰ Hennig, A. et al.: Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen durch Dementia Care Mapping-Erfahrungen aus einem dreijährigen Modellprojekt im Landkreis Marburg-Biedenkopf, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V., Saarbrücken, 2006.

¹¹ Kitwood, T.(Übersetzung von Hergl, C.): Demenzpflege evaluieren- Die DCM Methode, Universität Bradford, 7.Auflage, 1997.

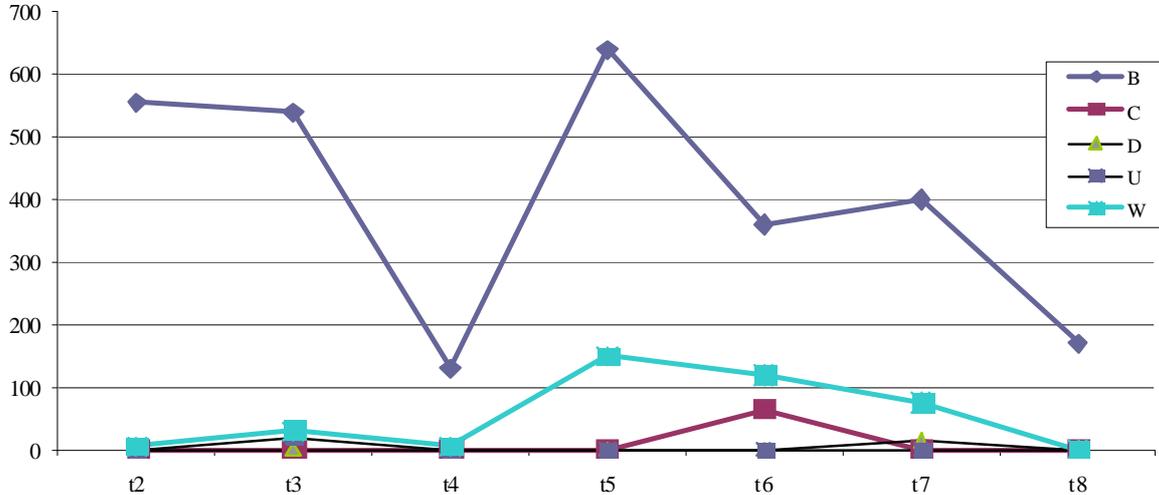
Kategorie K (Gehen) ist in mancher Hinsicht mit den anderen Typ 1 Kategorien vergleichbar, wird aber dennoch unterschiedlich behandelt, insbesondere deshalb, weil es viele Dinge gibt, die eine Person beim Umhergehen tun könnte. Kategorien ohne offensichtliches Potential für positive Interaktion, (d.h. Kategorien, die das Personsein gefährden), werden als Typ-2-Kategorien bezeichnet. Hierzu gehören „auf passive Weise sozial integriert sein“ (= B), „sozial unbeteiligt und zurückgezogen sein“ (= C), „vernachlässigter Distress“ (= D), „kommunizieren ohne Antwort“ (= U) und „repetitive Selbst- Stimulation“ (= W). „Schlafen“ (Kategorie N) wird gesondert, als eine von allen sich unterscheidende Kategorie behandelt¹².

Die nachfolgenden Schaubilder zeigen, wie sich die Verhaltenskategorien im Untersuchungszeitraum von 2 Jahren verändert haben.



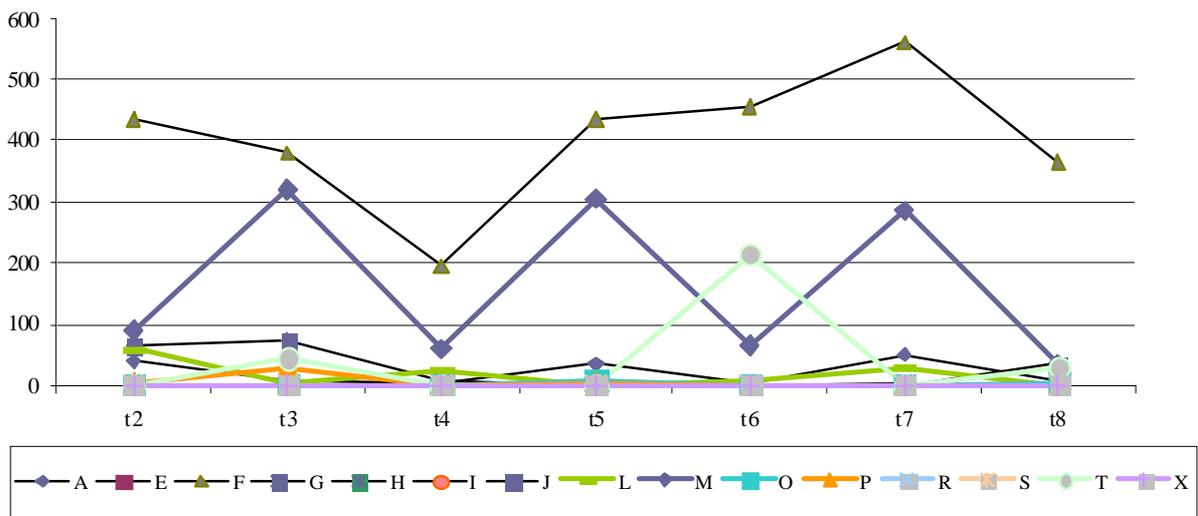
¹² ebenda

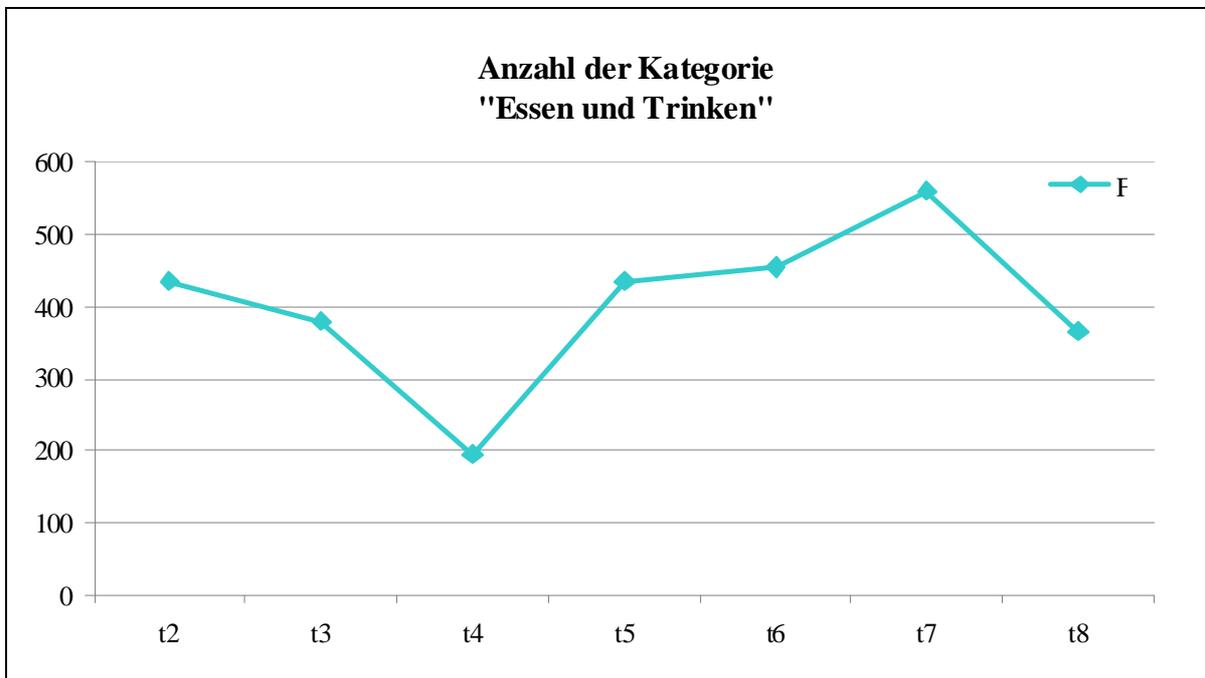
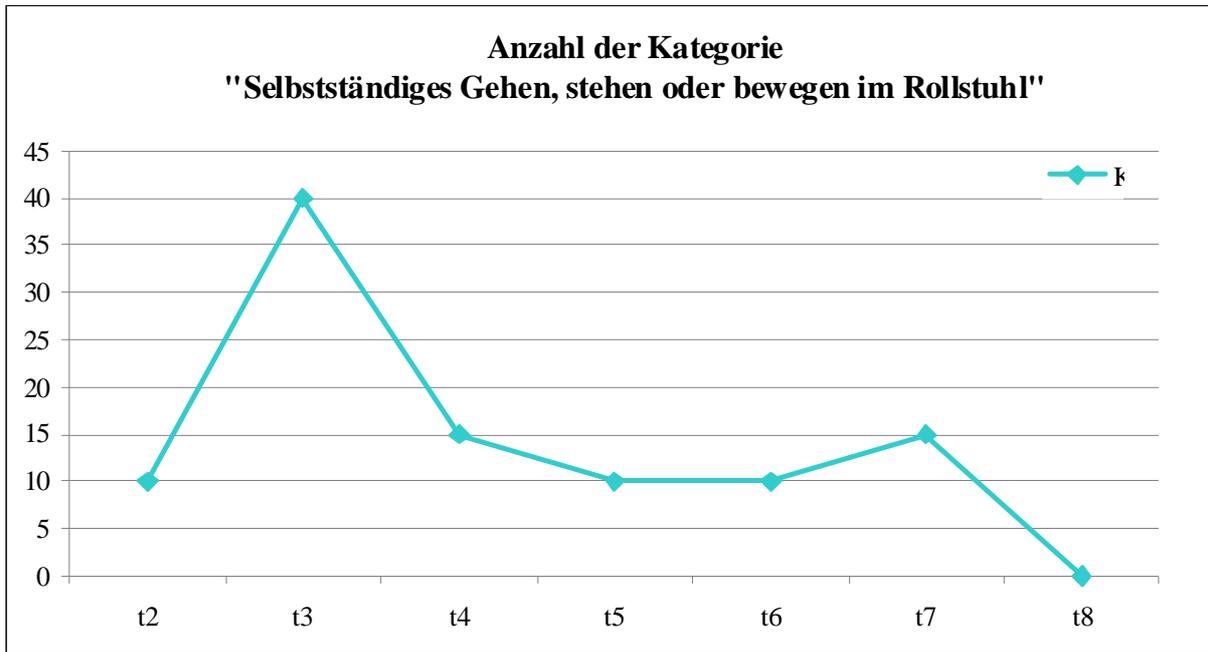
WIB-Werte für die Kategorien zu Typ 1
auf passive Weise sozial integriert sein (= B), sozial unbeteiligt und zurückgezogen
sein (= C), vernachlässigter Distress (= D), kommunizieren ohne Antwort (= U), repetitive
Selbst-Stimulation (= W)



WIB-Werte für die Kategorien Typ 2

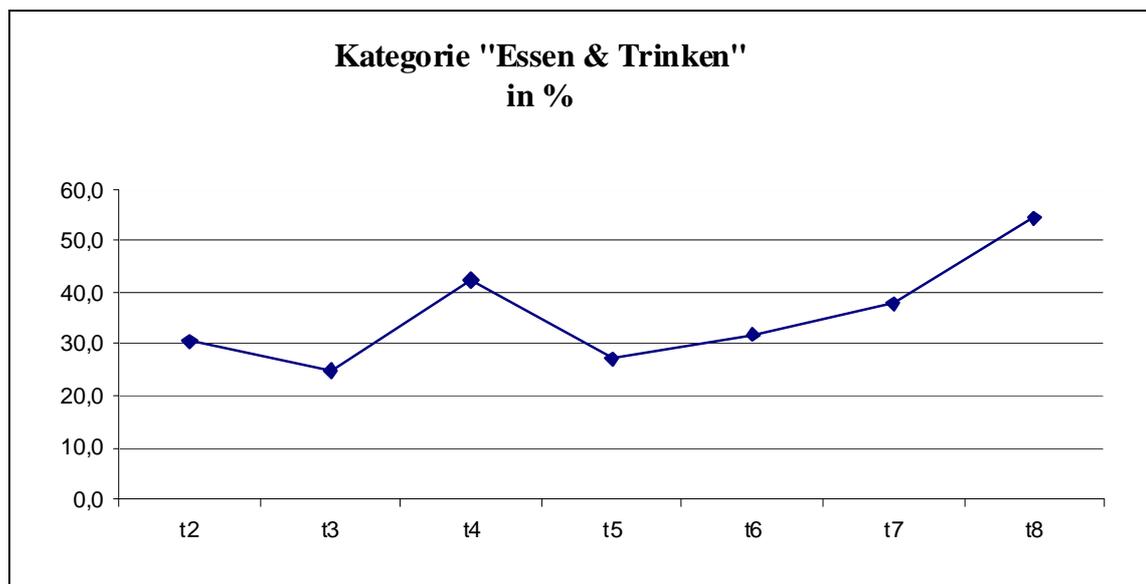
mit anderen interagieren (= A), Selbstaussdruck oder Kreativität (= E), essen und trinken (= F), an
einer sportlichen Übung teilnehmen (=J), sich mit Arbeit oder arbeitsähnlicher Tätigkeit
beschäftigen (= L), sich mit Medien beschäftigen (= M), sich unabhängig selber pflegen (= O),
praktische, physische oder personale Pflege erfahren (= P), an einer religiösen Aktivität
teilnehmen (= R), Tätigkeiten bezogen auf sexuellen Ausdruck (= S), Beschäftigung mit sinnlicher
Wahrnehmung (= T), Ausscheiden (= X) von t2 – t8





Die Mahlzeiten

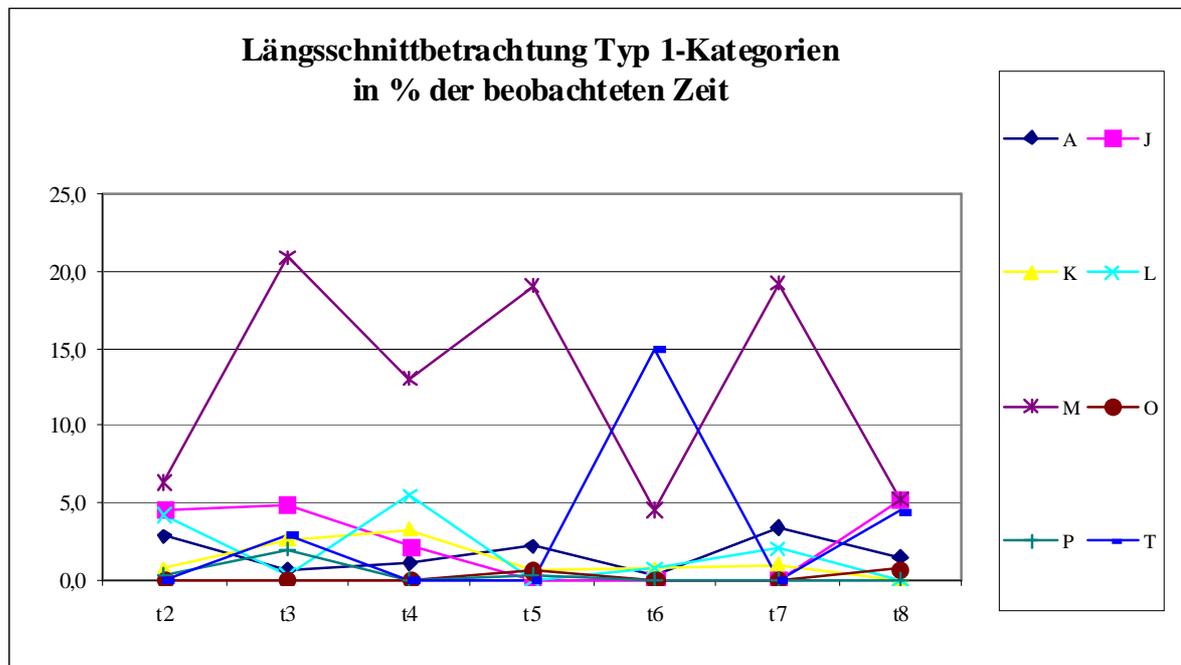
Die ausreichende und gesunde Ernährung bei Menschen mit Demenz stellt besondere Anforderungen an die Pflegekultur einer Einrichtung. Im Rahmen des Krankheitsverlaufs kann es zu einer Veränderung oder dem Verlust des Geschmacks- oder Geruchssinns, Probleme im Mundbereich oder Schluckstörungen kommen, was Einfluss auf Appetit und Essverhalten haben kann. Viele Menschen mit Demenz benötigen Unterstützung, weil sie eine Mahlzeit nicht mehr als solche erkennen oder entsprechende Abläufe beim Essen nicht mehr erfassen und umsetzen können. Nicht zuletzt spielen soziokulturelle und biografische Faktoren eine Rolle: Welche Essgewohnheiten und Vorlieben hat/hatte eine Person, welche Rolle spielt/spielte für sie das Essen und Trinken – ist/war es starker Ausdruck von Lebensgefühl oder dient/diente es einfach der Ernährung.



In obiger Grafik ist dargestellt, wie viel Zeit die Bewohner in ihrer Anwesenheit in der Wohnküche mit Essen oder Trinken zugebracht haben. Auffallend ist, dass der Zeitanteil der Kategorie Essen und Trinken sehr hoch ist und zwischen 25% und 55% liegt, wobei ab Zeitpunkt t_5 ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Die Werte stellen jeweils den Zeitanteil pro Beobachtungseinheit in Prozent dar.

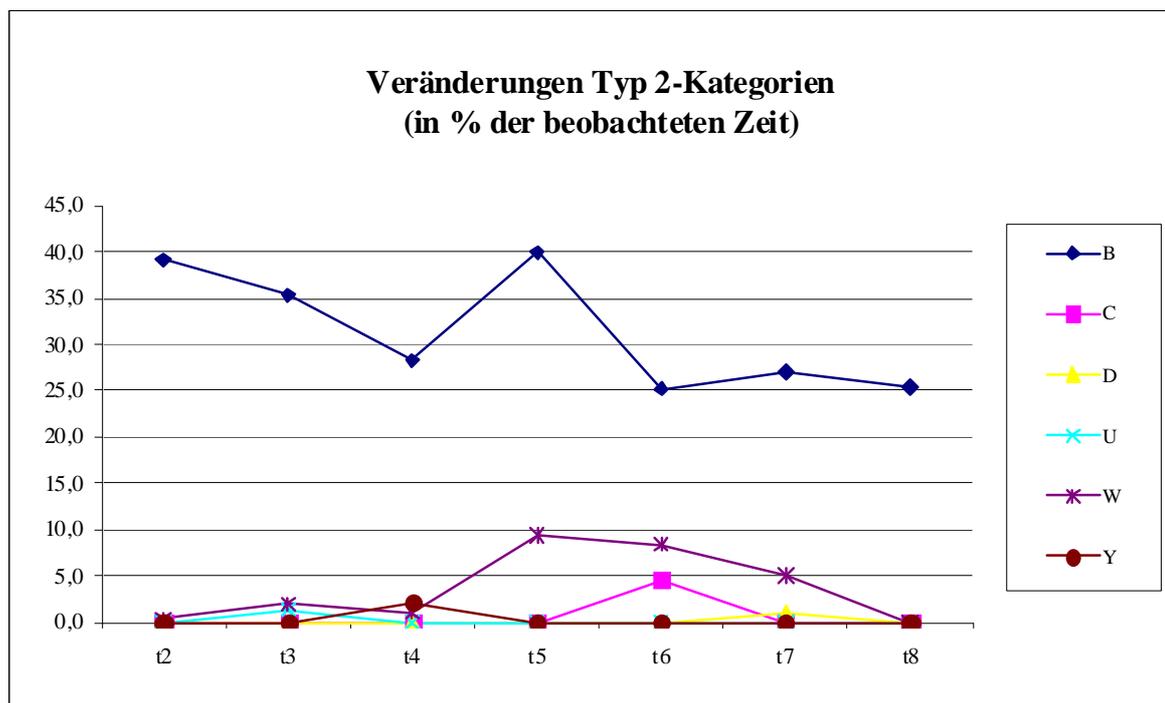
Die Bewohner der Domus-Wohngruppe befinden sich mehrheitlich in weit fortgeschrittenem Stadium der Demenzerkrankung. 6 Bewohner haben über die gesamten 2 Jahre starke funktionelle Einschränkungen, der Durchschnittswert des Barthelindex liegt unter 2 Punkten. Drei Bewohner hielten sich in den Beobachtungszeiträumen des DCM nicht in der Wohnküche, sondern in den anderen Gemeinschaftsbereichen bzw. im Zimmer auf. Da es sich um eine kleine Gruppe von 12 Bewohnern handelt, sind die nachfolgenden Werte z.T. in hohem Maße von Einzelwerten beeinflusst.

Die nachfolgenden Schaubilder zeigen, wie sich die Verhaltenskategorien im Untersuchungszeitraum von 2 Jahren verändert haben.



Von den 16 Verhaltenskategorien des Typ 1 kommen nur 8 während des Erhebungszeitraums vor.

Die Kategorie A (mit anderen interagieren, verbal oder nonverbal), J (an einer sportlichen Übung teilnehmen), K (selbständiges Gehen, Stehen oder Bewegen im Rollstuhl), L (sich mit Arbeit oder arbeitsähnlicher Tätigkeit beschäftigen), O (sich unabhängig selber pflegen), P (praktische, physische oder personelle Pflege erfahren) kommen in geringerem Umfang im Skalenniveau bis 5% vor. T (Beschäftigung mit sinnlicher Wahrnehmung) tritt prozentual und punktuell ebenfalls in geringem Umfang auf, mit einem deutlich erhöhten Umfang zum Zeitpunkt t6 (15%). Hier wurde z.B. mit einer Gruppe von Bewohnern mit hohem Maß an sinnlicher Stimulation in der Wohnküche ein Mittagessen vorbereitet. Die höchsten Werte liegen im Bereich M (sich mit Medien beschäftigen). Sie variieren zu den Beobachtungszeitpunkten im Bereich zwischen 4,5 und 20,9 % und resultieren auf den vergleichsweise konstant erhaltenen Aktivitäten im Lesen bei zwei Bewohnerinnen. Diese Fähigkeiten wurden gezielt gefördert, sei es z.B. durch Angebote von Zeitschriften, zum Vorlesen ermuntern oder der Aufarbeitung von biografischen Inhalten in schriftlich-visueller Form (Biografiebuch mit integrierten für die Bewohnerin bedeutsamen Fotos, Texten etc.).



Die Verhaltenskategorien Typ 2 C (Sozial unbeteiligt und zurückgezogen sein), D (Vernachlässigter Distress), U (Kommunizieren ohne Antwort) und Y (Mit sich selber oder einer eingebildeten Person sprechen) kommen nur in geringem Umfang vor (bis max. 5%).

Im Zeitraum t_5 bis t_7 kommt W (repetitive Selbststimulation) zwischen 5 und 10% vor. Drei Bewohnerinnen haben „Lärm machendes Verhalten“¹³ - wiederholende Vokalisierung, kontinuierliches Gemurmel bzw. Brummen - entwickelt. Das Verhalten zeigte sich auch bei individueller Zuwendung durch Angehörige bzw. Mitarbeiter und bei guter Dosierung der Lärmbeeinflussung im Raum und war in der Beobachtungszeit nicht signifikant zu beeinflussen. Es war mit schlechtem Wohlbefinden verbunden und die Mitarbeiter versuchten die anderen Bewohner vor dem belastenden Verhalten zu schützen, da es sich signifikant auf diese auswirkte. Sie begannen ebenfalls laut zu vokalisieren bzw. aggressiv zu „antworten“, d.h. mit agitiertem verbalem Verhalten, der einzig mögliche Form der Erwiderung. Zum Zeitpunkt t_8 sind die Bewohnerinnen nicht mehr in der Wohnküche präsent, daher tritt die Kategorie W nicht mehr auf.

Kategorie B (Beobachten, sozial miteinbezogen sein, aber auf passive Weise) ist eine bedeutsame Kategorie in der Bewohnergruppe im fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Von t_2 bis t_6 dominiert B zwischen 40 und 25 % und hält sich von t_6 bis t_8 bei ca. 25%. Dabei ist B aufgrund der zunehmend individuellen Zuwendungen mit hohem Wohlbefinden verbunden und bricht nicht in ein „sozial unbeteiligt und zurückgezogen sein“ (C) um.

¹³ Bartholomeyczik, S/Halek, M.: Verstehen und handeln- Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2006.

5.3.3 BEISPIEL POSITIVE EreIGNISSE

Über die im Projektzeitraum durch die Expertin erhobenen positiven Ereignisse gibt die unten stehende Tabelle einen Überblick:

		Positive Ereignisse							
		t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅	t ₆	t ₇	t ₈
1	Allgemeine Beziehungsarbeit					1		2	
2	Bedürfnisorientiertes Handeln				2		9	1	3
3	Wahrnehmung von Bedürfnissen		4				2	4	2
4	Körperbezogene Beziehungsarbeit					2			
5	Wertschätzung	1				2		1	
6	Bienchendienste			3			2		
7	Validation			1			1	2	
8	Interaktionsstil	3	2		4	8	2		
9	Anerkennung								
10	Personenzentriertheit	7	5			4			1
11	Biografiearbeit		2	1	2	1	3	1	1
12	Motivation				3		3		2
13	Facilitation/ Erleichterung	1	3			5		1	1
14	Care			1		1	1		
15	Sensibilität	1	5	2		1		1	
16	Allgemeine Freundlichkeit	5	5			1			

17	Abwesenheit von personalen Detraktionen	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Konfliktintervention						1	3	
19	Miteinbeziehen					1	2	1	
20	Beziehungsunterstützung BW - BW								
21	Nonverbale Kommunikation								
22	Flirten								
23	Vertrautheit								
24	Geborgenheit								
	Gesamt	19	27	9	12	28	27	18	11

Laut den Richtlinien der Bradford Universität für den positiven Ereignisbericht sollten innerhalb von etwa sechs Stunden Beobachtungszeit pro Stunde 1-2 positive Ereignisse verzeichnet werden können. Die Anzahl der erhobenen positiven Ergebnisse in der Domus-Wohngruppe ist damit als überdurchschnittlich hoch zu bewerten.



Bereitung eines Obstsalats in der Domus-Wohngruppe

5.3.4 PERSONALE DETRAKTIONEN

Personale Detraktionen stellen laut Bradford Universität Situationen dar, in denen Mitarbeiter Bewohner entmächtigen, infantilisieren, einschüchtern, etikettieren, stigmatisieren, überholen, invalidieren, verbannen oder zum Objekt machen. Über den Projektzeitraum wurden nur wenige und wenn dann nur „milde personale Detraktionen“ zu verzeichnet, weshalb diese hier vernachlässigt werden.

5.3.5 BEISPIEL EINER BEOBACHTUNGSEINHEIT

Wohnküche: Während des Vormittags befinden sich 6 Bewohner mit je hohen Aufenthaltszeiten in der Wohnküche. Um 7.40 Uhr kommt die erste Bewohnerin zum Frühstück, um 8.30 Uhr sind 6 Bewohner beim Frühstück. Seit dem letzten Beobachtungszeitpunkt wurden die Sitzmöglichkeiten verändert und den Bewohnern besser angepasst: die große Runde wurde in drei kleinere Tischeinheiten unterteilt, um mehr Raum zu schaffen um die Tische und den Bewohnern, die weniger mobil sind, und denen, die im Rollstuhl sitzen, größere Bewegungsfreiheiten zu geben.

Die Bewohner werden von den Pflege- und Betreuungskräften an die unterschiedlichen Tische gebracht und sind miteinander in Sichtkontakt. Die Mitarbeiterin bemerkt, dass zwei Bewohnerinnen guter Laune sind und gibt ihrer Beobachtung Ausdruck: „Sie haben heute

wohl gut geschlafen?“ Jeder Bewohner, der aufgestanden und seine Morgentoilette beendet hat, wird freundlich an seinen Platz gebracht. Jede Mitarbeiterin, die in die Küche kommt, ist auch für die anderen Bewohner im Raum präsent.

Um 7.55 Uhr wird der Frühstückswagen hereingefahren. Brötchen, Brotbelag etc. liegen aus hygienischen Gründen auf der unteren Ablage, damit das Essen von den Bewohnern nicht berührt werden kann. Die Musik aus dem Radio läuft noch von der Küchenvorbereitung so laut, dass alle Geräusche von draußen übertönt werden und das erwachende Leben auf dem Flur nicht wahrgenommen werden kann. Eine Mitarbeiterin bemerkt die störende Lautstärke und macht die Musik mit folgendem Kommentar aus: „Das ist doch besser so, wenn es ruhiger ist, gell Frau X.?“. Diese nickt und eine weitere Bewohnerin lacht anerkennend; die Mitarbeiterin hat wahrgenommen, dass Frau X. durch die Musik sich eher gestört fühlt. Herr M. kommt in die Küche und wird freundlich an den Tisch begleitet. Die Mitarbeiterin bereitet für ihn das Frühstück vor und fragt, als er zu essen beginnt: „So, wie ist das Frühstück?“ Anschließend wird Frau Z. das Frühstück an den Tisch gestellt. Sie wird bei ihrem selbständigen Trinken unterstützt. Die Wohnbereichsleitung gibt Herrn Y. mit viel Geduld das Essen. Frau T. wird in den Frühstücksraum gebracht, worauf sie von der im Raum präsenten Mitarbeiterin begrüßt wird. Darauf nimmt sie Kontakt mit Frau X. auf: „Schon fertig, Frau X.?“

Frau T. wird das Frühstück von der Mitarbeiterin auf dem Teller an den Tisch gebracht, die ihr auch bei der Morgentoilette behilflich war und das Frühstück vorbereitet hat. Sie wünscht ihr einen guten Appetit. Frau T. dankt. Darauf unterstützt die Mitarbeiterin Frau J. das Essen und unterhält sich mit ihr und kommentiert ihr Tun. Die Bewohnerin gibt darauf eine sehr freundliche Antwort und freut sich.

Die anderen Mitarbeiter bringen den Bewohnern im Zimmer das Essen. Eine Bewohnerin sitzt auf dem Wohnflur und vokalisiert wiederholend vor sich hin. Frau Z. schaut sich um und stochert im Essen. Die Mitarbeiterin bemerkt die Orientierungslosigkeit und unterstützt Frau Z. daraufhin beim Essen. Diese beobachtet während des Essens wie in der Küche gewerkelt wird. Eine Mitarbeiterin nimmt das weiße nasse Tischtuch vom Tisch, weil Frau Z. ihr Getränk umgeworfen hat.

Jeder Bewohner wird freundlich gefragt, ob er satt ist oder noch einen Nachschlag haben möchte. Nur zwei Bewohner können darauf antworten, es ist ruhig im Raum. Die Mitarbeiterin macht das Radio an, die Stille ist evtl. schwer auszuhalten. Frau T. werfelt an ihrer Stoffserviette, die zusammengelegt auf dem Tisch liegt. Eine Mitarbeiterin aus einem

anderen Wohnbereich kommt in die Küche und unterhält sich mit Frau J. Sie lobt dann die rot lackierten Fingernägel von Frau X. mit dem Kommentar: „Schick“, welche dann lacht und sich freut.

Um 09.25 Uhr wird Frau J. unruhig, geht umher, setzt sich an den Tisch und werkelt laufend an der Serviette. Eine Mitarbeiterin setzt sich zum Frühstück gegenüber von Frau Z. mit einem Teller voller Birnen an den Tisch. Sie bereitet diese vor und reicht sie Frau Z., die sie isst. Nebenbei kommuniziert mit Frau W. am Tisch, die antwortet, wenn auch unverständlich. Die andere Mitarbeiterin setzt sich zum Frühstückreichen an den Tisch und unterhält sich mit Frau W. Die werkelt weiterhin mit der Serviette. Die Mitarbeiterin redet mit Frau X., die in eine Zeitschrift vertieft ist. „Was steht über Peter Alexander in der Zeitschrift?“ Frau X. liest die Sequenz vor.

Nach dem Frühstück ermuntern die Mitarbeiterinnen die Bewohner, mit zur Frühstücksrunde in den Flurraum zu gehen. Die Bewohner werkeln weiter und schauen vor sich hin oder beobachten die Umgebung. Nach mehreren Anfragen über einen längeren Zeitraum können alle Bewohner bis auf eine – „Ich bin zu alt“ - für ein Mitmachen motiviert werden. Man lässt die Bewohner selbst versuchen aufzustehen und rauszugehen, hat jemand Schwierigkeiten, wird ihm geholfen.

Im Flur: Es wird Gymnastik gemacht. Frau X. ist sehr geschickt beim Ballspielen. Frau Z. ist sehr aufmerksam und macht ebenfalls mit, so wie alle anderen Bewohner auch. Die Mitarbeiterin lobt viel. Frau X. nimmt es positiv auf und gibt das Lob weiter: „Er macht es auch gut“ (und meint Herrn M.). Herr Y. ist vergleichsweise aufmerksam, spielt aber nicht mit. Die Mitarbeiterin gibt Frau X. ein Liederbuch, die mit Erfolg aus dem Buch vorliest. Frau J. stimmt in die Unterhaltung mit ein. Frau X. zitiert ein Gedicht. Es ist eine gute Stimmung, es scheint etwas Kommunikation aufgebaut zu sein. Die Mitarbeiterin redet mit Herrn M., um ihn wieder in die Runde zu integrieren. Er hatte sich beim Ballspielen rausgenommen, weil er überfordert war. Bei der Gymnastik wird deutlich, dass zu wenig Platz für alle da ist. Es muss mit den vier Rollstühlen rangiert werden. Frau V. beschäftigt sich mit dem Ball, der als Weltkugel gestaltet ist. Die Mitarbeiterin geht kurz rein zu Frau T. und fragt sie, ob sie nicht mitmachen will; diese verneint wieder.

Um 10.40 Uhr schneidet eine Mitarbeiterin Frau W. die Nägel. Sie fragt Frau V., ob sie Reime ergänzen kann, die dazu aber nicht in der Lage scheint. Daraufhin wird Reimergänzen gemacht. Frau U., die nicht in der Küche gefrühstückt hat und eher schwach

ist, macht es gut und hat viel Spaß daran. Die Abwechslung tut allen gut, jeder kann sich nach seinen Fähigkeiten einbringen, sogar Frau U.

Wohnküche (erneut): Eine Mitarbeiterin hat sich zwischenzeitlich um Frau T. gekümmert (10.55 Uhr). Es wird Kuchen gebacken. Frau T. bestreicht das Kuchenblech, während die Mitarbeiterin den Kuchenteig rührt. Sie lässt die Bewohner, die am Tisch sitzen, vom Teig probieren (jeder mit einem frischen Löffelchen) und fragt sie, ob es schmeckt. Frau T. überlegt und schüttelt den Kopf. Nachdem die Mitarbeiterin sie darauf anspricht, gibt Frau T. Ratschläge für Kuchen, z.B. dass er vorgeheizt werden müsse, dass man Zucker darüber streuen müsse und so weiter. Später fragt sie Frau T., nachdem sie den Kuchen, der jetzt fertig vorbereitet ist, an den Tisch gebracht hat, ob es so recht sei. Frau T. antwortet mit „ja“.

Um 11.35 Uhr kommt eine Mitarbeiterin mit Frau J. und einem Strauß Geranien in die Küche. Sie unterhalten sich und holen eine Vase. Sie unterhalten sich gezielter über die Blumen und stellen sie auf den Tisch.

11.45 Uhr: Das Essen wird mit dem Wagen für das Schöpfsystem in die Wohnküche gebracht. Mittlerweile sind zwei Angehörige da, die ihre Angehörigen beim Essen unterstützen. Das Essen wird jedem einzelnen Bewohner auf dem Teller gebracht, mit freundlichen Nachfragen, ob es reicht, man wünscht guten Appetit und nimmt sich Zeit bei der Unterstützung beim Essen bzw. beim Essen geben. Es wird über einen Zeitraum von 11.45 Uhr bis 12.25 Uhr mit unterschiedlicher Geschwindigkeit und unterschiedlichem Genuss gegessen. Die Bewohner werden verbal unterschiedlich zum Essen motiviert, eine Bewohnerin wird laut und direkt aufgefordert, eine andere in ausführlicherer hinführender Weise etc. Insgesamt werden die Gespräche beim Essen eher knapp gehalten, da sich manche Bewohner zu sehr ablenken ließen von Gesprächen und Lärm (so die spätere Erklärung einer Pflegekraft). Unterhaltung zwischen Bewohnern ist aufgrund der mangelnden kommunikativen Fähigkeiten nicht möglich, das Essen erfordert individuelle Zuwendung und Aufmerksamkeit durch die Mitarbeiter. Wo möglich, wird das selbständige Essen gefördert.

Eine Bewohnerin wird beim Mittagessen sehr unruhig und agitierend – eine Mitarbeiterin geht validierend auf sie ein. Nach dem Mittagessen sind die meisten Bewohner auf ihren Zimmern, zwei bleiben in der Wohnküche bzw. beginnen zu „wandern“.

5.3.6 BEISPIEL GESAMTBEWERTUNG DER PERSONENZENTRIERTER PFLEGE AN DIESEM TAG

Die Bewohner erleben insgesamt einen guten Tag. In der Wohnküche herrscht eine ruhige Stimmung. Es gibt eine sehr personenzentrierte Haltung gegenüber den Bewohnern. Der Kontakt zu den Bewohnern ist zugewandt und wertschätzend, freundlich, respektvoll. Auf herausfordernde Verhaltensweisen wird individuell eingegangen. Die Essenskultur ist sehr gut: personenzentrierte Begleitung während der Mahlzeiten, Motivation und Lob zum/beim selbständigen Essen. Es wird angenehm und freundlich kommuniziert. Handreichungen werden immer kommentiert z.B. das Essen wird mit Kommentar auf den Tisch gestellt, Medikamente werden ebenfalls mit Gespräch überreicht. Man wünscht guten Appetit, fragt nach weiteren Wünschen, was von einigen Bewohnern auch beantwortet wird. Den Bewohnern wird zum selbständigen Essen Zeit eingeräumt, es werden laufend Zwischenmahlzeiten und Getränkeangebote gemacht. Auf ein schönes Ambiente (weißes Tischtuch) wird Wert gelegt, allerdings haben fast alle Bewohner eine Serviette um.

Es gab immer wieder anregende Interventionen (Birnschneiden, Blumen besorgen, arrangieren und aufstellen). Die Aktivierungen waren sehr gelungen: Es gab im Morgenkreis unterschiedliche Angebote von Gymnastik über Vorlesen zu Reime ergänzen etc., so konnte sich jeder mit seinen Fähigkeiten einbringen. Es wurde darauf geachtet, dass Teilnehmer nicht überfordert wurden, niemand aus der Gruppe „herausfiel“ bzw. länger als angemessen nicht beteiligt war. Eine Teilnehmerin, die an diesem Tag nicht an der Gruppe teilnehmen möchte, kann durch eine andere biographiebezogene, alltagspraktische Beschäftigung - das Kuchenbacken - ihre Kompetenzen einbringen. Sie fühlt sich durch individuelle Zuwendung sichtlich wertgeschätzt, zumal ihre kognitiven Fähigkeiten vergleichsweise gut erhalten sind und sie zu kleineren kommunikativen Sequenzen fähig ist.

Schwierig ist die Platzsituation. Die Wohnküche ist für vier Rollstuhlfahrer und weitere Personen zu eng bemessen. Vor allem bei Gruppenangeboten kommt man schnell an die räumlichen Grenzen. Es muss aufwändig mit den Rollstühlen rangiert werden und die Bewegungsfreiheit um die Tische ist eingeschränkt. Ebenfalls schwierig ist die Geräuschbelastung zu gewissen „Stoßzeiten“ in der Küche. Wenn Küchenmaschinen (Spülmaschine, Getränk Kühler etc.) laufen, ist der Geräuschpegel sehr hoch. Hier ist auch eine „Geräuschdosierung“ äußerst sensibel zu beachten. Bei längerem Aufenthalt wird es deutlich spürbar. Das Radio wird auch gerne dazu benutzt, die „unnatürliche Stille“ zu durchbrechen. Dieser Stimulus muss auch sehr bedacht eingesetzt werden.

Laut Bradford Universität gibt es Indikatoren für eine „alte Kultur der Pflege“ und eine „neue“ Kultur der Pflege. Die Kennzeichen einer „alten“ Kultur sind:

- Wenig hohe WIB-Werte; viele niedrige WIB-Werte und Degenerationsverläufe; keine +5.
- Vorherrschaft der Verhaltenskategorien B, C, N; Maß des Abwechslungsfaktors 0-2.
- Viele personale Detraktionen, auch solche der schweren und sehr schweren Schärfegrade.
- Sehr wenige positive Ereignisse.

Die Kennzeichen einer „neuen“ Kultur sind:

- Sehr wenige negative WIB-Werte; Schwergewicht des WIB-Werte-Profiles auf +3 mit einem signifikanten Anteil von +5.
- Fast vollständiges Verschwinden der Kategorien C, W; ein hoher Anteil von Kategorie A; Maß des Abwechslungsfaktors 7-12.
- Sehr wenige personalen Detraktionen.
- Viele positive Ereignisse, die alle Teilnehmenden betreffen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die vom Zeitpunkt t2 – t8 innerhalb des Projekts „Qualitätsentwicklung in der Domus-Wohngruppe“ erhobenen Werte also eine neue Kultur der Pflege widerspiegeln.

5.4 MITARBEITERBEFRAGUNG

Im Rahmen der durchgeführten Mitarbeiterbefragung im November 2007 wurden die Fach- und Hilfskräfte, die zu Projektbeginn schon in der Domus-Wohngruppe gearbeitet haben (ohne Tagesaushilfen und ohne Schüler) sowie die 4 Mitarbeiter, die vom Mobilen Dienst aus die Grundpflege übernahmen, befragt. Von somit 10 ausgeteilten Fragebögen wurden 9 Fragebögen ausgefüllt und konnten von einem unabhängigen Experten ausgewertet werden. Der Rücklauf lag somit bei 90%. Im Folgenden sind die Ergebnisse der Belastungs- und der Beanspruchungsanalyse dargestellt.

Die Belastungsanalyse umfasst eine Auswahl von Arbeitsmerkmalen, welche mit hoher psychischer Belastung verbunden sind. Die Berufsgenossenschaft für den Gesundheitsdienst und die Wohlfahrtspflege fasst diese zu den Themenbereichen „Arbeitsinhalt“, „Arbeitsorganisation und -ablauf“, „Soziales Klima“, „Allgemeine berufliche Einstellung“ sowie „Außerberufliche Ressourcen“ zusammen. Bei der Auswertung der Daten zur Belastungsanalyse stellte sich heraus, dass sich ein Mitarbeiter stärker als die anderen psychisch belastet fühlt, die weiteren Ergebnisse wie auch das Gesamtergebnis weisen jedoch - auf einer Skala von 4 bis 16 - mit 6,2 Punkten eine geringe durchschnittliche Gesamtbelastung bei den Mitarbeitern aus (Wertespanne: 4 - 7 Punkte).

Eine Betrachtung der Merkmale im Detail lässt positive Rückschlüsse auf das Setting zu: Bei den „Arbeitsinhalten“ stellten herausforderndes Verhalten der Bewohner wie z.B. Aggressivität, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit oder Depression keine Belastung für die Mitarbeiter dar.

Auch die Belastungsmerkmale Zeitdruck, das Gefühl, für zu viele Bewohner zuständig zu sein und die fehlende Möglichkeit, das Schamgefühl der betreuten Menschen nicht respektieren zu können entstanden für die Mitarbeiter der Domus-WG durch die Unterstützung durch zusätzliches Personal im Rahmen des Projekts nicht.

Im Bereich „Arbeitsorganisation und -ablauf“ wirkte sich die Möglichkeit, Arbeitsinhalte und -abläufe selbständig einteilen zu können, für die Mitarbeiter günstig aus. Dass die Mitarbeiter sich nicht von den Bewohnern angetrieben oder wegen sozusagen jeder Kleinigkeit gerufen fühlen, liegt sicherlich auch daran, dass die Bewohner der Domus-Wohngruppe ihre Bedürfnisse anders bzw. unmittelbar kommunizieren – der Klingelruf, z.B. wird von Menschen mit Demenz eingeschränkt bis gar nicht genutzt. Das „soziale

Klima“ unter den Kollegen und zwischen Leitung und Mitarbeitern wurde als konflikt- und spannungsfrei bzw. fair beurteilt.

Die Selbstverwirklichung in der Arbeit mit alten Menschen, die Teamarbeit und Möglichkeit der relativ flexiblen Freizeitgestaltung wird unter dem Themenkomplex „allgemeine berufliche Einstellung“ mit einer durchschnittlichen Belastung bewertet. Die „außerberuflichen Ressourcen“ betreffend, mangelt es den Mitarbeitern nicht an Menschen, zu denen sie ein gutes Verhältnis haben oder an Entspannungsmöglichkeiten in der Freizeit. Jedoch waren alle Mitarbeiter mit ihrer finanziellen Situation unzufrieden, woraus folglich eine hohe Belastung resultiert.

Die Beanspruchungsanalyse gibt Aufschluss darüber, ob gewisse Symptome, die sich als kennzeichnend für Stress herausgestellt haben, kritisch ausgeprägt sind. Dazu zählen u.a. „Ermüdbarkeit/verringertes Leistungsvermögen“, „Allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigung“, „Unzufriedenheit mit der Arbeit“, „Motivationsmangel“, „Reaktives Abschirmen“, „Aversion gegenüber Bewohnern“ und „Emotionale Erschöpfung“. Diese Themen wurden z.B. abgefragt, indem die Mitarbeiter auf einer siebenstufigen Skala Ihre Gefühle und Eindrücke, die sich auf die Arbeit beziehen, ankreuzen sollten. Mit Abstand die meisten Antworten finden sich bei den Aussagen, die einen geringeren Grad an Beanspruchung verdeutlichen, einzelne Nennungen der Pflegekräfte gab es, die sich bei der Aussage „Ich fühle mich manchmal machtlos, bei „teils/teils“ und „trifft eher zu“ wiedergefunden haben. Ansonsten bieten die Ergebnisse eine große Varianz der Antworten. Ein Mitarbeiter, der den Fragebogen zurückgab scheint stärker belastet als die anderen acht Mitarbeiter.

Die von der Berufsgenossenschaft empfohlene Auswertungsweise hinterlegt einzelne Themenbereiche mit Punkten, welche zu einem Gesamtwert addiert werden. Die Ergebnisse weisen auf einer Skala von 4 bis 16 mit 8,2 Punkten eine mäßig überdurchschnittliche Gesamtbeanspruchung bei den Mitarbeitern aus. Die Symptome liegen dabei fast ausschließlich bei körperlichen Beschwerden.

5.5 ANGEHÖRIGENBEFRAGUNG

Zur Frage „Haben Sie im Laufe des vergangenen Jahres Informationen zum Krankheitsbild Demenz erhalten?“ antworteten 4 Personen, dass sie über das Team des Pflegeheims, 3 Personen über den Arzt, 2 Personen über Bücher/Broschüren/Internet, 1 Person über Familienmitglieder/Freunde und 1 Person leider keine Informationen erhalten hätte. 3 Personen gaben an, dass sie sich schon vor einem Jahr ausreichend informiert fühlten.

Auf die Frage: „Wurde die Betreuung in der Domus-Wohngruppe durch Sie ausgewählt?“ antworteten 5 Personen mit „ja“, jeweils eine der folgenden zwei Personen stimmte die Auswahl für die Domus-Wohngruppe mit weiteren Personen ab (Arzt bzw. Schwester). Zwei Personen äußerten, dass sie den Umzug in die Domus-Wohngruppe nicht selbst ausgewählt hätten, dies hätten das Heim bzw. der Sozialdienst des Bürgerhospitals übernommen.

Die Gründe für die Entscheidung, in die Domus-Wohngruppe zu ziehen, waren breit gefächert: drei Personen äußerten sich derart, dass die Betreuung aufgrund der besseren Schulung der Betreuer bzw. allgemein besser sei. Jeweils eine Person äußerte „weil eine hohe Anzahl an Aktivierungsangeboten existiert“, „weil hier zuerst etwas frei wurde“, „Empfehlung aus dem Heim“, „Mutter lief zuvor zwei- bis dreimal weg“, „Betreuung kann hier besser gewährleistet werden“, „weil es eine kleine Gruppe ist und nicht so weitläufig“, „wurden nur hier in dieser wunderbaren Unterbringungsmöglichkeit genommen“. Die zwei Personen, die den Umzug nicht selbst ausgewählt hatten, trafen hier keine Aussage.

5 der 10 Befragten gaben an, dass die Betreuung gleich gut wie vor einem Jahr sei (Es gab hier schlicht eine Verschiebung von teils positiv/teils negativ zu insgesamt positiv.). Die Aussagen wurden jeweils sehr unterschiedlich begründet, weshalb wir davon absehen, hier exemplarisch Einzelheiten zu nennen.

Die Angehörigen wurden auf Veränderungen in der Betreuung angesprochen und äußerten sinngemäß, dass Angebote der Betreuung nun häufiger stattfinden (z.B. häufiger in den Garten, Gedächtnistraining). Eine äußerte, dass die Betreuung wohl zugenommen hat, dass die Mutter jedoch nicht mehr mitmachen könnte („Ballspielen“). In einem Fall hat die Betreuung aufgrund der Krankheit und damit einhergehender verstärkter Pflegebedürftigkeit eher abgenommen. Zwei Personen gaben an, dass die Betreuung schon immer gut bzw. ausgezeichnet gewesen wäre und sich nichts geändert hätte. Eine Person gab an, dass das Personal sich auf den zusätzlichen Pflegeaufwand eingestellt hätte, aber

was genau eine Betreuung wäre, könne sie nicht beurteilen. Drei Angehörige sind der Ansicht, dass keine Veränderung stattgefunden hat.

Aus dem Freitext in den Befragungen kann entnommen werden, dass ein Angehöriger zum Zeitpunkt der Befragung Personalknappheit empfand, was auf die Zunahme der Pflegebedürftigkeit der Bewohner bezogen war, ein anderer äußerte sich bezüglich der im Projekt erhöhten Personalkapazität, dass sich diese zu Gunsten der Bewohner auswirke. Die Angehörigen äußerten zudem, dass seit Projektbeginn eine positiv empfundene Ruhe im Domus-Wohnbereich vorherrsche und einzelne Bewohner nicht mehr angespannt wirkten.

Verhaltensauffälligkeiten bestanden bei einzelnen Bewohnern noch, die Beurteilung, ob diese sich im Laufe des letzten Jahres Veränderungen aufwies, war nicht allen Angehörigen möglich. Es wurde jedoch auch bemerkt, dass die Verhaltensauffälligkeiten zugenommen haben; dass man jedoch nicht wissen könne, wie sie sich ohne die gesonderten Interventionen in der Domus-Wohngruppe entwickelt hätten.

Bei der Frage, ob die Angehörigen sich im letzten Jahr entlastet fühlten, bejahten dies 6 Personen, zwei Personen konnten hier keine Aussage treffen. Ebenfalls 6 Personen gaben an, sie hätten das Gefühl, das Beste für ihren Angehörigen getan zu haben, zwei Personen haben hier Schuldgefühle und meinten, sie könnten mehr tun. 7 Personen hatten noch keinen Gedanken daran, ihren Angehörigen wieder aus der Domus-Wohngruppe zu nehmen, in einem Fall betraf dies jedoch ausschließlich den Zeitpunkt des Einzugs und die erste Lebensphase in der Domus-Wohngruppe.

Weiter wurde bei der Befragung der Angehörigen von 8 Personen angegeben, dass sie die Möglichkeit bejahten, sich aktiv an der Pflege und Betreuung zu beteiligen. 6 gaben an, ihre Möglichkeiten und Vorstellungen einbringen zu können. Kontakt mit anderen Angehörigen konnte in neun Fällen hergestellt werden.

Die Häufigkeit der Besuche in der Domus-Wohngruppe variierte: 2 Personen kamen täglich, 2 Personen ca. 3x pro Woche und ebenfalls zwei weitere einmal pro Woche. Die restlichen Personen kamen einmal, zweimal bzw. zwei- bis dreimal pro Woche.

Vier Personen sind weiblich, vier männlich, zwei Angaben sind als fehlend zu werten, da hier datenschutzrechtliche Bedenken bei den Angehörigen vorherrschten. In 3 Fällen war der Lebenspartner der nahestehende Angehörige, in 5 Fällen war das Kind/Schwiegerkind der nahestehende Angehörige, der interviewt wurde.

5.6 LEITFADEN FÜR ANGEHÖRIGE

Der Leitfaden für Angehörige wurde nicht erstellt; der Projektzeitraum war für die Vielzahl der Maßnahmen zu kurz. Trotzdem sind wir der Ansicht, dass die Angehörigen durch die enge Betreuung durch die Mitarbeiter im Alltag so angeleitet, dass die von den Angehörigen befürchtete Leere wie z.B. „aber ich kann doch nicht immer nur bei ihr sitzen“ nicht mehr als so belastend empfunden wird wie ehemals vereinzelt geäußert.

5.7 PERSONALVERÄNDERUNGEN

Team- und Kompetenzentwicklung

Der Prozess der Team- und Kompetenzentwicklung wurde schwerpunktweise von den Leitungskräften des Ludwigstifts, respektive der Einrichtungsleitung und der Pflegedienstleitung begleitet. Der Beschluss zur Übernahme der pflegerischen Tätigkeiten durch den Mobilen Dienst bewirkte jedoch sehr schnell bei den Domus-Mitarbeitern positive Effekte, so dass das Projekt bzgl. der Mitarbeitermotivation sich grob formuliert als Selbstläufer gestaltete.

Die Mitarbeiter der Domus-Wohngruppe hatten ehemals vor dem Hintergrund begonnen zu arbeiten, mobile schwerst-demente Personen zu betreuen. Im Zeitverlauf wurden diese Bewohner jedoch immobil und schwerst pflegebedürftig. Damit verschob sich der Arbeitsauftrag von einer Betreuungsorientierung zu einer reinen Pflegeorientierung; die Mitarbeiter konnten nicht mehr in dem Aufgabenfeld arbeiten, für das sie sich ehemals bewusst entschieden hatten.

Durch das Projekt wurde erreicht, dass die Mitarbeiter wieder verstärkt die ursprünglichen Aufgaben übernehmen konnten, bzw. der Schwerpunkt der rein pflegerischen Tätigkeiten auf den Mobilen Dienst Stuttgart-West verlagert wurde. Diese Maßnahme bewirkte, dass wieder eine Identifizierung mit den ursprünglichen Aufgaben stattfand und im Team eine zielgerichtete Entwicklung bemerkt konnte.

Die Wiederaufnahme der Betreuungsaktivitäten regte die Mitarbeiter an, ihre Kompetenzen in diesem Bereich weiter auszubauen.

Die Qualifikation, der Beschäftigungsumfang sowie der Eintritt/Austritt während des Projektzeitraums gehen aus unten stehender Tabelle hervor. Betrachtet werden die Jahre 2005 bis 2007 komplett; Projektzeitraum war vom 01.08.2005 bis 31.07.2007. Im

Projektzeitraum kamen 3 Mitarbeitende hinzu, 3 Mitarbeitende schieden aus. Darüber hinaus sind die Altenpflegeschüler berücksichtigt, die eine dreijährige Ausbildung machten. Eine Schülerin verbrachte – mit Ausnahme der Fremdeinsätze in anderen Einsatzfeldern - die drei Jahre in der Domus-Wohngruppe, wurde jedoch anschließend nicht übernommen. In jedem Jahr gab es eine/n Schüler/in von anderen Anstellungsträgern, der oder die in der Domus-Wohngruppe ihren Pflicht-Praxiseinsatz in der Gerontopsychiatrie absolvierten. Hinzu kommen Tagesaushilfen: Eine Aushilfe kam und ging im Projektzeitraum. Bei zwei weiteren Tagesaushilfen gab es keinen Wechsel.

Qualifikation	Beschäftigungsumfang	Gegangen/gekommen im Monat/Jahr	Wechsel
WBL, Krankenschwester	100%	01.03.03 -	nein
stellv. WBL, Heilerziehungspflegerin	100%	01.06.03 – 31.12.06	ging
Altenpflegerin	75% 80%	09.08.04 – 31.05.06 03.10.06	ging
Altenpfleger	100%	01.04.05 – 30.09.06	ging
Heilerziehungspflegerin	80%	01.01.05 – 15.12.07	ging
Altenpflegerin	100%	01.10.06 -	nein
Pflegehelferin (1-jährig.)	30%	01.03.07 -	nein
Alltagsmanagerin	50%	01.11.03 -	nein
Schülerin Altenpflege	38%	07.06.04 – 31.10.06	ging
Praxiseinsätze Schüler Altenpflege von externen Anstellungsträgern	38% 80% 70%	01.04.05 – 30.04.05 01.10.06 – 28.02.07 01.03.07 -	ging ging
Altenpflegerin, Tagesaushilfe		19.09.05 -	nein
Tagesaushilfe, FK		01.11.05 – 31.07.06	ging
HK, Tagesaushilfe		08.10.04 -	nein
Tagesaushilfe, FK		seit Mühlshlegel-Projekt	zusätzlich
Tagesaushilfe, HK		seit Mühlshlegel-Projekt	zusätzlich

Die Mitarbeiter des Mobilen Dienstes (wie oben beschrieben 0,5 Vollkraftstellen über 2 Jahre) sind hier zusätzlich zu sehen. Zudem wird die Pflegedienstleitung mit 0,15 Vollkraftstellen auf die Domus-Wohngruppe angerechnet.

Die Wechsel, die im Projektzeitraum stattfanden, begründen sich überwiegend durch Personalentwicklung. So wechselte die stellvertretende Wohnbereichsleitung in die Funktion einer Wohnbereichsleitung in ein anderes Haus des Trägers. Der Altenpfleger mit 100%igem Stellenumfang wechselte innerhalb des Ludwigstifts auf eigenen Wunsch in einen integrativen Wohnbereich.

6. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die im Rahmen dieses Projekts erhobenen Daten zeigen, dass ein Betreuungssetting nach dem Domus-Prinzip eine gesundheitliche Verschlechterung bei schwerst demenzkranken Menschen nicht verhindern kann. Die Daten zeigen jedoch, dass – bei gegebener Grundversorgung in Körperpflege und Behandlungspflege - das Wohlbefinden von schwerstdementen Menschen trotz gesundheitlicher Verschlechterung auf einem guten Niveau gehalten werden kann. Die Mitarbeiter der Domus-Wohngruppe waren durch die personelle Veränderung weniger gezwungen den gemeinschaftlichen Wohnbereich zu verlassen, konnten mehr Ruhe ausstrahlen und sich der Gemeinschaft, dem Beisammensein und den sozialen Kontakten widmen. Die geringe Bewohner-Fluktuation über zwei Jahre ist für ein Pflegeheim ungewöhnlich – bei ca. 1.000 Pflegeplätzen des Trägers ist ein Bewohnerwechsel auf 30 bis 50 % der Plätze jährlich üblich.

Die Entwicklung der Bewohner über die Projektlaufzeit von 2 Jahren hat gezeigt, dass die Qualität der Betreuung nicht zuletzt an den intensiven Betreuungen, z.B. durch Basale Stimulation, und auch von der individuellen Zuwendung beim Essen abhängt. Für beide Maßnahmen ist ausreichend Zeit von Nöten, die von einer Einrichtung hierfür über anwesendes Personal bereit gestellt werden muss. Über den genannten Betreuungsschlüssel in der Domus-Wohngruppe wäre das „Zeitnehmen“ schwerer gefallen als im Projektzeitraum. Durch das Projekt jedoch konnten sich die Mitarbeiter der Betreuung verstärkt z.B. den Möglichkeiten der Basalen Stimulation zuwenden und die Bewohner so individuell fördern.

Bis dato fehlt in Deutschland eine Datenbasis für Benchmarks zur Beurteilung der Ergebnisqualität der Betreuung von Pflegeheimbewohnern mit schwerer Demenzerkrankung. Das QueDo-Projekt ist die erste Längsschnittbetrachtung und nur ein erster Baustein zum Aufbau einer Datenbasis für erwartbare, zustandsbezogene Ergebnisqualität in der Betreuung von Menschen mit demenzbedingter Verhaltensauffälligkeit im Pflegeheim.

Für einige der Bewohner wäre – bei enger Auslegung des Rahmenvertrags - ein Umzug in den nicht spezialisierten Teil des Pflegeheims indiziert gewesen. Das hätte bedeutet, das

vertraute Milieu zu verlassen, ein aus fachlicher und ethischer Sicht fragwürdiger Schritt. Die Angehörigen halten offensichtlich den Auszug aus der Domus-Wohngruppe für nicht zumutbar – obwohl die finanzielle Mehrbelastung von 300 bis 400 € monatlich im Vergleich zum konventionellen Pflegebereich aus deren eigenem Geldbeutel geleistet wurde. Nur in einem Fall kam es in 7 Jahren auf Wunsch der Angehörigen wegen finanzieller Überlegungen zu einem Umzug. Mit den vorgelegten Daten wird gewissermaßen ein Bekenntnis zu zivilem Ungehorsam geleistet. Vorgesehen ist, die Ergebnisse in bevorstehende Diskussionen zur Überarbeitung des relevanten Rahmenvertrags einzubringen mit dem Ziel einer Überprüfung der vorgegebenen Personalmenge, der Screening-Kriterien und des Umzugserfordernis.

Neben räumlich-materieller Ausstattung und organisatorischen Rahmenbedingungen haben vor allem ein anregungsreiches Umfeld, personenförderndes Milieu und vertrauensstiftende Beziehungen Einfluss auf das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz. Kitwood hat im Konzept der personenzentrierten Pflege einen Ansatz entwickelt, in dem die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt gestellt werden. Den Pflegenden kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, da sie die Bewohner am umfanglichsten in ihrem Alltag unterstützen und begleiten sowie die Pflegekultur auf dem Wohnbereich gestalten. Die personenzentrierte Pflege konnte in der Domus-Wohngruppe in den zwei Jahren des Projekts intensiviert werden. Dazu hat beigetragen, dass die vor Ort erhobene Ergebnisqualität mittels Dementia-Care-Mappings über einen Feedbackprozess an die Mitarbeiter weitergegeben wurde. So hatten diese die Möglichkeit, ihr Tun bzw. konkret ihre Beziehungsqualität zu reflektieren und konnten entsprechende Interventionsstrategien - beispielsweise im Umgang mit herausforderndem Verhalten von Bewohnern - entwickeln. Dieser Prozess wurde von den Mitarbeitern offen und aktiv aufgegriffen, da bereits ein guter fachlicher Austausch im Team bestand. Die Weiterentwicklung der Qualität konnte so eventuell schneller in Gang gesetzt werden als in Einrichtungen, in denen die Mitarbeiter möglicherweise nicht so schnell Vertrauen zur Expertin finden und der Reflexionsprozess und die daraus resultierenden Verbesserungen für die Bewohner verzögert werden könnten.

Auch dieses Projekt hat gezeigt, dass die Qualität der Pflege und Betreuung vor allem von der Qualifikation der Mitarbeiter abhängt. Gerade in kleinräumigen Wohngemeinschaften müssen sich die Mitarbeiter auf einen sich ändernden körperlichen und/oder psychosozialen Bedarf der Bewohnern schnell einstellen und adäquat reagieren, damit der „Mehraufwand“ für den einen Bewohner nicht zu Lasten der weiteren Bewohner gehen könnte. Den steigenden Aufwand, der über die zwei Jahre der Erhebung zu beobachten war, über das „Aufstocken“ der Pflegekräfte um eine 50%-VK Stelle seitens des Mobilen Dienstes abzufangen, war eine gute Lösung. Ohne die Förderung der Mühlshlegel-Stiftung wären weniger Betreuungsaktivitäten erfolgt, die Mitarbeiter wären evtl. durch ein Mehr an körperlicher Schwerstpflege belasteter gewesen als jetzt, was beides vermutlich zu einer schlechteren Ergebnisqualität seitens der Bewohner geführt hätte.

7. DANKSAGUNG

Wir danken der Mühschlegel-Stiftung für die finanzielle Unterstützung, insbesondere Herrn Diebold, der uns mit großem Interesse und vielen Anregungen über die zwei Jahre begleitet hat.

Zudem danken wir den Angehörigen und Bezugspersonen der Bewohner in der Domus-Wohngruppe für die Teilnahme an den Befragungen. Ihr Dasein ist für die Bewohner unersetzlich und für die Mitarbeiter oft eine Entlastung.

Nicht zuletzt danken wir den Mitarbeitern der Domus-Wohngruppe, die nach wie vor ein großes Engagement in der Betreuung und Versorgung in den Alltag einbringen und sind gespannt darauf, was sich nach dem Projektzeitraum denn nun in der Domus verstetigen kann!

8. ANHANG

Pflegestufen $t_1 - t_8$

Diagramm: Entwicklung Barthel $t_1 - t_8$

Diagramm: Soziale Kontakte zu den anderen Heimbewohnern $t_1 - t_8$

Diagramm: Soziale Kontakte zum Personal $t_1 - t_8$

Leitfaden zur Angehörigenbefragung

Fragebogen für psychische Belastung für die Mitarbeiter

Fragebogen für psychische Beanspruchung für Mitarbeiter

Grundriss der Domus-Wohngruppe

Auszug aus „Rahmenvertrag für vollstationäre Pflege nach § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg“ hier: Anlage 1 incl. CMAI

